

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Pedro Paulo de Salles Dias Filho

**Neocorporativismo e Saúde Suplementar:** as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil

Rio de Janeiro

2016

Pedro Paulo de Salles Dias Filho

**Neocorporativismo e Saúde Suplementar:** as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

D541n Dias Filho, Pedro Paulo de Salles.

Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil. / Pedro Paulo de Salles Dias Filho. -- 2016.

305 f.: tab.; graf.

Orientador: Nilson do Rosário Costa

Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Saúde Suplementar. 2. Planos de Saúde. 3. Neocorporativismo. 4. Política Financeira. 5. Política Social. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – R362.104250981

**Neocorporativismo e Saúde Suplementar:** as bases sociais da privatização da Saúde  
no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo  
Cruz, como requisito parcial para obtenção do  
título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 31.03.2016

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade  
Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina

Prof. Dr. Carlos Octávio Ocké-Reis  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a minha gratidão à Universidade Pública, na qual obtive uma formação de qualidade por ao menos 12 anos, seja na UFMG, no IMS-Uerj, e na ENSP-Fiocruz. Agradeço imensamente ao Banco Central do Brasil, que me concedeu um período para que pudesse finalizar esse trabalho, ainda que a Saúde não estivesse dentre seus objetivos estratégicos, o que ressalta a grandeza dessa instituição à qual me vinculo com satisfação.

Aos meus pais, sempre presentes na minha formação.

Agradeço também à Professora Alcía Ugá, que me acolheu no Programa de Saúde Pública da ENSP, e, fundamentalmente, sou grato ao Professor Nilson do Rosário, que, na undécima hora, aceitou dar sequência a essa orientação, tendo sua ajuda sido decisiva para a conformação desta tese. Foi um privilégio contar com a sua experiência.

Aos professores George Kornis, Sulamis Dain, Regina Bodstein, Sarah Escorel, Mario Possas, Renato Boschi, que tanto me inspiraram com suas interessantes aulas e respectivos autores apresentados, tendo eu também contado com seus relevantes aconselhamentos, seja na ENSP, no IMS-Uerj, no IE-UFRJ e também no IESP-Uerj.

Ao Dieese, na pessoa de Daniel Ribeiro, que gentilmente disponibilizou acesso a dados filtrados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), os quais permitiram uma visão do conteúdo ‘assistência à saúde’ nas negociações coletivas de trabalho, entre 1993 a 2012.

Agradeço ainda aos amigos, sempre com uma palavra de apoio e incentivo nos momentos de apreensão. Estiveram ao meu lado o Marcos, o Pipo, o Saulo, a Angélica, a Marcia, o Rafael, além de Adriana, Carlinhos, Iola, Ronaldo Teodoro, Paulo dos Santos, Fatima Andreazzi, Eduardo Sales, Fausto, e tantos outros incentivadores que encontrei em toda a minha jornada acadêmica.

No plano profissional, agradeço aos colegas de BC, que de uma forma ou de outra contribuíram para o meu afastamento para a conclusão do trabalho, dentre eles o Plínio, a Alda, o Cláudio, o Sr. Sidnei, o Anthero, e o Delphim (orientador institucional), além de todos os componentes da Unibacen.

Também destaco aqui o profissionalismo, gentileza e acolhimento de todo o pessoal da Secretaria Acadêmica da ENSP, especialmente da Jordânia e do Eduardo.

A todos eles e elas o meu muito obrigado!

## RESUMO

Esta tese problematiza a adesão de trabalhadores organizados aos planos de saúde, e descreve o paradoxo político desse vínculo frente ao projeto que faculta aos brasileiros um sistema de saúde universal, público e gratuito. Com efeito, essa adesão dos trabalhadores à provisão de assistência à saúde privada guarda estreitas relações com a trajetória pré-existente, quando, desde os anos 1920, se definiu o marco legal que instituiu uma proteção social de financiamento tripartite, sustentada pelo Estado, pelo empresariado e pelos próprios trabalhadores. Trata-se de um modelo corporativista, que associa a proteção social ao processo de produção capitalista. No Brasil contemporâneo essa proteção à saúde vinculada à produção é representada pelos planos e seguros saúde, os quais observaram grande salto no crescimento dos vínculos no auge das relações políticas neocorporativistas. O estudo conta com o respaldo empírico de análise de banco de dados do DIEESE, que demonstra que os planos de saúde representam uma demanda ativa dos trabalhadores no palco das negociações coletivas de trabalho. O trabalho aponta como se forjou essa adesão da classe trabalhadora organizada à saúde suplementar, e que consequências trouxe para a proteção da saúde dos trabalhadores ativos e inativos. Ao fim e ao cabo a tese indica que a saúde suplementar não garantirá a proteção à saúde esperada pelos trabalhadores, ao tempo que o SUS, da mesma forma, dificilmente logrará superar o seu sub-financiamento estrutural, sendo urgente se pensar uma nova pactuação social que transcenda as barreiras à adequada, e equânime, proteção à saúde dos brasileiros.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Planos de saúde. Neocorporativismo.

## **ABSTRACT**

This thesis discusses the adherence of organized workers to health insurance plans, and describes the political paradox of this link to the project that provides Brazilians with a universal health care system, public and free. Indeed, the compliance of workers with the private health care provision keeps close relations with the pre-existing trend, when, since the 1920s, it was defined the legal framework establishing social protection with tripartite funding, supported by the State, entrepreneurs and the workers themselves. This is a corporatist model, which combines social protection and the capitalist production process. In contemporary Brazil, this health protection linked to production is represented by health insurance plans, which took a great leap in the growth of the bonds at the height of neocorporatist political relations. The study comprises an empirical support analysis of DIEESE database, which shows that health plans are an active demand for workers on the work collective negotiations arena. It shows how the adhesion of the organized working class to additional health was forged, and what consequences it brought to protect the health of active and retired workers. Finally, the thesis indicates that health insurance does not guarantee the health protection expected by workers, and at the same time the SUS, likewise, will hardly overcome its structural underfunding; so it is urgent to think about a new social pact that transcends the barriers to the adequate and equitable protection to the health of Brazilians.

Keywords: Neocorporatism. Health insurance. Supplementary health.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1-	Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil, 2001-2014).....	181
Gráfico 6.1-	Média anual de greves após a redemocratização, discriminadas segundo mandatos presidenciais (Brasil, 1985-2010).....	234
Gráfico 6.2-	Evolução Cláusulas de Planos de Saúde <i>vis-a-vis</i> Assistência Farmacêutica, todos os setores e categorias (Dieese, 1993-2012).....	240
Gráfico 6.3-	Evolução do nº de cláusulas com previsão de Plano de Saúde, segundo setor econômico (Dieese, 1993-2012).....	241
Gráfico 6.4-	Evolução anual do nº de categorias consideradas no sistema SACC (DIEESE, 1993-2007).....	242
Gráfico 6.5-	Reajustes autorizados últimos 10 anos para os planos individuais <i>vis-a-vis</i> taxas anuais de inflação (Brasil, 2006-2015).....	249



## LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1-	Interesses díspares de atores trabalhistas segundo objetivos diversos.....	65
Quadro 3.2-	Porque o senhor é sócio do sindicato? .....	68
Quadro 3.3-	Quais as vantagens que os sindicatos realmente oferecem aos trabalhadores? .....	69
Quadro 3.4-	Razões para a filiação a sindicatos em seis regiões metropolitanas (Brasil,1996) .....	70
Quadro 3.5-	Diretrizes definidas no Pacto Social de 1988 segundo compromissos e intenções recíprocas das partes.....	99
Quadro 3.6-	Relações políticas corporativistas e neocorporativistas – (Brasil, 1930-2010).....	114
Quadro 4.1-	Cronologia das principais políticas de seguridade (Brasil: 1923-1980).....	128
Quadro 5.1-	Variantes da assistência médica privada e produtivista (Brasil, 1920-2014).....	177
Quadro 6.1-	Regulamentação da assistência suplementar ao servidor federal.....	238
Quadro 6.2-	Normas mais acessadas no <i>website</i> da ANS.....	271

## LISTA DE SIGLAS

Abrange-	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB-	Associação Médica Brasileira
ANC-	Assembleia Nacional Constituinte
ANS-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP-	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAP-	Caixa Econômica Federal
CF:	Constituição Federal
CGT-	Central Geral dos Trabalhadores
CNI-	Confederação Nacional da Indústria
CNRS-	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS-	Conferência Nacional de Saúde
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
CNS-	Confederação Nacional de Saúde
Conclat-	Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras
CUT-	Central Única dos Trabalhadores
DIEESE-	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESAT-	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
FAS-	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH-	Federação Brasileira dos Hospitais
FIESP-	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

FMI-	Fundo Monetário Internacional
FNT-	Fórum Nacional do Trabalho
GT/MPAS-	Grupo de Trabalho do Ministério da Previdência e Assistência Social
IAP-	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPI-	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS-	Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
INAMPS-	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCC-	Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade
MPAS-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG-	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MP-	Ministério do Planejamento
SACC-	Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas
NHS-	National Health Service
OECD-	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
PEA-	População economicamente ativa
PIB-	Produto Interno Bruto
RN-	Resolução Normativa
SACC-	Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas
SAG-	Sistema de Acompanhamento de Greves

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1-	Emprego no setor manufatureiro <i>vis-a-vis</i> o setor serviços, OCDE, 1960-1995.....	30
Tabela 2.2-	Dívida pública em relação ao PIB - 2000-2012 (média países G7).....	39
Tabela 2.3-	Déficit público - 2000-2012 (média países G7).....	39
Tabela 4.1-	FAS - Créditos aprovados até 30.06.1977 segundo destinação por área e entidades mantenedoras.....	134
Tabela 4.2-	Quantitativo de hospitais por fonte mantenedora (Brasil, 1956-1967).....	135
Tabela 4.3-	Consultas médicas segundo prestador - INPS (1971-1977).....	136
Tabela 4.4-	Estimativa de Vínculos a Planos e Seguros Saúde (Brasil, 1981-1989).....	164
Tabela 5.1-	Renda familiar per capita e cobertura de planos de saúde (Brasil, 2003).....	174
Tabela 5.2-	Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2001-2014).....	182
Tabela 5.3-	Crescimento anual de vínculos a planos de assistência médica <i>vis-a-vis</i> o crescimento anual do PIB (Brasil, 2001-2014).....	183
Tabela 5.4-	Principais razões para ter um plano de saúde - beneficiários (Brasil, Mai/Jun 2015).....	188
Tabela 5.5-	Desejo de afiliação a planos de saúde segundo a classe social (Brasil, Mai-Jun 2015).....	189
Tabela 5.6-	Importância de ter um plano de saúde (Brasil, Mai-Jun 2015).....	189

Tabela 5.7-	Principais razões para ter um plano de saúde (não beneficiários) (Brasil, Mai-Jun 2015).....	190
Tabela 5.8-	Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a temática (DIEESE, 1993 a 2012).....	192
Tabela 5.9-	Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a provisão do serviço assistencial (DIEESE, 1993 a 2012).....	193
Tabela 5.10-	Planos de saúde - provedores do serviço (DIEESE, 1993-2012).....	194
Tabela 5.11-	Cláusulas de assistência à saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo o setor econômico (DIEESE, 1993 a 2012).....	196
Tabela 5.12-	Cláusulas de saúde (total) e de planos de saúde discriminadas segundo Acordo ou Convenção Coletiva (DIEESE, 1993-2012).....	197
Tabela 5.13-	Conteúdo principal das cláusulas de planos de Saúde segundo os acordos coletivos e convenções coletivas de trabalho; discriminado segundo o custeio e a destinação/favorecido (DIEESE, 1993-2012).....	199
Tabela 5.14-	Contribuição patronal à assistência médica dos funcionários administração pública indireta (Brasil, 2005-2006).....	204
Tabela 5.15-	Participação da União no Custeio da Assistência à Saúde Suplementar do Servidor Público Federal (Brasil, 2013).....	208
Tabela 5.16-	Gasto público com assistência médica e odontológica dos servidores federais e dependentes (Brasil, 2003-2006).....	208
Tabela 5.17-	Gasto per capita estimado da União com planos de servidores <i>vis-a-vis</i> o gasto federal per capita com a população atendida no SUS (Brasil, 2013).....	210
Tabela 5.18-	Renúncia fiscal do IRPF segundo o tipo de gastos, e IRPJ total (Brasil, 2003-2006).....	212

Tabela 5.19-	Planos de Saúde: cláusulas de custeio com condições para não-optantes (DIEESE, 1993-2012).....	216
Tabela 6.1-	Salário Mínimo e Inflação (Brasil, 2003-2010).....	232
Tabela 6.2-	Relação Crédito/PIB (Brasil, 2002-2010).....	233
Tabela 6.3-	Crescimento econômico médio e acumulado <i>vis-a-vis</i> o desempenho da saúde suplementar (Brasil, 2003-2010).....	237
Tabela 6.4-	Reajustes anuais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos <i>vis-a-vis</i> a inflação oficial (Brasil, 2006-2015).....	248
Tabela 6.5-	Reajustes quinquenais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos <i>vis-a-vis</i> a inflação oficial acumulada a cada 5 anos (Brasil, 2006-2010 e 2011-2015).....	248
Tabela 6.6-	Taxa de sinistralidade segundo faixas de percentual de idosos nas operadoras (Brasil – 2007-2008).....	256
Tabela 6.7-	15 maiores operadoras do país segundo o nº de beneficiários e respectivos reajustes aplicados aos planos de saúde dos ex-empregados e aposentados (Brasil, Jun 2015).....	263

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	15
2	<b>ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL: CONSTRANGIMENTOS E CONTEMPORANEIDADE.....</b>	25
2.1	<b>Descenso ou continuidade? .....</b>	27
2.2	<b>A desestruturação das coletividades .....</b>	41
2.3	<b>Considerações Finais .....</b>	47
3	<b>PRÁTICAS NEOCORPORATIVAS E TRABALHISMO NO BRASIL.....</b>	51
3.1	<b>Relações corporativas, neocorporativas e a lógica de interesses da ação sindical.....</b>	52
3.1.1	Corporativismo.....	52
3.1.2	Neocorporativismo.....	55
3.1.3	Sindicalismo e a satisfação de interesses imediatos.....	64
3.2	<b>Brasil: do corporativismo ao neocorporativismo.....</b>	73
3.2.1	Antecedentes históricos do corporativismo no trabalhismo brasileiro.....	74
3.2.2	Corporativismo e trabalhismo.....	81
3.2.3	O sindicalismo de resultados: primórdios da concertação neocorporativa.....	88
3.2.4	A CUT rende-se ao neocorporativismo.....	101
3.3	<b>Considerações finais.....</b>	111
4	<b>CORPORATIVISMO E POLÍTICA EM SAÚDE.....</b>	116
4.1	<b>Corporativismo e assistência à saúde do trabalhador.....</b>	117
4.1.1	O período do regime militar: consolidação do corporativismo na Saúde.....	129
4.1.2	Convênios-empresa: outros interesses envolvidos.....	137
4.2	<b>Movimento sanitário, trabalhadores, e as articulações das políticas de saúde na Constituinte.....</b>	140
4.2.1	Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	141
4.2.2	O Grupo de Trabalho da Seguridade e a posição do sindicalismo..	149
4.2.3	Saúde e seguridade: as emanções da Constituinte.....	152
4.2.4	A crítica possível.....	157

4.3	<b>Considerações Finais.....</b>	165
5	<b>O AUGUE DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO APOGEU DO NEOCORPORATIVISMO.....</b>	169
5.1	<b>A evolução dos vínculos a planos de saúde desde a ANS.....</b>	178
5.2	<b>Planos de saúde: objetos de desejo.....</b>	184
5.3	<b>A posição dos trabalhadores nas instâncias de negociação Coletiva e a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde.....</b>	191
5.3.1	Observação empírica da pauta reivindicatória dos trabalhadores em torno dos planos de saúde.....	191
5.3.2	Saúde suplementar e o copatrocínio do Governo Federal.....	203
5.3.3	Governo, empresariado e trabalhadores: a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde.....	211
6	<b>NEOCORPORATIVISMO E SAÚDE SUPLEMENTAR: LIGAÇÕES PERIGOSAS.....</b>	218
6.1	<b>O processo político-institucional da ANS e avanços do marco regulatório até 2010.....</b>	220
6.1.1	Marco inaugural da regulação setorial.....	220
6.1.2	Os dois marcos: avanços do marco regulatório na Era Lula e a presença de traços neocorporativistas na ANS.....	222
6.2	<b>A discussão da hipótese primeira: o neocorporativismo influenciou a consolidação da saúde suplementar no Brasil?.....</b>	228
6.3	<b>A outra face da ANS: evidências de captura.....</b>	245
6.3.1	RN 279/2011-ANS: ajuste perpetrado sobre beneficiários vulneráveis.....	255
6.4	<b>A hipótese segunda: os trabalhadores beneficiaram-se dos esquemas de proteção privados incentivados pela concertação neocorporativa, os quais contribuíram para a consolidar o setor de planos de saúde no país? .....</b>	268
7	<b>CONCLUSÃO.....</b>	272
7.1	<b>Rumo a um novo pacto social regulatório.....</b>	282
	<b>REFERÊNCIAS</b>	286
	<b>APÊNDICE</b>	299



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho avalia a adesão da classe trabalhadora organizada brasileira a esquemas privados de atenção à saúde, representados no Brasil contemporâneo pelos planos ou seguros saúde de contratação coletiva. Essa perspectiva analítica compreende que, na contemporaneidade, o modelo de atenção à saúde de base privada, que no Brasil concorre com o sistema público universal de implantação tardia, é dependente da trajetória, isto é, guarda relações com o processo histórico da formação do sistema de saúde no Brasil, e com o papel desempenhado pela classe trabalhadora nesse processo.

Assim recorre-se preliminarmente nesse estudo ao conceito de *path dependence* para a compreensão das vicissitudes atuais e futuras que atingem a classe trabalhadora, que constroem a assistência à saúde dos trabalhadores inativos, e porquê também não falar, a dos empregados ativos, que enfrentam uma ameaça real de desassistência, no longo prazo, no âmbito da saúde suplementar.

Traduzida em um breve parêntese, a ameaça resulta de um processo de ajuste iniciado em 2011, cujos efeitos são preliminares na atualidade, ajuste esse contido na edição da Resolução Normativa nº 279/ANS, de novembro de 2011, que estabeleceu a segregação de carteiras de beneficiários de planos e seguros-saúde aposentados da massa de contribuintes ativos, em uma mesma operadora, para o fim de cálculo do reajuste anual das mensalidades dos planos e seguros-saúde.

Essa situação poderá gerar aumentos de prêmios insustentáveis para o grupo dos trabalhadores aposentados, e portanto, idosos, no médio e longo prazos. Esse estado de coisas poderá ser capaz de produzir inflexões futuras nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Pierson (2000) traz contribuições na seara da *path dependence*, ao apontar para a centralidade dos processos históricos enquanto geradores de variações na vida política. Segundo o autor, o conceito de *path dependence*, em sua concepção mais geral, considera a relevância causal dos estágios precedentes em uma sequência temporal. Numa concepção mais específica, se dada nação ou região, ou segmento social, definiu trilhar um caminho, os custos de revertê-lo são muito altos. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção.

Segundo Malloy (1986), a Lei Elói Chaves, de 1923, lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes de proteção social no Brasil. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas tão somente se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho.

Para Santos (1979), a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida no Brasil dos anos 1960. Consagrava-se no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

Para Santos (1979) até 1923 nada de relevante virá a ocorrer em termos da regulamentação pública do problema social no Brasil, pelo que a Lei Elói Chaves inaugura no país esse processo.

Do ponto de vista político, a despeito das discussões, a partir dos anos 1980, em torno da construção de um sistema de saúde público e universal, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), costumava predominar no país uma cidadania regulada, na acepção de Santos (1979), para quem a cidadania era exercida não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, definido em norma legal. Assim, a

cidadania estaria implícita na profissão, e os direitos do cidadão restritos ao lugar em que ocupava no processo produtivo.

É possível que esse estado de coisas não tenha se alterado substancialmente, ao menos no que se refere aos principais beneficiários das políticas sociais, os trabalhadores organizados, eis que, do ponto de vista da assistência à saúde, a existência do SUS universal não foi capaz de alterar a preferência da classe trabalhadora organizada, e mais bem aquinhoadada, pelos planos de saúde.

Assim, tendo em vista o conceito de ‘dependência da trajetória’, interessa-nos neste trabalho avaliar o posicionamento pretérito da classe trabalhadora na conformação das políticas de proteção social, Saúde em especial, desde os tempos que antecederam ao Estado Novo, e a partir desse momento, quando a classe trabalhadora é incorporada no cenário político da sociedade brasileira (Gomes, 1988 [2005]). Tal interesse vincula-se ao objetivo de verificar em que medida as escolhas do modelo de proteção social do passado possam ter influenciado a opção presente da classe trabalhadora pelos esquemas privados dos planos de saúde.

Dados empíricos contemporâneos expressos no banco de dados SACC/DIEESE, que reúne cerca de 2.500 cláusulas de negociações coletivas de trabalho, pactuadas entre 1993 e 2012, relacionadas à assistência à saúde do trabalhador, expressam essa realidade forjada desde os anos 1920, continuada sob o formato dos convênios médicos dos anos 1970, e consolidada por intermédio da saúde suplementar e dos planos de saúde de contratação coletiva, disponibilizados aos trabalhadores das mais diversas categorias, variando a qualidade e amplitude da cobertura dos serviços, segundo a capacidade organizativa e financeira das respectivas categorias profissionais.

Assim, ao avaliar o posicionamento político da classe trabalhadora relativamente à formulação da política social, dos anos 1920 até o presente, este trabalho estabelece um elo

conceitual com as políticas gerais do Estado do Bem-Estar Social, que tem a classe trabalhadora como principal interessada. Vincula, portanto, a política social, em seu eixo atenção à saúde, ao processo de acumulação capitalista no Brasil.

Com efeito, o marco conceitual dessa tese se situa nas relações políticas corporativas, e neocorporativas, que marcam a formulação das políticas de desenvolvimento econômico brasileiro por pelo menos oito décadas. Corporativismo e neocorporativismo, em consequência, moldam a evolução das políticas sociais, considerando-se que as políticas sociais carregam um sentido compensatório para os riscos de dependência inerentes ao modelo de desenvolvimento capitalista.

No Brasil, o corporativismo pavimentou a relação do mundo do trabalho com a política social, estando esta última vinculada à acumulação capitalista. Nas relações neocorporativas, que incorporam efetivamente a classe trabalhadora, a partir dos anos 1990, aos debates em torno da formulação das políticas sociais, e, portanto, de forma menos tutelada do que no corporativismo, ao fim e ao cabo, a despeito das discussões em torno de um sistema de saúde público e universal, tratou de consolidar a adesão dos trabalhadores a esquemas privados de atenção à saúde, em detrimento dos esquemas coletivistas representativos de um pertencimento a uma classe.

Nesses termos, a prestação de serviços previdenciários, e por extensão, dos serviços médicos, no Brasil, seria função da contribuição, isto é, a partir do contrato estabelecido entre o Estado, por meio da previdência social pública, e os cidadãos estratificados. Quanto mais aquinhoadas fosse a categoria profissional na esfera da produção, melhor também o seria na esfera da compensação. A forma como a previdência social fora implantada acabou por reforçar as disparidades econômicas existentes entre as diferentes categorias profissionais (Santos, 1979; Cohn, 1980).

Assim, este trabalho guarda claramente dois marcos conceituais que se complementam. As políticas do Estado do Bem-Estar, instrumentos claros de proteção do trabalhador, que no Brasil são função das relações políticas corporativistas. Esse tipo de relação política, resultante da doutrina corporativista, que vigorou no país a partir dos anos 1930, mirava o desenvolvimento econômico capitaneado pelo Estado com o apoio da burguesia, combinado com a tutela do trabalhismo. Já a partir dos anos 1990, ganham força no Brasil as relações políticas neocorporativistas, com a inclusão, paulatina, dos trabalhadores no processo político.

Segundo Malloy (1986), o Ministério do Trabalho, criado em 1930, iniciou uma articulação com abordagem claramente corporativista para a organização das relações econômicas no Brasil, e, por conseguinte, com reflexos na formulação das políticas sociais.

Bresser-Pereira (2012) aponta que a política social e a política econômica são complementares entre si, o que coloca a economia do bem-estar inevitavelmente no patamar da Economia Política. Para o autor, “sistemas econômicos são sistemas sociais e políticos, não são compostos apenas por relações de compra e venda, mas de relações econômicas reguladas pelo Estado”.

Esta tese inicia a abordagem teórica com a discussão, no Capítulo 2, da resiliência contemporânea dos Estados de Bem-Estar Social aos ajustes perpetrados pelas políticas econômicas restritivas, fiscalistas, nos últimos 40 anos. E, nos seus quatro capítulos seguintes, avalia como os esquemas de bem-estar de provisão privada, agora com o enfoque no Brasil, estiveram associados, inicialmente, ao doutrinamento político corporativista, e a partir dos anos 1990, ao neocorporativismo, reconhecendo-se que a política social no país é marcada pelo processo de acumulação capitalista.

Assim, corporativismo e neocorporativismo são trazidos em uma abordagem teórica logo em seguida, no Capítulo 3 da tese. O capítulo também destaca o papel dos trabalhadores

brasileiros no processo sócio-político, analisado de forma correlacionada com a presença dos regimes corporativo e neocorporativo. O capítulo avalia como no Brasil se processou politicamente a transição do corporativismo ao neocorporativismo.

O Capítulo 4 avalia a influência, no Brasil, do corporativismo enquanto patrocinador da construção da política de saúde de provisão privada, em contraposição ao denominado movimento sanitário, que pregava a implantação no país de um modelo de atenção à saúde universal, público e gratuito, alcançado com o advento do SUS.

O Capítulo 5 oferece um perfil da adesão dos trabalhadores a esquemas privados de atenção à saúde no país, com ênfase nos planos de saúde. Apresenta sobretudo os resultados da pesquisa empírica em torno do banco de dados do DIEESE, o Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), que reúne, num período de 20 anos, mais de 2.500 cláusulas relacionadas à assistência à saúde do trabalhador pactuadas nas negociações coletivas de trabalho de cerca de 225 categorias profissionais brasileiras.

O capítulo 6 dedica-se a demonstrar as hipóteses deste trabalho:

- 1) O neocorporativismo influenciou as políticas de saúde no Brasil, no que se refere à expansão e consolidação da saúde suplementar;
- 2) Os pactos neocorporativos não foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou pela adesão a esquemas privados de atenção à saúde.

No capítulo 6 abordam-se ainda aspectos contemporâneos da regulação da saúde suplementar no Brasil. As considerações finais desta tese estão expressas na Conclusão.

O estudo destaca a participação da classe trabalhadora no desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil, e considera que as pressões contemporâneas para a redução dos Estados

de Bem-Estar Social transmutam-se em poderosos incentivos à expansão de esquemas privados de atenção, em detrimento dos modelos universais, considerados muito generosos pelo pensamento conservador.

Titmuss (1974) justifica a necessidade de um Estado do Bem-Estar Social:

“O processo de industrialização tem produzido novos riscos para indivíduos e famílias. A cada inovação introduzida surgem novos riscos associados, como acidentes, contaminações e doenças. Os custos sociais relacionados à perda da vida, incapacitação, perda de status, limitações de qualificação técnica, e perdas de rendimento para o trabalhador e sua família, geradores de estados de dependência, consequências do avanço tecnológico e dos ganhos de produtividade. (...) Como fica se o Estado não toma nenhuma ação para salvaguardar os interesses da família?”

Sigerist (1943), apontara que as primeiras evidências de que a atividade econômica poderia ser danosa ou prejudicial aos indivíduos nela envolvidos, notadamente a classe trabalhadora, datam antes mesmo da revolução industrial. Segundo ele condições de saúde e riscos à saúde relacionados às doenças ocupacionais encontram-se descritos no clássico de Bernardino Ramazzini, *De morbis artificum diatriba*, originalmente publicado na Europa em 1700.

Segundo nos informa Sigerist (1943), Ramazzini examinou as condições de trabalho e riscos associados de 41 vocações, ampliando o estudo sobre doenças ocupacionais nas edições seguintes, obtendo o reconhecimento de especialistas da medicina que tempos depois discorreram sobre o assunto.

Ainda conforme Sigerist (1943), a literatura norteamericana sobre doenças ocupacionais data de 1837, a partir de um ensaio de Benjamin McCready, que atribuíra como causa das situações de doença não apenas as relações ocupacionais, mas também as condições gerais de vida, como más condições de moradia e ventilação, más condições de higiene, ausência de exercícios físicos e até a intemperança.

Segundo o autor, McCready admitia que boa parte dos problemas de saúde dos americanos derivava da própria sede de riqueza, atribuindo ao povo americano grande dose de ansiedade na busca da superação econômica.

Sigerist (1943) ainda nos traz que, na Inglaterra, o Relatório sobre Condições Sanitárias da População Ativa da Grã-Bretanha, de Edwin Chadwick, publicado em 1842, influenciou a melhoria das condições de trabalho e de vida, obtidas com a Lei da Saúde Pública, de 1848. A Inglaterra foi o país que primeiramente sofreu os impactos da industrialização, antes da Europa Continental e dos EUA.

No Reino Unido os trabalhadores tiveram reconhecido o direito de organizar-se em sindicatos entre 1824-25, de maneira que essa associação do mundo do trabalho focada na melhoria das condições de vida, e de saúde dos trabalhadores, mais cedo ou mais tarde influenciaria a adoção de legislação trabalhista protetiva noutros países (Sigerist, 1943).

O fato é que a industrialização torna a política social necessária, uma vez esgotado o modelo de reprodução social pré-industrial. Novos paradigmas modernizantes introduziram novas formas de mobilidade social, que alteraram o ambiente socioeconômico, como a urbanização, a dependência do mercado e o individualismo (Esping-Andersen, 1990).

Por isso situações de dependência, geradas pela desigualdade social resultante de fatores políticos, sociais ou culturais, justificam a criação dos sistemas de proteção social, para mitigar o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo, que passam a ser compartilhados pela Sociedade, Mercado e Estado por meio dos sistemas de bem-estar. (Viana e Levcovitz, 2005).

Outras vertentes de pensamento sobre a importância dos sistemas de bem-estar derivam de pesquisadores preocupados com o ponto de vista da firma, que se interessam nas formas em



que as políticas de bem-estar podem melhorar o desempenho dos mercados de trabalho, admitindo que elas podem constituir um fator de produção (Schelkle, 2008).

Esping-Andersen (1999), do ponto de vista macroeconômico, argumenta que o impacto do *welfare state* na equalização das chances de vida, por meio da mais ampla oferta de oportunidades iguais e de proteção social, é um ingrediente crucial para o crescimento sustentado.

Noutra dimensão, a classe hegemônica e a autoridade política imprimem ações de proteção para garantir a ordem e a paz social, com vistas a neutralizar possíveis situações de conflito (Viana e Levcovitz, 2005).

Ainda segundo Esping-Andersen (1990), economistas políticos, independente do espectro ideológico, estiveram sempre preocupados com as relações entre o capitalismo e o Bem-estar. Suas análises eram convergentes no que se refere às relações entre o Estado e mercados.

“Com a industrialização as massas proletárias emergentes ganharam mais poder a partir da democratização e do advento do sufrágio universal. A democracia tornou-se o meio de cercear os privilégios da propriedade, sendo que a correlação de forças se alterou quando a classe trabalhadora passou a desfrutar dos direitos sociais, uma vez que o salário social reduzia a dependência dos trabalhadores relativamente ao mercado e aos empregadores, tornando a classe trabalhadora ela mesma uma fonte de poder potencial” (Esping-Andersen, 1990).

Quanto ao individualismo apontado por Esping-Andersen, pode ser explicado a partir da análise da socióloga Elisabeth Beck-Gernsheim. Na visão dessa autora, o individualismo, que é posterior à sociedade pré-industrial - quando a forma dominante de assegurar o meio de vida era comunal, e a solidariedade nas emergências era garantida pelas famílias, que constituíam unidades econômicas – o individualismo emergiu a partir da industrialização,

quando os antigos meios de produção foram superados e fragilizados, e os indivíduos tornaram-se responsáveis por buscar a sua própria proteção (Beck-Gernsheim, 2002).

Ela [*a proteção*] deveria ser obtida através do ativismo pessoal e da afirmação no mercado de trabalho, dando espaço a uma nova moralidade em saúde, que precisa ser constantemente produzida. Assim, a saúde passa a não ser mais um dom de Deus, mas um dever e uma meta do cidadão responsável. Para sobreviver no mercado de trabalho é preciso estar bem (Beck-Gernsheim, 2002).

Nesses termos, a saúde do trabalhador revela-se como o único capital com o qual ele concorre para o desenvolvimento nacional, constituindo-se assim em preciosa propriedade a ser mantida em uma sociedade de mercado (Gomes, 1988 [2005], p.243).

O Capítulo 2 deste estudo, apresentado em seguida, enfoca o Estado do Bem-Estar Social e sua importância para a classe trabalhadora, considerada beneficiária direta. Discute as tendências contemporâneas desse construto de proteção social, no contexto de importantes transformações estruturais nos mercados de trabalho.

## 2 ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL: CONSTRANGIMENTOS E CONTEMPORANEIDADE

*“O mercado prospera na incerteza (chamada alternativamente de competitividade, desregulamentação, flexibilidade) e a reproduz em quantidade crescente como seu principal alimento. Longe de ser um veto à racionalidade do mercado, a incerteza é sua condição indispensável e seu inevitável produto”.*

*Zygmunt Bauman (2000)*

“O desenvolvimento do Estado Social acabou num beco sem saída. Com ele esgotaram-se as energias da utopia de uma sociedade do trabalho” (Habermas, 1987). A verificação dessa hipótese, pessimista, de Habermas é a proposta inicial deste capítulo, que busca avaliar a resiliência da estrutura do edifício Estado do Bem-Estar Social no curso de importantes transformações econômicas, políticas e sociais verificadas, nos últimos 40 anos, no mundo.

Em seguida, abordam-se as tendências contemporâneas do Estado do Bem-Estar, não apenas do ponto de vista das restrições fiscais e constrangimentos econômicos que pressionam esse constructo de proteção social. Assim, o debate sobre a eventual crise do Estado do Bem-Estar, que tradicionalmente aponta a centralidade econômica como a principal geradora de instabilidades em sua estrutura, constituindo-se na principal responsável pelas suas transformações, deve ser ampliado. Deve ser incorporado ao debate um cenário de crise contextualizado por uma desagregação das relações de solidariedade, conforme sugere Habermas (1987) ou, segundo a visão de Offe (1990), para quem estaria ocorrendo uma “desestruturação das coletividades”.

Do ponto de vista estritamente econômico, a partir dos anos 1970 ganha espaço a crítica liberal que questiona a eficácia das políticas ‘keynesianas’, prega o seu

esgotamento, evocando uma crise fiscal permanente, que seria gerada por um modelo generoso e insustentável de proteção social, responsabilizando-o pelo elevado endividamento dos estados nacionais.

Indo além, esta tese apoia-se numa visão que não apenas trata a constrição do Estado do Bem-Estar Social como resultado das baixas taxas de crescimento econômico, desemprego estrutural, endividamento público, e da consequente dificuldade de financiamento ilimitado de gastos sociais em face de restrições fiscais. Reconhece-se que as ameaças ao Estado do Bem-Estar têm raízes em questões econômicas, todavia carrega também razões políticas, comportamentais e sociológicas.

Ressaltamos a importância de verificarem-se as tendências contemporâneas do Estado do Bem-Estar Social tendo em vista seus impactos na vida dos trabalhadores, os principais interessados nesse construto de proteção social, em especial no quesito assistência à saúde. A classe trabalhadora, como um todo, é representada pelas classes médias, composta pelos autônomos, burocratas, profissionais liberais, isto é, todo o grupo de trabalhadores que não está no setor primário nem na indústria, e, portanto, atuantes no setor de serviços, e pelo operariado, tradicionalmente empregado na indústria.

Assim, é importante considerarmos os efeitos das transformações do Estado do Bem-Estar sobre a classe trabalhadora organizada, e de sua capacidade de resposta em face dos desafios postos para a sustentabilidade dos esquemas de proteção coletivistas. Vale ressaltar que as conclusões que derivarem deste estudo podem ter validade, por extensão, para o reposicionamento das classes médias relativamente ao risco que, aparentemente, pode estar presente na adesão a esquemas assistenciais de proteção privados, com o que é o caso dos planos e seguros-saúde, que compõem, no Brasil, o

subsistema de saúde suplementar. A discussão em torno desses riscos se dará nos capítulos finais desta tese.

Antes de tudo cumpre fazer um parêntese: a tradução do citado artigo de Habermas (1987) emprega a terminologia Estado Social, que tem uma abrangência maior do que o termo Estado do Bem-Estar Social. Embora os significados sejam muito próximos, uma distinção possível seria que o Estado Social pode remeter-se às tradições socialistas, e o Estado do Bem-Estar Social é um construto do século XX, em que, originalmente, as democracias capitalistas avançadas imprimiram políticas compensatórias para, dentre outras racionalidades, amenizar o conflito social. Assim, este trabalho acolhe a terminologia empregada na tradução de Habermas, mantendo-se fiel ao texto, todavia com o sentido de Estado do Bem-Estar senso estrito.

## **2.1 Descenso ou continuidade?**

Para Habermas (1987) “o compromisso do Estado Social e a pacificação dos conflitos de classe devem ser obtidos através do poder estatal democraticamente legitimado, interposto para a moderação do processo natural do desenvolvimento capitalista. As políticas do Estado Social recebem sua legitimação das eleições gerais e encontram suas bases sociais nos sindicatos autônomos e nos partidos de trabalhadores, contudo há um neoconservadorismo em ascensão que manifesta-se decididamente crítico do Estado Social, num contexto de valorização excessiva do capital, de altas taxas de desemprego e de concentração da renda, que sacrifica os grupos da população mais pobre enquanto apenas os grandes detentores de capital conseguem nítidas melhoras de renda, e conseqüentemente, observa-se uma clara limitação dos serviços do Estado Social”.

Habermas (1987) acredita que essa situação acarreta o risco de um descolamento do Estado Social de suas bases sociais, já que em tempos de crise estratos de eleitores

ascendentemente mobilizados, a quem o Estado do Bem-Estar aproveitou diretamente, podem se associar à velha classe média produtivista, num bloco defensivo contra os grupos menos favorecidos, daí o risco da desagregação das relações de solidariedade.

Eis que “a estagnação econômica, o desemprego crescente e a crise do erário público são facilmente perceptíveis para a opinião pública numa sugestiva ligação com os custos do Estado do Bem-Estar, enfatizando-se as limitações estruturais sob as quais o compromisso sócio-estatal foi criado e mantido, graças à visão unilateral de seus defensores, que colocavam em primeiro plano a tarefa de disciplinar o crescimento natural do poder econômico e de afastar do mundo da vida dos trabalhadores dependentes, os efeitos destrutivos de um crescimento econômico propenso à crise” (Habermas, 1987).

Esse fenômeno econômico que conjuga estagnação com desemprego e crise fiscal encontra explicações na dinâmica do mercado de trabalho. Com efeito, nos últimos 50 anos houve uma profunda mudança na estrutura dos empregos, que migraram da produção manufatureira para o setor de serviços, resultado dos ganhos extraordinários de produtividade na indústria (Pierson, 2001; Iversen, 2001).

Para Iversen (2001) quando há uma “alteração dramática na estrutura dos empregos feito essa, trabalhadores da indústria têm consideráveis perdas”, na medida que a capacitação e qualificação que obtiveram na indústria não têm a mesma valia no setor serviços. De fato a capacidade de transferir a técnica e a experiência de uma indústria para outra seria capaz de conferir maior independência ao trabalhador relativamente ao seu empregador, o que se perde quando não é mais possível aproveitar, no setor terciário, as habilidades técnicas conseguidas no secundário. Assim, quando empregos são destruídos na indústria com baixa capacidade de transferência técnica, vê-se minado o poder do mercado de trabalho expondo pessoas a pesados riscos sociais”.

Pierson (2001b), em referência ao economista William Baumol, destaca que os empreendimentos do setor de serviços seriam geralmente incapazes de alcançar os ganhos de produtividade típicos do setor manufatureiro, especialmente nos casos em que os serviços fossem baseados em mão-de-obra intensiva, tais como educação, serviços de cuidados da infância, e assistência à saúde. A atividade no setor de serviços não absorve bem padronizações, automações, produções em série, centrais para os ganhos de eficiência na manufatura.

Sobre esse aspecto Krugman (1996) ilustra com o caso americano: “os EUA conseguem produzir alimentos para consumo interno e para exportação empregando apenas 2% da força de trabalho na agricultura - por outro lado há muito emprego disponível para se servir uma refeição ou manejar uma caixa registradora, por isso a maioria dos empregos gerados nos EUA estão no setor de alimentação e no varejo. Noutra vertente, indústrias que atingem rapidamente crescimentos de produtividade reduzem vagas de empregos.

Assim, segundo Pierson (2001b), a estagnação ou a baixa produtividade do setor de serviços tem o significado de uma profunda mudança social, está relacionada à redução das taxas de crescimento econômico verificadas desde 1973 e podem explicar o atual dilema dos Estados de Bem-Estar Social maduros.

Dados da OCDE (*The OECD Jobs Report, 1994*) apontam que o emprego no setor de serviços aumentou de menos de 50% em 1970 para em torno de 65% em 1992, e a maior parte dessa elevação da parcela das pessoas empregadas no setor de serviços, ao longo da década de 1980, deu-se no segmento financeiro, de seguros e negócios em geral, além de serviços pessoais e comunitários. A variação em três décadas do percentual de pessoas empregadas no setor de serviços, também no grupo de países da OCDE,

correlacionado com o emprego no setor manufatureiro, encontra-se demonstrado na Tabela 2.1:

Tabela 2.1- Emprego no setor manufatureiro vis-a-vis no setor serviços, OCDE, 1960-1995

<u>Anos/setores</u>	<u>1960</u>	<u>1975</u>	<u>1985</u>	<u>1995</u>
<u>Setor manufatureiro</u>	<u>27%</u>	<u>28%</u>	<u>22%</u>	<u>18%</u>
<u>Setor serviços</u>	<u>43%</u>	<u>52%</u>	<u>60%</u>	<u>65%</u>

Obs.: Percentual de cidadãos empregados, segundo a média dos países membros da OCDE

Fonte: Pierson (2001)

Há várias interpretações para o crescimento do setor de serviços. Existe a questão do excedente estrutural de mão-de-obra resultado do crescimento da produtividade. Essa mão-de-obra, desprovida de propriedade, não pode nem voltar ao setor primário nem entrar no mundo dos autônomos, e, portanto, é continuamente transferida para o setor terciário. A resultante é a expansão do setor de serviços pela absorção de mão-de-obra, que acaba por contribuir para a estabilização da circulação de mercadorias, assegurando-se-lhes o consumo, assim, desse ponto de vista, o emprego no setor de serviços criaria uma ordem social.

Para Offe (1990) existiria ainda a explicação relacionada ao desenvolvimento estrutural, em que a sociedade capitalista exigiria cada vez mais a criação de novos serviços para atendimento das suas necessidades, serviços necessários num contexto de alterações na família, em função do emprego feminino, da urbanização, de mudanças na estrutura etária, das necessidades de qualificação educacional, mudança técnica, e ainda uma explicação relacionada ao padrão de consumo das famílias em função do aumento da renda, estabelecendo-se novas demandas por consumo de bens culturais e para o lazer, de



cuidados de saúde, além da demanda criada no setor privado por assessoramentos de toda sorte, capacitações, etc.

Em resumo, na visão de Offe (1990) os fatores dinâmicos responsáveis pela expansão dos serviços seriam os aumentos de produtividade, o desenvolvimento estrutural implicando em mudança de necessidades, a renda crescente; e ainda haveria uma quarta explicação relacionada aos interesses dos trabalhadores, pelo lado da oferta, fruto de alterações nas suas preferências relativas à escolha da carreira e à mudança de profissão.

Nesse contexto, os sistemas de bem-estar maturaram-se em meio às alterações estruturais no emprego, simultaneamente ao envelhecimento populacional e às mudanças radicais nas estruturas familiares. (Pierson, 2001b).

Para além do imaginado por Habermas, para quem a *débâcle* da utopia da sociedade do trabalho estaria a reter o desenvolvimento do Estado do Bem-Estar Social, Iversen (2001), que tem sua opinião corroborada por Pierson (2001), considera que a desindustrialização e o conseqüente declínio da classe operária foram, em larga medida, as responsáveis pela expansão dos gastos do Estado do Bem-Estar Social desde os anos 1960, resultado dos gastos transferências de renda para a proteção desse trabalhador.

Dados da OCDE (2011) apontam que desde os anos 1980 o gasto público social cresceu mais de 20% entre os seus 34 países membros, saltando de 15,6% em 1980 para 19,2% em 2007 (relativamente ao PIB médio dos países membros). Contudo, essa situação pode ter gerado tensionamentos no financiamento aos esquemas de bem-estar, de maneira que nesse ponto Iversen e Habermas convergem.

Kerstenetzky (2014) adota uma visão cautelosa. Considera importantes, assim como Pierson, três fatores críticos que ameaçam os esquemas de bem-estar, ou sejam, as

transformações estruturais no mercado de trabalho, na demografia e na composição das famílias, os quais fizeram emergir um novo patamar de riscos sociais, contudo, pode também ser observado que suas ideias aproximam-se de Habermas quando a autora admite que a classe trabalhadora em seu conjunto tem atualmente seus direitos sociais comprometidos, uma vez que a composição dos modelos de sistemas de bem-estar vigentes nas democracias avançadas foi toda baseada numa sociedade de trabalho industrial, que na atualidade perde dinamismo.

Segundo a autora, “a exigência de qualificação penaliza o trabalho não qualificado, criando empregos precários, instáveis, e mal remunerados, sugerindo uma exclusão social permanente, em que a proteção social tradicional, desenhada para o trabalho industrial, compromete o acesso da classe trabalhadora como um todo aos direitos sociais e garantias mínimas de bem-estar. Quanto aos aspectos demográficos, o envelhecimento acelerado das populações, resultante do aumento das expectativas de vida combinado com baixas taxas de fecundidade, implica numa demanda crescente por cuidados assistenciais, enquanto que as mudanças na família tradicional, com a proliferação de famílias não-tradicionais, monoparentais ou sem filhos, e o aumento do emprego feminino, são sinais de alerta que apontam para a incapacidade do mercado de trabalho e das famílias em darem conta das necessidades de bem-estar, ao passo que os Estados de Bem-Estar são incapazes de promover respostas automáticas, na medida que foram desenhados para contextos de riscos diferenciados” (Kerstenetzky, 2014).

Entretanto, se de um lado a assertiva pessimista de Habermas, ciente do fim da utopia da sociedade do trabalho a partir da geração de empregos precários e da exposição dos novos trabalhadores a riscos extremos, entra em choque com as conclusões de Iversen (2001) e Pierson (2001b), que confirmam o aumento dos gastos sociais no ambiente de

instabilidade dos últimos 50 anos, em contraste com a ideia de fim do desenvolvimento social; por outro, Habermas (1987) chega a admitir que “países ainda defasados no desenvolvimento do Estado Social não teriam nenhuma razão para desviarem-se desse caminho, dada a irreversibilidade dessas estruturas de compromisso”, ao tempo que sentencia que “o capitalismo desenvolvido nem pode viver sem o Estado Social nem coexistir com sua expansão contínua”.

Iversen (2001) e Pierson (2001) acrescentam que os custos de uma retração do Estado do Bem-Estar Social recairiam sobremaneira sobre os trabalhadores, que com algum poder de vocalização e de voto, em tese não desejariam o desmantelamento dos esquemas de bem-estar vez que dele se tornaram tão dependentes.

Essa questão da influência do sufrágio universal é relevante, contudo não constitui hipótese explicativa central que concorra para dissipar as pressões sobre os esquemas de bem-estar e pela manutenção de benefícios generosos, considerando-se não haver impedimentos para que um eleitorado conservador faça valer a sua vontade visando o Estado mínimo.

Ademais, os exemplos contemporâneos de volatilidade do eleitorado estão por toda a parte, em momentos de crise econômica aguda o poder incumbente, não raro, troca de mãos, conservadores ou progressistas são defenestrados independentemente de seus matizes ideológicos. Todavia a influência das urnas, que é tanto tratada por Iversen (2001) e Pierson (2001), quanto por Manow (2001), Krugman (2010), ou Offe (1990), dentre tantos outros, por certo têm algum grau de participação sobre os destinos do Estado do Bem-Estar, a ponto de não poder ser descartada desta perspectiva analítica.

Manow (2001) atribui ao Estado do Bem-Estar a capacidade de mobilizar apoios para protegê-lo contra-ataques. O cálculo político e o medo da derrota eleitoral

motivariam sobremaneira os políticos a perseguirem estratégias prudentes de reformas das políticas sociais.

Krugman (2010, p.75) reforça a tese de Manow, quando faz menção a Dwight Eisenhower, ex-presidente norteamericano, que em carta de 1954 ao irmão Edgar teria escrito: “Caso algum partido político tentasse abolir a previdência social, o seguro-desemprego, e eliminar a legislação trabalhista e os programas agrícolas, não se ouviria mais falar nesse partido em nossa história política”.

Segundo a análise de Offe (1990), “os Estados de Bem-Estar são considerados geradores de repercussões positivas sobre as instituições democráticas porque reduzem a intensidade do conflito político, possibilitam uma integração política de todo o eleitorado, e contribuem para a eliminação estrutural do radicalismo político que pode levar a desafios antidemocráticos”. Para o autor, “intuitivamente, seria muito plausível que as democracias capitalistas tendessem a gerar forças políticas que apoiassem progressos do Estado do Bem-Estar, a menos que essas forças fossem derrotadas por uma combinação de crise econômica com mudança para um regime autoritário”. Em condições de normalidade institucional, “o voto democrático fortalece o poder político da maioria dos assalariados, os quais teriam interesse coletivo nas políticas de bem-estar, ao tempo que o poder numérico eleitoral superaria o poder econômico da propriedade”.

Ainda segundo Offe (1990), “a democracia política é um poderoso meio para forçar as elites políticas e os representantes políticos das classes dirigentes a aceitar disposições do Estado do Bem-Estar, a partir do medo por parte da elite do conflito social, e, em última instância, da revolução”. Esse autor chega a afirmar que, em um Estado do Bem-Estar bem estabelecido, nenhum dos partidos políticos concorrentes pode tentar, devido ao seu interesse de ganhar votos, abandonar o pacto do Estado do Bem-Estar”.

assertiva compreendida neste trabalho como verdadeira, todavia não constitui garantia que os esquemas de bem-estar estejam imunes a reformas.

Offe (1990) no entanto faz um alerta, posto que, ainda que se considere que o Estado do Bem-Estar crie as suas próprias fontes de apoio político, em parte através do próprio interesse dos indivíduos e de grupos que recebem benefícios, essas são suposições que podem ser alteradas pelo quadro global contemporâneo de crises, de maneira que essa situação, e a sua percepção e interpretação ao nível da elite e da massa mudaram intensa e inesperadamente, a ponto de que essa hipótese de autodefesa do Estado do Bem-Estar a partir dos apoios de grupos de variados interesses, pode não constituir mais uma hipótese convincente, o que será aprofundado logo em seguida.

Entre tantos argumentos que estariam a indicar o descenso ou a continuidade do Estado do Bem-Estar Social, e considerada, de forma complementar, a questão da democracia direta e o papel do sufrágio universal, que segundo a lógica podem contribuir para o sustentáculo das políticas do Estado do Bem-Estar, e, remetendo-nos de volta ao argumento de Habermas da irreversibilidade dessas estruturas de compromisso, estaria ele a considerar, de forma subliminar, reformas nos sistemas de bem-estar, tendo em vista a sua ideia de que o Estado Social estaria em um beco sem saída? Provavelmente não, contudo a tese reformista é a posição predominante de Pierson (2001,2001b), segundo o qual o arranjo existente para a sustentação das políticas sociais, sem o acompanhamento de um ajuste, configura-se em uma opção pouco realista.

Na visão de Kerstenetzky (2014), os Estados de Bem-Estar Social sofreram reformas, e essas de fato intensificaram os aspectos da individualização do risco social, incorporando um novo princípio, o princípio da ativação, entendido como a ênfase em intervenções para intensificar a participação da população em idade ativa no mercado de

trabalho, com vistas a redução de custos, e essas reformas têm sido alvo de críticas pela crescente individualização dos riscos, e da autorresponsabilização, assunto que será tratado oportunamente neste capítulo. O fato é que “a previsão do fim do *Welfare State* não se materializou nas décadas subsequentes às mudanças estruturais”.

Em resumo, nessas três análises concernentes às perspectivas contemporâneas do Estado do Bem-Estar Social, compreendidas em um período de aproximadamente três décadas, com início em Habermas (1987), passando por Pierson (2001,2001b) e terminando com Kerstenetzky (2014), Habermas avistou o esgotamento de um modelo, mas não o seu fim, Pierson evocou um realismo necessário na busca por reformas, e Kerstenetzky, ao fim e ao cabo, identificou que as previsões mais pessimistas não se confirmaram.

Com efeito, poderia ser constatado um declínio do Estado do Bem-Estar Social relativamente à concepção original do pós-2ª Guerra, a partir das transformações econômicas ocorridas desde os anos 1960-70, que resultaram em ajustes, contudo emerge a conclusão que a estrutura, o edifício, continua de pé.

Destarte o Estado do Bem-Estar Social vem resistindo às contingências econômicas, todavia, é importante demarcar e não perder de vista que as mudanças que resultaram na perda de dinamismo da indústria e em seguida no crescimento do setor de serviços, podem ter enfraquecido as bases do Estado do Bem-Estar Social.

A precarização das relações de trabalho, o crescimento do gasto social associado (Iversen, 2001; Pierson, 2001b; Kerstenetzky, 2014), são seguidos de pressões sobre o financiamento dos esquemas de proteção, pressões justificadas pelo ambiente de redução das taxas de crescimento econômico e da queda na produtividade do trabalho.

Esse ambiente tensiona o Estado do Bem-Estar. Trata-se de reconhecer uma crise fiscal que se instala de forma duradoura, que remete a uma situação em que restrições orçamentárias acabam sendo impostas ao Estado do Bem-Estar, e esse cenário contribui para a corrosão das suas bases de sustentação econômica.

Na visão de Pierson (2001b), atingimos uma situação de permanente austeridade. Para o autor, enquanto eventuais aumentos de impostos possam contribuir para a redução do *gap* entre receitas e compromissos, seria difícil de imaginar, especialmente na Europa, que melhorias na arrecadação *per se* fossem suficientes para a manutenção do equilíbrio fiscal. Nesses termos, acredita o autor que até mesmo os mais fervorosos defensores do Estado do Bem-Estar Social cada vez mais reconhecem que a sustentação dos esquemas de proteção irão requerer reformas significativas.

Não obstante, é importante registrar que a crise econômica contemporânea, do século XXI, tem condicionantes diversos daqueles que levaram, a partir dos anos 1970, às mudanças estruturais no emprego, que, por sua vez, geraram constrangimentos ao Estado do Bem-Estar.

A crise econômica recente é resultado da desregulação dos sistemas financeiros norte americano, e europeu, que expôs a humanidade a riscos sem precedentes (Stiglitz, 2003; Delfim Netto, 2008; Bresser-Pereira, 2009; Krugman, 2009a,b; Loyola, 2010; Morandi, Firmo, 2010; Crouch, 2014). O endividamento atual dos governos se deve a isso, e muito menos a esquemas de proteção onerosos ou generosos.

Contudo não se pode olvidar que essa crise de cunho financeiro atinge Estados de Bem-Estar com financiamento predominantemente público. Segundo identifica Crouch (2014), ao final de 2012, por conta da crise bancária, a Europa e outros países em várias partes do mundo embarcaram numa nova onda de mercantilização sem uma

correspondente compensação adequada (o autor prefere usar o termo *marketization* em vez do termo *commodification* de Esping-Andersen, contudo o sentido aqui é o mesmo), colocando as estruturas de proteção no centro da estratégia contracionista, e sentencia:

“Enquanto, de um lado, a incerteza é um ingrediente necessário e inerente à dinâmica das economias de mercado, de outro, o processo de intensificação da exposição da classe trabalhadora às incertezas pode resultar em choques comprometedores da sua confiança econômica e da condução de suas próprias vidas, o que implica em riscos de redução abrupta de consumo, ou riscos da adoção de comportamentos de endividamento irresponsável, ou ainda riscos da ocorrência de protestos sociais desafiadores da ordem, tudo isso corresponde a externalidades para as quais as democracias serão pressionadas a oferecer respostas” (Crouch, 2014).

Muito embora os Estados do Bem-Estar tenham resistido aos variados ataques nas últimas décadas, na contemporaneidade os sinais de pressão e de ajustamentos estão por toda a parte, ocorrem em todos os regimes de proteção social. Do ponto de vista fiscal, a luta para o equilíbrio orçamentário é infundável. Governos experimentam níveis de endividamento sem precedentes em tempos de paz, com reflexos no financiamento dos esquemas de proteção, o que repercute em empregadores e sindicatos, de maneira que esses atores desempenham um papel crítico nas discussões em torno de reformas dos sistemas de bem-estar (Pierson, 2001).

As Tabela 2.2 e Tabela 2.3, a seguir, indicam a situação atual do endividamento dos governos dos países membros do G7 (EUA, Inglaterra, Canadá, Alemanha, França, Itália e Japão). Captam os reflexos da grande crise financeira do século XXI sobre o endividamento público e o déficit público médios relativamente ao PIB dos 7 grandes países.



Tabela 2.2- Dívida pública em relação ao PIB - 2000-2012  
(média dos países do G7)

Ano	Relação Dívida Pública/PIB
2000	86%
2004	93%
2008	97%
2009	111%
2012	128%

Fonte: OECD - National Accounts at a Glance (2014). General government debt Total, % of GDP, 1995 – 2013. Elaboração própria.

Tabela 2.3 - Déficit público - 2000-2012 (média dos países do G7)

Ano	Déficit público
2000	-0,6%
2004	-3,5%
2008	-2,9%
2009	-7,5%
2012	-5,3%

Fonte: OECD - National Accounts at a Glance (2014). General government deficit Total, % of GDP, 1995-2013. Elaboração própria.

A dívida pública cresce continuamente nos países do G7 ao longo do século XXI em relação aos seus produtos internos, com impactos sobre o déficit público, que, no entanto, reduziu-se de 2009 para 2012 em função de Alemanha ter zerado o seu déficit no último ano constante da Tabela 2.3.

Assim, conforme Pierson (2001) destaca, se a opção dos capitalistas é a de refrear os gastos sociais, sejam de responsabilidade do Estado ou representados pelo próprio desembolso dos empregadores, e moldá-los aos seus interesses econômicos, nada obsta

que em certas situações poderia ocorrer uma convergência entre capital e trabalho para a redução dos benefícios sociais.

Nesses termos, o crédito pela posição reformista não poderia ser exclusividade da posição conservadora do empresariado. Eis que a posição dos sindicatos e dos trabalhadores é por vezes caracterizada por certa ambiguidade, ainda que se leve em conta que seria a classe trabalhadora a principal interessada nas políticas de proteção social.

Essa ambiguidade da posição dos trabalhadores é sugerida inicialmente por Manow (2001), que avalia que os Estados do Bem-estar não contam mais com alinhamento automático de seus tradicionais apoiadores, os trabalhadores e os partidos trabalhistas.

O autor afirma que sindicatos de trabalhadores, de forma aberta ou silenciosa, vêm patrocinando acordos, caracterizados como “*cross-class coalitions*”, em que trabalhadores, empregadores e políticos reformistas, e também burocratas reformistas, estariam visando objetivos e metas comuns, com vistas à reestruturação dos Estados do Bem-estar (Manow, 2001, p. 148-149).

Manow (2001) aponta para a necessidade de refazer a pergunta sobre quem são os reais beneficiários dos sistemas de proteção para entender esse problema contemporâneo. Portanto, o Estado do Bem-Estar Social não é só ameaçado por questões econômicas de ordem estrutural, conforme destacado neste trabalho até então, mas conta com constrangimentos de natureza política, e até mesmo moral, o que será abordado a seguir.

## 2.2 A desestruturação das coletividades

Para Manow (2001), “os tradicionais apoiadores do Estado do Bem-Estar, estar-se-iam transformando em seus principais desafidores. Sindicatos e partidos socialdemocratas não apenas mudaram de lado, como viraram membros da ‘multidão’ neoliberal. Sindicatos e parcelas da socialdemocracia estariam na luta por reformas profundas nos sistemas de bem-estar, dentre elas a redução de dedutibilidades, a privatização de serviços sociais, a introdução de controles rigorosos em critérios de elegibilidade a programas, ampliação dos chamados períodos de experiência (em que direitos sociais não são concedidos), redução nos reembolsos por doença, endurecimento dos critérios para concessões de pensões, e criação de fortes incentivos para que o trabalhador retorne ao trabalho e abandone esquemas de proteção” (Manow, 2001, p.148).

Indício disso é que mais recentemente, na Alemanha, o neocorporativismo com participação nas negociações de entidades-ponta de empresários e trabalhadores foi reavivado e foram tomadas medidas para a manutenção do emprego com flexibilização de jornadas de trabalho (Giovanella, Stegmüller, 2014).

O objetivo comum dessas alianças capital-trabalho seria a reestruturação do Estado do Bem-Estar na esteira da reversão da expansão dos gastos sociais, por meio de reformas administrativas seguida de redução da carga fiscal, muito embora o empresariado nem sempre estivesse fechado com esse tipo de política (Manow, 2001, p.149).

Manow (2001) confirma a posição da literatura (Esping-Andersen, 1990, 1999; Pierson, 2001; Schelkle, 2008; Bresser-Pereira, 2012) da existência de uma lógica central ligando produção e proteção, mas diferentemente de Pierson (2001) e Iversen (2001), que não conferem créditos à globalização enquanto fator indutor das reformas no Estado do

Bem-Estar, Manow (2001) acredita que fatores externos têm influência sobre as reformas. Esse autor acredita nas pressões da globalização sobre o Estado do Bem-Estar, e tem a convicção de que essas pressões poderiam ampliar, em vez de diminuir, a importância econômica dos benefícios colaterais da política social, na crença de que programas de proteção social poderiam até ser capazes de fortalecer a competitividade internacional, a ponto de até mesmo reduzir os incentivos para que as firmas retirem seus apoios a um regime oneroso de proteção social.

Não obstante, Manow (2001) identifica uma clivagem entre trabalhadores e entre firmas que estaria ensejando o desejo reformista de parcelas do empresariado, e, paradoxalmente, estaria contaminando os principais interessados no Estado Social, a classe trabalhadora.

O autor justifica essa clivagem ante a separação de dois segmentos econômicos, o de bens *tradables* e *non-tradables*. A conceituação dessas duas grandezas pode ser entendida a partir da construção de um intervalo em cujos extremos estariam, de um lado, os bens exportáveis, e de outro, aqueles de consumo eminentemente doméstico. Bons exemplos para esses últimos seriam o setor da construção e de serviços públicos, e no polo dos *tradables* estariam as manufaturas e as *commodities*.

Segundo Manow (2001) firmas atuantes nos setores mais protegidos da economia, como o doméstico, teriam mais facilidade em contornar os incrementos de seus custos via aumentos de preços, ou mesmo estariam melhor posicionadas por serem mais dependentes do orçamento público do que do mercado. Ao contrário, firmas atuantes no segmento mais exposto da economia, que enfrenta a concorrência externa, precisam manter seus preços competitivos. Num cenário de intensa competição externa, que implica em pesado controle dos custos de transação (técnicos, legais e econômicos), e na

impossibilidade de transferi-los aos preços, o controle se daria por meio da redução de salários, racionalizações e de terceirizações.

O que teria ocorrido é que no ambiente competitivo globalizado, em que se experimentou uma intensa internacionalização dos mercados, inclusive com formação de blocos econômicos, acompanhada de uma privatização em larga escala de serviços públicos como telecomunicações, energia e transportes, teria havido um crescimento relativo da participação, na economia, dos setores expostos relativamente aos setores protegidos, o que foi seguido de pressões contra os altos salários e contra os benefícios generosos do Estado do Bem-Estar Social (Manow, 2001).

Para Manow (2001) a resultante é que trabalhadores e empreendedores atuantes no setor mais exposto da economia, cientes de suas dificuldades, tornam-se os principais interessados na contenção dos custos domésticos crescentes (carga fiscal, inflação, etc.) relacionados a um setor público em tese superdimensionado, e a um Estado do Bem-Estar generoso. Nesse contexto, uma nova clivagem político-econômica entre setores protegidos e expostos se instala.

Trata-se de argumento potente, que pode ser ainda fortalecido por explicações de ordem moral, entretanto, cumpre ressaltar que Iversen (2001) não é alheio à essa questão da clivagem, apenas não acredita que ela seja resultado da globalização, conforme já discutido anteriormente neste capítulo. Ele enfoca essa barreira social enquanto um conflito distributivo entre aqueles em posições seguras no mercado de trabalho ante os demais, em posições inseguras, no que concerne ao acúmulo de qualificação profissional, a ponto de que trabalhadores mais qualificados, descrentes de seu declínio, enfrentam riscos menores no mercado de trabalho e não teriam razões para serem solidários com os trabalhadores em posições inferiores ou inseguras, havendo poucos motivos para que a

classe média proprietária e o capital, ou mesmo o núcleo da classe trabalhadora, adotassem como próprios os interesses materiais dessa “classe excedente”. (Iversen, 2001, p.78; Offe, 1990, p.310).

Essas questões de solidariedade encerram questões morais importantes. Para compreendê-las parte-se da posição sustentada por Offe (1990), de “desestruturação das coletividades”, para em seguida aprofundarmos o que esse autor advoga, com a contribuição de outros cientistas sociais que abordam as questões contemporâneas da “sociedade de risco” e da “individualização”.

Para Offe (1990) observa-se uma crescente lacuna entre o que costumava ser considerado necessidade, e os serviços e benefícios realmente fornecidos, e isso não teria levado ao conflito em larga escala e/ou militante em defesa do Estado do Bem-Estar e de sua contínua expansão”.

Em adição, tem havido uma certa “deserção eleitoral, algumas vezes enorme, do núcleo da classe trabalhadora em direção a forças políticas liberal-conservadoras”, conforme a abordagem de Manow (2001) apresentada anteriormente neste item, oferecendo indícios de um forte apoio político para cortes e legislações anti-Estado do Bem-Estar. Offe (1990) acrescenta ainda que “existem fortes indicações de que, paralelamente a essas mudanças na política e nas ações políticas, ao nível da opinião da elite e da ideologia da esquerda política, o componente igualitário-coletivista de sua herança teórica está perdendo importância, enquanto os ideais e projetos libertários, antiestatizantes e etnográficos, tornam-se cada vez mais dominantes”.

Offe (1990) avalia esse fenômeno contemporâneo como um “estreitamento dos parâmetros de semelhança, com a fragmentação de identidades e de solidariedades coletivas”, e para interpretá-lo opta por uma análise sociológica que considera as

mudanças estruturais nas sociedades modernas. O autor identifica que a evaporação das classes e de outras coletividades obedece a um padrão que se compõe de uma “pluralidade de grupos e categorias relativamente pequenos, que mudam rapidamente de tamanho, influência e coerência interna, sem um eixo dominante de conflito amplamente reconhecido” (Offe, 1990).

Assim, a referida mudança estrutural explica em maior medida o estreitamento de apoio ao Estado do Bem-Estar, para além das questões econômicas, fiscais e políticas, e responde ao que ele classifica de uma “profunda falta de fé nas políticas sociais como bens públicos, admitindo que o futuro não será uma continuação do passado no que concerne ao crescimento econômico, à política fiscal e ao emprego, corroendo-se a plausibilidade da solução de redistribuição sem dor” (Offe, 1990, p. 308).

Na presença dessas condições, para reerguer o Estado do Bem-Estar seriam necessárias amplas alianças eleitorais e de grupos de interesse que convergissem para a institucionalização das disposições coletivas, contudo, a reversão da tendência de cortes cumulativos se torna improvável devido à fragmentação, pluralização e individualização de interesses. Contudo, “a crise econômica do Estado do Bem-Estar gera atitudes e orientações políticas individualistas, traduzindo-se, assim, em uma crise política do Estado do Bem-Estar sem necessidade de grandes esforços de mobilização e organização política das massas por parte de liberais e conservadores” (Offe, 1990, p.311).

Essa busca de soluções individualistas é também resultado das pressões contemporâneas sobre o indivíduo, ante a incerteza, o medo do desemprego, da fome, do adoecimento, da falta de garantia na velhice, temores resultantes da dinâmica capitalista, e que levam a um comportamento denominado de ‘individualização’. Bauman (1999) explora esse conceito:

“A individualização consiste em mover as identidades humanas do status de uma ‘concessão’ para uma ‘obrigação’, restando aos atores encarregarem-se dessas obrigações e serem responsabilizados pelos efeitos delas resultantes, não sendo permitido aos indivíduos desviarem-se da norma. A individualização é um destino, não uma escolha livre. No mundo da liberdade de escolha individual, a opção de não participar do jogo individualista não está na agenda. Assim, se o indivíduo cair doente, foi porque não foi industrioso o suficiente para seguir uma conduta saudável. Se ele permanece desempregado, foi porque descuidou-se da qualificação necessária, ou porque não buscou de fato trabalho, ou porque é um preguiçoso”.

Segundo Beck (2002) “a noção ideológica de autossuficiência individual implica no desaparecimento de qualquer senso de obrigação mútua. A espiral da individualização destrói as fundações da coexistência social, o indivíduo transforma-se na unidade básica de reprodução social pela primeira vez na história, e o aumento das desigualdades sociais se explica ante essa situação”.

Assim a individualização está a indicar uma corrosão e uma lenta desintegração da cidadania, ao tempo que indicaria a urgência de renovação da capacidade de decidir em conjunto (Bauman, 1999), o que está cada vez mais difícil, conforme análise complementar desse mesmo autor:

“Em vez de cerrar fileiras na guerra contra a incerteza, praticamente todos os agentes institucionalizados eficientes de ação coletiva juntam-se ao coro neoliberal para louvar como estado natural da humanidade as forças livres do mercado e o livre comércio, fontes primordiais da incerteza existencial, enquanto os sofrimentos que costumamos experimentar a maioria das vezes não se somam, e portanto não unem suas vítimas. Nossos sofrimentos dividem e isolam, nossas misérias nos separam, rasgando o tecido das solidariedades humanas (Bauman, 1999).

Do ponto de vista histórico, se na sociedade pré-industrial a forma dominante de assegurar o meio de vida era comunal, e a solidariedade nas emergências era garantida pelas famílias, a partir da industrialização, quando os antigos meios de produção foram superados e fragilizados, os indivíduos tornaram-se responsáveis por buscar a sua própria proteção (Beck-Gernsheim, 2002).



### 2.3 Considerações Finais

Neste capítulo averiguou-se uma série de constrangimentos impingidos ao Estado do Bem-Estar, sob a influência de aspectos pluridimensionais que se constituem em ameaças à sustentabilidade dos Estados do Bem-Estar Social no mundo contemporâneo. Esses aspectos, econômicos, políticos, sociológicos e comportamentais, moldam o *Welfare State* contemporâneo. Sendo-lhe peculiares, em interação conferem-lhe uma racionalidade dinâmica, ampliada.

O *Welfare State* foi idealizado para a proteção dos indivíduos. O cenário avaliado neste capítulo, ao fim e ao cabo, constata a grande vulnerabilidade dos indivíduos no mundo atual, bem como dos trabalhadores, em especial os menos qualificados.

A clivagem identificada por Manow (2001), existente entre os trabalhadores em melhor *status* de emprego e renda em contraposição àqueles de menor qualificação, esgarça as relações de solidariedade, e constitui-se em relevante ameaça aos esquemas de proteção social, dentre tantas apresentadas até então neste capítulo.

As identidades coletivas, que tradicionalmente funcionaram como elos que uniam o conjunto das classes trabalhadoras, não operam com a potência anterior, abrindo espaço para a exacerbação das posições individualistas de autoproteção, que orienta trabalhadores para a provisão privada de assistência. Abraçados ao sentimento individualista desejam transpor o ínsito racionamento dos esquemas de proteção coletivistas. Pois conforme Offe (1990) observou, quanto mais elevados o *status* e a renda proporcionados a grupos de indivíduos, menor se torna a sua motivação racional para ter seus privilégios vinculados a sistemas coletivos, previsivelmente precários e, portanto, maior a inclinação para procurarem alternativas no mercado.

Com efeito, Habermas anteviu, mais do que a *débâcle* do Estado do Bem-Estar, o fim da utopia da sociedade do trabalho. Nos deixa importante reflexão em torno desse sitramento do Estado Social, acompanhado da desagregação das relações de solidariedade, que aprofunda as desconfianças em torno da sua continuidade. Essa baixa na solidariedade coletivista é mais uma ameaça a juntar-se a outras contra o Estado do Bem-Estar.

Nesse ambiente, tradicionais apoiadores do Estado Social, os trabalhadores, em especial no Brasil, conforme será visto nesta tese, seguem perseguindo esquemas de provisão privada como alternativa aos regimes coletivistas.

Revela-se aqui a dimensão que as restrições econômicas e fiscais adquirem no debate *mainstream* acerca dos constrangimentos em torno do *Welfare State* na contemporaneidade. Pierson (2001), Esping-Andersen (2002), e tantos outros, defendem a necessidade de reformar o Estado do Bem-Estar para que permaneça sustentável.

Seria pouco realismo não aceitar a necessidade de reformar, de promover ajustes e racionalizações, a fim de que os esquemas de proteção encontrem a sua viabilidade no longo prazo, no curso do processo civilizatório. No entanto, há um tênue limite entre essa crença e o discurso conservador inserido no argumento de que “a expansão dos compromissos estatais gerou pressões orçamentárias persistentes acompanhadas de pronunciada perda de flexibilidade na formulação das políticas sociais no período contemporâneo” (Pierson, 2001b).

A crise fiscal europeia contemporânea está aí para reduzir a força do argumento conservador, que tende a correlacionar o aumento do endividamento público ao financiamento dos sistemas de proteção social. O mais recente relatório *National Accounts at a Glance*, da OCDE, coloca em dúvida o argumento neoliberal, ao afirmar que “o rápido incremento na dívida pública de seus países membros, a maior parte europeus, entre 2006

e 2011, reflete o impacto da formação de déficits públicos gigantescos resultado das intervenções dos governos em apoio aos sistemas financeiros de seus principais países” (OECD, 2014).

Assim, o argumento que responsabiliza os gastos sociais pelos desequilíbrios financeiros do Estado perde em parte sua sustentação. Este trabalho não desconsidera que o crescimento dos gastos sociais, associados ao envelhecimento populacional, são causadores de tensão na atualidade, e podem ampliá-las no futuro. Contudo, o que importa ressaltar é o baixo nível de evidência de que os gastos sociais contribuem para o aumento dos déficits públicos, na escala em que o discurso conservador atribui.

Com efeito, desde 1980, “quando o neoliberalismo se tornou dominante nos Estado Unidos e na Grã-Bretanha, teve início uma guerra contra o Estado do Bem-Estar Social. O objetivo era substituí-lo por um Estado mínimo, pelo Estado liberal do século XIX” (Bresser-Pereira, 2012). “Os que anunciavam o fim iminente do Estado do Bem-Estar por conta de contradições internas intransponíveis eram os portadores de argumentos conservadores que alardeavam os efeitos deletérios da intervenção social estatal, sendo que nas três últimas décadas esses argumentos ganharam considerável ressonância” (Kerstenetsky, 2012).

E por mais que a ideologia liberal estivesse em cheque após a Grande Crise Financeira de 2008, cuja causa, identificada por variados especialistas, foi a massiva desregulação dos sistemas financeiros; surpreende o sacrifício de benefícios sociais nos anos recentes, principalmente naqueles países mais atingidos pela crise financeira, como Grécia, Irlanda, Portugal, Itália e Espanha, forçados pelos países líderes da comunidade europeia a promoverem pesados ajustes recessivos, e significativos cortes na área social.

Por fim, causa preocupação entre os marxistas a concertação contemporânea dos interesses de grupos, que implicam num alto grau de colaboração entre setores organizados, o que expressa, na prática, os pressupostos da teoria neocorporativista, em que a representação de acordos setoriais resultantes de alianças capital-trabalho serve para a formulação de políticas públicas, dentre elas a política social, em nome da governabilidade.

As práticas neocorporativas caracterizam-se por ensejarem pactos políticos tripartites, envolvendo a classe empresarial e os trabalhadores, com a intermediação dos variados interesses feita pelos governos. Muitos veem com desconfiança essa pactuação, pois os sindicatos, portadores dos interesses dos trabalhadores, são considerados o elo fraco da concertação entre capital e trabalho. Na crítica marxista concernente às práticas neocorporativas, emerge a preocupação de que a concertação pode constituir-se em ferramenta de controle social para enfraquecer, ou mesmo anular, o movimento sindical e a classe trabalhadora (Wilson, 1983).

Os aspectos dessas relações políticas serão abordados no Capítulo 3, a seguir.

### 3 PRÁTICAS NEOCORPORATIVAS E TRABALHISMO NO BRASIL

*Nas Ciências Sociais raramente somos capazes de estabelecer as condições de laboratório e examinar casos puros, à luz de variáveis de controle, sendo-nos possível tão somente examinar situações complexas caso a caso, gradualmente construindo um número de variáveis, ao tempo que se realiza o esforço de compreensão em torno daquelas que consideremos as mais simples, básicas, atendendo à máxima de que a teoria só pode se iniciar com casos simples”. Colin Crouch (1982)*

A teoria neocorporativa surge em meados dos anos 1970, quando governos socialdemocratas europeus experimentavam insuficiente flexibilidade para resolução das questões de políticas públicas, resultado principalmente das restrições fiscais. Assim se voltam para a sociedade civil em busca de apoio e participação conjunta na formulação das políticas públicas, visando a satisfação de variados interesses de grupos.

Os governos convidam entidades patronais e sindicais para a tomada de decisões tripartite, coordenada pelo setor público, envolvendo empresariado e a classe trabalhadora, com o significado de incorporação dessas entidades, e dos assuntos privados, na seara pública.

A proposta deste capítulo é averiguar se o neocorporativismo se fez presente no Brasil, em que medida, e em que momentos históricos, para, enfim, avaliarmos, nos capítulos finais desta tese: a) se as práticas neocorporativas foram capazes de influenciar nas políticas públicas de saúde; b) se foi vantajosa a participação da classe trabalhadora nesses fóruns de negociação tripartite de caráter neocorporativo.

Inicialmente o capítulo aborda o corporativismo, tipo de relação política que antecede a concertação tripartite do neocorporativismo. Enquanto as relações políticas neocorporativas incorporam a classe trabalhadora nos acordos e na formulação das

políticas públicas, no corporativismo, trabalhadores e sindicatos passam a receber a tutela do Estado enquanto são excluídos do processo decisório.

A concertação neocorporativa é especialmente criticada pelos marxistas, que consideram a classe trabalhadora e os sindicatos o elo frágil nos acordos, conforme será visto nos próximos itens deste capítulo, que objetiva apontar, se no Brasil a concertação neocorporativa se fez presente em algum momento histórico do país.

Neste aspecto faz-se neste trabalho um percurso histórico da política brasileira, e da atuação dos trabalhadores em alguns momentos cruciais, dos anos 1920 ao presente, com destaque para o período democrático pós regime militar de 64, quando, a partir de então, a classe trabalhadora começa a ter algum espaço de vocalização no Brasil.

### **3.1 Relações corporativas, neocorporativas e a lógica de interesses da ação sindical**

#### **3.1.1 Corporativismo**

Corporativismo refere-se a um tipo particular de relação política na qual o Estado acolhe o interesse de grupos na formulação das políticas, de forma a promover a harmonia entre classes e a perseguir objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional. Durante o fascismo o corporativismo tem seu auge, caracterizado pelo papel dominante do Estado na formulação de políticas, implicando na dependência dos interesses de grupos do apoio estatal, e num tipo de agência de participação compulsória (Harcourt, 2000, pp.4-5).

Para Bobbio et al. (1998) o corporativismo corresponde a uma defesa da organização da coletividade baseada na associação representativa dos interesses e das atividades profissionais (corporações), cuja proposta fundamental reside na remoção ou

neutralização dos elementos de conflito: a concorrência no plano econômico; a luta de classes no plano social; as diferenças ideológicas, no plano político.

Relativamente aos aspectos relacionados ao trabalhismo, o modelo corporativo se apresenta como fórmula contraposta ao modelo sindical das primeiras décadas do século XX. Este segundo modelo não privilegia a conciliação dos interesses de categoria, enquanto realça o conflito dos interesses e a luta de classes. De modo contrário, o modelo corporativo impediria justamente a formação de elementos de conflito, ao articular as organizações de categoria em associações entre classes, e prefixando normas obrigatórias de conciliação para os dissídios coletivos do trabalho. Assim o modelo corporativo prevê a colaboração entre as classes no âmbito das categorias (Bobbio et al., 1998).

No plano político, o modelo corporativo se apresenta como alternativa do modelo representativo democrático. Seu caráter contrário aos conflitos o caracteriza como instrumento apto a consolidar a eficiência e concentração do sistema, e a destruir as forças centrífugas ideológicas e classistas, em nome da união entre as classes (Bobbio et al., 1998).

Bobbio et al. (1998) distinguem dois tipos de corporativismo que se fizeram presentes na idade moderna, o corporativismo contrarrevolucionário ou tradicional, e o corporativismo dirigista.

O corporativismo contrarrevolucionário ou tradicional surge no curso da Revolução Industrial, como protesto contra a empresa capitalista. Antiliberal, apresenta-se como contestação absoluta ao sistema, como um ideal restaurador. Segundo a noção de que o princípio da igualdade e o individualismo comprimiriam e isolariam o indivíduo, expondo-o ao abuso dos poderosos, quer no trabalho, quer na sociedade política, o ideal corporativo é constituído precisamente por orientações legitimistas e católicas, que, por

meio de articulações solidárias, busca a união com todos os excluídos do sistema, isto é, as categorias subalternas (Bobbio et al., 1998).

O segundo tipo, o corporativismo dirigista, teve sua concretização no corporativismo fascista. Segundo Vallauri (1971, apud Bobbio et al 1998) o corporativismo fascista "nasce como exigência das classes dirigentes de uma sociedade que, com o passar de um estágio agrícola a um estágio de maior empenho industrial, sentem necessidade de controlar a marcha da evolução e de juntar em um fascio [grupo] as energias do país, a fim de alcançar resultados mais eficazes, com menor dispêndio de meios, e poder competir com os mais poderosos organismos produtivos estrangeiros".

Assim segundo Bobbio et al. (1998), no Corporativismo fascista as corporações estão subordinadas ao Estado, são órgãos do Estado. O Corporativismo fascista teve sua origem na concepção nacionalista elaborada por Alfredo Rocco, subordinando o bem-estar das categorias, e os seus próprios interesses concretos, ao objetivo geral do desenvolvimento econômico.

A fórmula de Rocco foi aceita por Mussolini, para quem as corporações eram definidas como "instrumento que, sob a égide do Estado, torna real a disciplina integral, orgânica e unitária das forças produtivas, com vistas ao desenvolvimento da riqueza, do poder político e do bem-estar do povo italiano." A rígida subordinação das corporações ao Estado é constantemente proclamada pelos expoentes do fascismo (Bobbio et al., 1998).

No corporativismo dirigista há uma contraposição ao sindicalismo como fórmula unitária e aglutinante. "O sindicalismo, afirmara Mussolini, a 21 de abril de 1930, não pode constituir um fim em si mesmo: ou se exaure no socialismo político, ou na corporação fascista. Só na corporação se realiza a unidade econômica em seus diversos



aspectos: capital, trabalho, técnica; só com a colaboração, isto é, com a colaboração de todas as forças que concernem a um mesmo fim, se assegura a vitalidade do sindicalismo" (Bobbio et al., 1998). Grifo meu.

A estrutura corporativa-dirigista é estritamente hierárquica e unitária, sendo que o sindicalismo está subordinado à corporação, e esta ao Estado. Fim último do corporativismo integral é superar o dualismo entre política e economia, garantir o primado das hierarquias técnicas e racionalizar o mundo econômico, de modo que se torne possível "uma economia programada, a única capaz de superar o caos do liberalismo tradicional" (Spirito, 1970, apud Bobbio et al, 1998).

Assim, o corporativismo dirigista se distingue do corporativismo tradicional por meio do nacionalismo. Em face da existência de estruturas de controle e de organização social de tipo corporativo em diversos países latino-americanos, o corporativismo, tal como tem sido posto em prática nos países em vias de desenvolvimento, apresenta características não diversas das do corporativismo dirigista de modelo fascista, como pode ser evidenciado pelo ordenamento corporativista brasileiro do Estado Novo de Vargas, que se inspirava diretamente na Carta do Trabalho fascista (Bobbio et al.), assunto que será novamente tratado no item 2.2

### 3.1.2 Neocorporativismo

A partir dos anos 1970 e 1980 a combinação de inflação, redução no ritmo de crescimento econômico, e aumento do desemprego nas sociedades industriais avançadas, associadas à legitimidade declinante dos governos democráticos, fez com que proliferassem receituários neocorporativistas, em busca de uma articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias, para conter as tendências geradoras de ameaças (Almond, 1983).

Com efeito, a síntese das evidências contidas na literatura concernente ao neocorporativismo e sua concertação social, a ser apresentada doravante neste trabalho, compreende aspectos filosóficos, ao tempo que dispensa modelagens complexas de estudos econométricos. Enquanto os primeiros podem às vezes pecar pela falta de consistência empírica, os últimos podem falhar em captar nuances inerentes aos variados conjuntos de instituições operantes em contextos sociais distintos (Harcourt, 2000).

Aquilo que se define como neocorporativismo, posto em prática na Europa ocidental do pós-2ª Guerra, realça a tomada de decisões de forma consensual, estando previstas, além de uma representação de interesses de grupos independente, o controle democrático das instituições e organizações pelos seus membros, e a participação voluntária no aparato estatal decisório (Harcourt, 2000).

Na carência de amplas perspectivas políticas, na diversificação de interesses já consolidados, na crise de representação de grupos de referência, o problema do controle social se torna um problema de regulação de interesses e de pressões dos vários grupos, por parte do Estado e da afirmação de uma situação de neocorporativismo na qual resultam mais fortes os grupos que ocupam as posições centrais da estrutura social e produtiva (Bobbio et al., 1998, p. 285).

Assim, numa sociedade neocorporativa os grupos de pressão discutem aspectos relevantes da formulação política com suas contrapartes. No mercado de trabalho, sindicatos e associações de classe empresarial negociam o nível salarial, e discutem políticas de emprego. Governos por sua vez participam das negociações de forma bastante centralizada, muito embora salários e condições trabalhistas não são definidas pelos governos de forma autoritária, nem deixadas ao sabor das forças de mercado. Ao

contrário, as condições são estipuladas e reguladas após sucessivas rodadas de negociação que culminam em acordos (Harcourt, 2000).

Nesses termos duas características emergem da concertação neocorporativa: a primeira delas é a forma tripartite, modelagem em que governos discutem com empresários e trabalhadores as grandes questões econômicas e o rumo a tomar para resolvê-las, uma vez que os interesses se encontram representados pelos coletivos que se somam à formulação e definição das políticas nos variados níveis.

A segunda característica que define o neocorporativismo é a forma centralizada de implementação das políticas econômicas, exercitada pelos dirigentes governamentais e dos grupos, de forma que a formulação das políticas nem é deixada à sorte das forças de mercado tampouco é realizada de forma autoritária (Harcourt, 2000).

A concertação neocorporativa é essencialmente informal, seus fundamentos refletem o desejo de promover o consenso social e de assegurar uma trajetória econômica estável, particularmente na ausência de alternativas consistentes e de credibilidade. Acordos seriam capazes de diminuir as desigualdades de renda de diversos modos. Melhorias nos benefícios sociais aos desempregados, doentes, e pobres, que são formalmente inseridos nas políticas do Estado do Bem-Estar, certamente poderiam gerar efeitos positivos sobre o padrão de vida de cidadãos que contem com rendimentos mínimos ou sequer possuam qualquer fonte de renda (Harcourt, 2000). Grifo meu. Voltaremos a esse assunto no item 3.2.

O crescimento do neocorporativismo é marcado pela necessidade do consenso entre Estado, grupos empresariais e sindicatos em torno das políticas econômicas, de modo que a resposta aos problemas da justiça e da segurança social seja dada ao nível da sociedade civil e não ao nível institucional-estatal, mediante subsistemas autônomos do sistema político, mediante iniciativas independentes e convergentes, realizadas por forças

sociais espontâneas, e não mediante ações burocrático-administrativas (Bobbio et al., 1998).

Assim o neocorporativismo se assenta na afirmação sempre renovada da primazia da sociedade civil, deixando com o Estado apenas com a função de órgão equilibrador e incentivador de iniciativas autônomas da sociedade civil, constituindo-se como a única alternativa desta volta à sociedade civil e ao mercado. O neocorporativismo se baseia nas organizações dos grandes interesses privados e na sua colaboração, a nível político, nas decisões estatais. Desse modo, tais organizações se incorporam ao Estado. Assim, a colaboração entre governos, interesses econômicos, e sindicatos é essencial se as políticas econômicas pretendam estar em harmonia com o mundo real, e dependem disso para o sucesso de sua implementação (Wilson, 1983; Bobbio et al., 1998, pp. 704-705).

A fim de diferenciar-se do conceito de corporativismo, foi-lhe adicionado o prefixo "neo", para sublinhar a necessidade de se distinguir este conceito do outro, clássico, de corporativismo, comprometido por sua identificação ideológica com o fascismo.

Continuando, a diferença fundamental entre os dois conceitos é a seguinte: num sistema neocorporativista a organização representativa dos interesses particulares é livre para aceitar ou não suas relações com o Estado, contribuindo, portanto, para defini-las, enquanto que no corporativismo clássico é o próprio Estado que impõe e define estas relações.

Grande parte da literatura relativa ao neocorporativismo se refere a um momento de processo político que pode ser analiticamente distinguido do momento da mediação de interesses entre sociedade civil e Estado, presente nas relações corporativistas. O neocorporativismo é visto, neste caso, como uma maneira específica de formação das

opções políticas em que as grandes organizações representativas dos interesses não se limitam a exercer pressões externas, mas são envolvidas diretamente, ou incorporadas, no processo de formação e de gestão das decisões. O neocorporativismo consiste, desta forma, de acordo com diversos autores, na "participação dos grandes grupos sociais organizados na formação da política do Estado" (Lehmbruch 1977, apud Bobbio et al., 1998).

No neocorporativismo está implícita a visão de um Estado que assume a iniciativa no que se refere às organizações representativas dos interesses. Dá a elas um reconhecimento público e às vezes as sustenta, delega-lhes funções públicas, as torna participantes na formação das opções políticas. Esta iniciativa é, geralmente, justificada pela necessidade, por parte dos governos, de responder a um conjunto de problemas que surgem nos países de capitalismo avançado. Na impossibilidade de evitar o conflito de classe mediante a simples repressão da ação sindical, faz-se necessária a legitimação do movimento sindical, transportando-se o conflito para a área política. Mediante a negociação política, o Estado pode conceder poder e benefícios às organizações do capital e do trabalho, em troca de moderação em suas relações conflituais (Bobbio et al., 1998).

Com efeito, o aumento dos apelos dirigidos ao Estado por parte dos grupos organizados leva a uma crise de governabilidade. Alguns governos reagiriam, então, procurando incorporar os grupos mais fortes no processo de formação das opções políticas, para induzi-los a não exercer, *a posteriori*, seu poder de veto sobre as próprias opções. Diante da crise do Estado do Bem-Estar Social, enfatiza-se o papel do neocorporativismo europeu como meio de redução da sobrecarga governamental, uma vez que o neocorporativismo eleva a habilidade dos governos em satisfazer reivindicações de

grupos por provisão de serviços no campo do bem-estar (Bobbio et al.,1998; Wilson, 1983).

Ocorre que os governos, ao se aperceberem de sua fragilidade para desempenhar sozinhos este papel, procuram, então, envolver na regulamentação pública da economia as grandes organizações representativas dos interesses, que têm suficiente poder e legitimidade para tornar aceitável este plano.

Todavia Bobbio et al. (1998) ressaltam que nem todos os governos dos países de capitalismo avançado responderam a estes problemas comuns procurando criar estruturas neocorporativistas. Na realidade, a solução neocorporativista se impôs, acima das outras alternativas viáveis, unicamente naqueles países (e naqueles períodos históricos) em que o governo é dominado pelos partidos da classe operária, em razão de que nos remeteremos de volta a esse assunto no subitem 3.2.4 deste capítulo.

Com efeito, estes governos representam para as organizações sindicais a garantia política de que o Estado será o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar, além da proteção dos direitos sindicais. A existência desta garantia leva os sindicatos a privilegiar a negociação política acima da atividade conflitivo-contratual no sistema de relações industriais. Este costume leva a uma centralização da estrutura sindical e da atividade de negociação. Tal fato permite, por sua vez, a participação dos sindicatos na formação da política econômica, bem como a delegação aos mesmos de funções públicas (Bobbio et al., 1998).

Assim a afirmação de soluções neocorporativistas deve ser vista como o êxito de um processo onde também as opções realizadas pelas organizações sindicais, e as características institucionais em que se desenvolvem as relações de classe, desempenham um papel decisivo (Crouch, 1977).

No sistema neocorporativista os interesses gerados na sociedade civil são organizados em números limitados de associações (principalmente em "grupos de produtores", isto é, sindicatos dos trabalhadores e dos empresários, associações de agricultores, etc.) cuja diferença está fundamentalmente nas funções por elas desenvolvidas, não competindo, portanto, entre si (Bobbio et al., 1998). A ênfase na interdependência de interesses entre as classes ou grupos de interesses e a existência do consenso como condição necessária para que acordos sejam obtidos, não somente por obra de forças políticas empenhadas na "colaboração" de classes, mas como resultados parciais de embates cotidianos e contínuos entre as mesmas – que, de acordo com a conjuntura, podem entender por bem a necessidade de firmarem acordos, ou "tréguas", com o fito de obter ou preservar posições, direitos e garantias (Sória-Silva, 2005).

Em síntese, os ordenamentos neocorporativos se caracterizam por estruturas nas quais os grupos sociais organizados mais importantes (sindicatos e associações empresariais) interagem com o Estado, criando acordos de relevância geral sobre as mais importantes opções econômicas e sociais.

A peculiaridade dos ordenamentos neocorporativos nos governos socialdemocratas é constituída pelo fato de que somente nestes casos o sindicato se pode sentir suficientemente tutelado pelo partido social-democrático governante, tanto que abrirá mão de parte de seu poder atual em troca de potenciais benefícios futuros. Ao mesmo tempo, as organizações empresariais conseguem, entrando nos ordenamentos neocorporativos, reduzir o grau de incerteza relativo ao comportamento das outras partes sociais e, portanto, programar investimentos, produção e transformação de suas atividades (Bobbio et al., 1998, p.1195).

Com efeito, movimentos trabalhistas organizados e centralizados acabam por compelir grupos empresariais a organizarem-se e unificarem-se, da mesma forma, em associações de classe, em busca de fortalecimento de suas posições, e também como forma de possibilitar que líderes trabalhistas façam com que suas bases aceitem a interlocução com outras elites organizadas. Líderes trabalhistas, por seu turno, aceitam participar por identificarem oportunidades em assegurar que o ponto de vista de seus membros seja considerado no processo de formulação das políticas (Wilson, 1983).

Na visão geral de Jessop (2002), o neocorporativismo pode reequilibrar a competição e a cooperação, abrir espaço a uma autorregulação 'regulada' e descentralizada, ampliar o espaço dos atores públicos e privados, expandindo o papel das parcerias público-privadas, e proteger setores econômicos centrais para uma economia aberta, estando prevista ainda uma alta taxação a fim de financiar o investimento social.

Mas também os arranjos neocorporativistas podem ser seletivos, ao excluir da intermediação de interesses trabalhadores que se encontram à margem, não participantes dos setores competitivos e abertos (*tradables*), bem como interesses industriais pouco eficientes tradicionalmente interessados em incentivos estatais; e absorvendo setores emergentes e trabalhadores qualificados que atuam nos setores de ponta.

Esping-Andersen e Kersbergen (1992) entendem que as nações com economias abertas desenvolvem estruturas democráticas neocorporativistas para fortalecer o consenso doméstico, facilitar os ajustes econômicos e manter a competitividade internacional. Não obstante, os atores de real importância nas concertações neocorporativas são as federações empresariais, mais do que o movimento trabalhista.

É neste sentido que se compreende o neocorporativismo como um meio de dominação de classe. Se por um lado, a adesão dos trabalhadores ao reformismo socialdemocrata lhes permite influir na formulação de políticas públicas e lhes possibilita



participar dos resultados do desenvolvimento do capitalismo, por outro ela reduz a intensidade do conflito de classes, sem que a dominação de classe deixe de existir (Sória-Silva, 2005).

A crítica marxista considera o neocorporativismo um mecanismo protetivo do capitalismo avançado que blinda as forças capitalistas contra os sindicatos e até mesmo contra os governos. Sindicatos são sempre vistos como em grande desvantagem nas estruturas neocorporativistas relativamente aos grupos empresariais ou ao Estado (Wilson, 1983).

Sabel (1981, apud Wilson, 1983) advoga que o envolvimento em arranjos neocorporativistas promove a vulnerabilidade dos sindicatos em potenciais desacordos entre as bases e as lideranças, sendo que alguns críticos do capitalismo ocidental vêem nos arranjos neocorporativistas chances de facilitação da exploração da classe trabalhadora. O Estado usaria a estrutura neocorporativa para reprimir a ação das bases organizadas em sindicatos e ao mesmo tempo insular a liderança sindical contra as reações das fileiras de trabalhadores.

Schmitter (1977, apud Wilson, 1983) faz a defesa dos arranjos neocorporativos ao afirmar existir pouca ou nenhuma evidência de que trabalhadores seriam menos explorados em países onde o neocorporativismo não estivesse presente, reforçando com o argumento de que a performance dos estados neocorporativistas em manter elevado o nível de emprego e garantir benefícios sociais sugere que os trabalhadores têm vantagens nessa concertação.

Segundo Sória-Silva (2005) pode-se observar nos arranjos neocorporativos, de um lado, “membros dos grupos e classes sociais interagindo entre si e com as agências estatais, externando seus interesses, submetendo-se à negociação e à barganha, e

sacramentando (ou não) acordos ou arranjos; e de outro, “a existência de antagonismos estruturais, pois toda a negociação é, em si, expressão de um conflito entre duas classes fundamentais, e o acordo obtido nunca é mais do que uma pausa temporária – quando muito – no cabo de guerra entre as classes”.

Tendo-se em vista essa perspectiva conceitual, e uma vez conhecidos os fundamentos das teorias neocorporativistas, cumpre nesse instante apontar alguns elementos da lógica coletiva sindical, uma vez que os sindicatos de trabalhadores correspondem a um dos pilares da concertação neocorporativa. Nesses termos, a compreensão da racionalidade do mundo do trabalho é relevante para este trabalho.

### 3.1.3 Sindicalismo e a satisfação de interesses imediatos

Crouch (1982) levanta relevante hipótese quanto à capacidade de atração, e por conseguinte, de adesão de trabalhadores a sindicatos. Pois qual o interesse na sindicalização? “Se o sindicato é o meio pelo qual trabalhadores possam compensar algumas de suas deficiências ou fraquezas no mercado de trabalho, presumivelmente os maiores beneficiários da sindicalização seriam os trabalhadores em pior situação no mercado de trabalho, todavia, em geral se observa que esses últimos são os que menos aderem a sindicatos”.

Por isso, segundo a lógica olsoniana “uma organização de massa deve desenvolver uma série de serviços acessórios, secundários ao seu propósito central, que vão ao encontro de algumas necessidades individuais de potenciais membros, e que estarão disponíveis apenas para os que se filiarem, servindo de incentivos seletivos para a adesão”. Os primeiros sindicatos desenvolveram uma gama de serviços individuais como auxílio funeral e fundos mútuos. Isso foi importante para recrutar membros com metas

tangíveis e imediatas, possibilitando aos sindicatos bancarem instalações que pudessem ser de uso coletivo, o mesmo servindo para os fundos mútuos arregimentados, acessíveis a quem deles necessitasse (Crouch, 1982).

Sindicatos britânicos, por exemplo, disponibilizam descontos para filiados em algumas lojas. O fazem com o objetivo menor de atrair filiados no sentido estritamente olsoniano, mas ninguém duvida que o objetivo primário é o coletivo, que persegue melhores salários e condições para seus membros (Crouch, 1982).

Para Crouch (1982) há fortes evidências empíricas de que aquilo que os trabalhadores entendem como sindicato é, em maior medida, a agremiação local, para além daquele corpo nacional remoto com sede num grande centro, que em tese também os representaria. Neste sentido haveria uma contraposição entre interesse individual do trabalhador, dos sindicatos da base e de uma central sindical. A intenção por trás da filiação a organizações coletivas poderia ser explicada em termos da vulnerabilidade dos filiados enquanto indivíduos, mas uma vez formada essa organização coletiva, qual seriam os prováveis objetivos coletivos? É possível que os objetivos da organização sejam diferentes daqueles dos membros individuais?

Quadro 3.1 – Interesses díspares de atores trabalhistas segundo objetivos diversos

Objetivos e interesses / níveis	Atores		
	Trabalhador	Sindicato	Central Sindical
Vantagens financeiras <input type="checkbox"/> nível local	3	2-3	1
Vantagens financeiras <input type="checkbox"/> nível nacional	3	1	2-3
Participação <input type="checkbox"/> nível local	2	3	1
Participação <input type="checkbox"/> nível nacional	1	1	3

Fonte: Crouch (1982). Obs.: Escala “1” (indica menor interesse) e “3” (total interesse).

O quadro 3.1 está a indicar que trabalhadores individuais possuem grande interesse em ganhos salariais por serem os recipientes diretos do benefício. Seu interesse em participação no sindicato local é indireto, porque os representantes são aqueles que de fato assumem a tarefa. Contudo são esses representantes a quem os trabalhadores têm acesso, e, portanto, deles são esperados resultados em torno das demandas do nível local, o que justificaria, portanto, o interesse mediano (2) nesse objetivo (Crouch, 1982).

No que se refere à participação em nível nacional, o baixo interesse dos trabalhadores individuais nesse objetivo justifica-se simplesmente porque a imediata influência sobre as lideranças nacionais não está ao seu alcance.

Relativamente ao sindicato local, tem interesse que vai de médio a elevado nos ganhos salariais dos trabalhadores. É indireto porque a organização em si tem mais interesse no seu prestígio entre a força de trabalho do que propriamente nos ganhos indiretos obtidos com as melhorias salariais de seus liderados. Já o interesse do sindicato nos ganhos salariais em nível nacional é fraco, pois esse objetivo conta com baixo envolvimento da estrutura sindical local. Ademais, quanto melhor sucesso tiver o nível nacional em termos de obtenção de vantagens salariais para a classe trabalhadora como um todo, menor o espaço do ativismo local em termos de alcance desse objetivo (Crouch, 1982).

No que tange ao interesse do sindicato no quesito participação em nível local, por óbvio é alto, valendo o mesmo raciocínio acima, relativamente ao interesse do sindicato em obtenção de vantagem financeira para os seus membros, quando se tratar do interesse participativo em nível nacional.

Assim, onde e quando ambos os objetivos são considerados, as lideranças nacionais têm preferências que são o reverso daquelas atinentes às lideranças locais, por

motivos óbvios; e no caso específico das vantagens pecuniárias, as lideranças nacionais são pouco envolvidas nisso, por dependerem menos do apoio dos trabalhadores sindicalizados no dia-a-dia.

Esses variados níveis de interesse concernentes aos objetivos e metas do movimento sindical em nível local, ou nacional, justificam-se em função das distintas posições estruturais no sistema de representação sindical, que levam à uma natural diferenciação de interesses, levando às vezes a conflitos, muito embora todos os interesses e objetivos envolvidos na ação sindical sirvam ao mesmo fim, a melhoria do padrão de vida dos trabalhadores (Crouch, 1982).

Sindicatos apresentam em sua retórica reivindicatória algumas metas e objetivos como por exemplo políticas econômicas genéricas favoráveis ao emprego, e políticas sociais e educacionais de interesse dos trabalhadores e familiares. Muito embora sejam todas de interesse dos membros, não são de resolução imediata, sendo factíveis no longo prazo, deste modo não é possível correlacionar eventuais ganhos obtidos na área social diretamente à ação sindical, inexistindo, portanto, conexão direta entre ação sindical e resultado (Crouch, 1982).

Nesses termos eventual sucesso das políticas sociais genericamente reivindicadas não seria suficiente para gerar um sentimento de gratidão na classe trabalhadora relativamente aos sindicatos, da mesma forma que seria duvidoso que a ação sindical fizesse um esforço industrioso para o atingimento de tais objetivos de contorno social, de sorte que a presença de representantes sindicais nos mais variados fóruns de discussão ou de formulação das políticas sociais não poderia ser encarada com a devida seriedade. Com efeito, sindicatos não seriam nem mais nem menos prejudicados aos olhos dos

trabalhadores pela sua performance nessa área, situação bastante diversa no que se referisse às negociações salariais (Crouch, 1982).

Para Crouch (1982) “trabalhadores também estão interessados em benefícios diretos, tangíveis, de solução imediata”, assim, no caso do objeto deste trabalho, a inclusão, na pauta de reivindicações, da oferta pelas empresas de planos e seguros-saúde seria, por certo, um deles.

É oportuno fazer um paralelo com o caso brasileiro no que se refere ao sentido utilitarista da adesão a sindicatos. Ao término da década de 1960 o cientista político Leôncio Martins Rodrigues (1970, pp.106-109) efetuou levantamento com um grupo de trabalhadores que atuava na indústria metalúrgica paulista, averiguando, dentre outras questões, as principais razões que os atraía para a organização sindical.

Concluiu Rodrigues (1970) que para a maioria dos entrevistados o sindicato representava uma entidade assistencial destinada a prover os associados de recursos médicos e orientação jurídica. O autor destaca as limitações de sua pesquisa ante uma amostra reduzida, no entanto acredita na possibilidade de esboçar hipóteses a partir da discriminação de algumas tendências que transpareceram ao longo das entrevistas. O Quadro 3.2 traz os resultados dentre os sindicalizados, e o Quadro 3.3 apresenta respostas também de não-sindicalizados. Ambos traduzem a lógica da satisfação dos interesses imediatos dos trabalhadores.

Quadro 3.2 – Porque o senhor é sócio do sindicato?

Pelos serviços médicos e dentários	33%
Pela assistência jurídica	31%
Porque o sindicato defende os nossos interesses	19%
Porque o sindicato consegue aumentos de salários	10%
Porque o sindicato consegue indenização	2%
Não sabem	5%

Fonte: Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores (Tabela 36, p.108)

Quadro 3.3 - Quais as vantagens que os sindicatos realmente oferecem aos trabalhadores?

Razões / categorias	Sindicalizados	Não sindicalizados
Assistência médica e dentária	61%	25%
Serviços jurídicos	43%	25%
Aumentos de salários	22%	18%
Não oferece vantagens	13%	30%
Defende os operários	17%	5%
Outras respostas	4%	3%
Não sabe	13%	21%

Observação: Respostas múltiplas.

Fonte: Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores (Tabela 37, p.109).

Elaboração própria

Segundo Rodrigues (1970), a elevada proporção de sindicalizados que apontou os serviços médicos como a principal vantagem que o sindicato oferece (61%), em contraposição à relativamente baixa frequência de respostas desse tipo entre os não sindicalizados (25%), revela inequivocamente que a maior parte dos sindicalizados é associada ao sindicato com o objetivo nítido de usufruir desses serviços.

Cardoso (2003, p.254) também se debruçou sobre essa questão, e sua análise, relativa aos anos 1990, chega a conclusões semelhantes, desta feita apresentando dados de amostra significativa da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) do IBGE, de 1996, do suplemento especial sobre associativismo e participação política.

No que se refere às razões de filiação a sindicatos observou-se, conforme expresso no Quadro 3.4, que dentre outras tantas características importantes, como a associação de identidades coletivas, o sindicato ajuda a ampliar os horizontes de cálculo de seus membros quanto a possíveis ganhos materiais e simbólicos, observando que tradicionalmente, no Brasil, os trabalhadores se filiam a sindicatos para obtenção de acesso a benefícios e serviços sociais prestados por essas instituições sindicais.

Quadro 3.4 - Razões para a filiação a sindicatos em seis regiões metropolitanas – Brasil – 1996

Razões para a filiação	Proporção
Assistência médica	56,6%
Assistência jurídica	58,8%
Atividade esportiva/lazer	20,7%
Participação política	17,1%

Obs.: Respostas múltiplas Fonte: PME (1996), apud Adalberto Cardoso, 2003.

Para Boito Jr. (1991) a atividade dos milhares de sindicatos oficiais no Brasil, entre 1968 e 1978, consistiu em implantar ou expandir os serviços assistenciais, convertendo-se, esses sindicatos, em espécie de agências da Previdência Social.

Em pesquisa elaborada por Santos (2000), relativa à assistência à saúde proporcionada aos trabalhadores no âmbito das empresas atuantes na indústria química da região do ABC paulista, é evidente a defesa dos serviços de saúde públicos presente no discurso dos dirigentes do sindicato dos químicos (Sindiquim), todavia, os dirigentes contatados informaram que, na prática, “como o Sindiquim se posiciona um defensor dos trabalhadores, deve proteger também estes interesses, que relacionam-se à melhorias nos convênios médico-hospitalares que os trabalhadores com vínculo empregatício, e seus dependentes, possuem e utilizam”. Assim, ressalta a autora, “esta configuração pode ser analisada como um revés para o setor público de saúde, que não tem mais a aliança de interesses com os sindicatos quando esses retiram a defesa do setor público da agenda de prioridades sindicais”. Grifo meu.

Findo esse breve parêntese, demonstra-se que, também no Brasil, a lógica calcada no interesse em benefícios imediatos influencia na afiliação sindical. Ao mesmo tempo, serve para demarcar traços importantes da falta de sentido revolucionário na lógica sindical contemporânea.



Nesses termos, na crítica que dispensa aos trabalhadores ingleses, Thompson (1965, apud Crouch 1982) aponta nesse mesmo sentido, ao afirmar que “cada avanço na estrutura do capitalismo simultaneamente envolveu a classe trabalhadora, cada vez com mais profundidade, em torno do *status quo*. A cada vez que os trabalhadores melhoravam suas posições pela via da organização, menor era o interesse deles no engajamento em revoltas quixotescas, que pudessem pôr em risco os ganhos acumulados a tanto custo. Assim, cada afirmativa de influência da classe trabalhadora no âmbito da máquina do estado democrático burguês simultaneamente a envolve como parceira na operação dessa máquina”.

Existe certa argumentação marxista contemporânea que chega a considerar que os sindicatos, na atualidade, podem colocar-se no papel de promotores de uma influência repressora sobre os trabalhadores. Ao que parece podem ter perdido de vista qualquer ideal de sociedade socialista alternativa. Tornaram-se parte integrante do mesmo sistema de dominação contra o qual lutaram, razão de ser de sua existência (Crouch, 1982).

Segundo Crouch (1982) há uma distorção da consciência dos trabalhadores pelo poder que os confronta. O controle econômico e político dos capitalistas possibilita o controle intelectual e moral destes sobre o resto da sociedade, o que assegura a criação de uma ideologia dominante, ou uma hegemonia.

Esse tema é relevante, principalmente quando se abrirá, ao final deste trabalho, um espaço para a reflexão em torno da possibilidade de reposicionamento crítico dos trabalhadores ante às opções de caráter assistencial privado que lhes foram sendo apresentadas ao longo do tempo no Brasil, sem que com isso lhes estivesse garantida uma proteção social *de facto*, assunto a ser retomado no Capítulo 6 desta tese.

Assim emerge a importância do conceito de consciência falsa dos trabalhadores, que é concernente às distorções que tomam lugar na formulação dos objetivos da classe trabalhadora.

A compreensão da correta estratégia de uma classe emergente seria perseguir um curso de ação que realizaria o próprio destino dessa classe. Assim, uma classe que age de acordo com uma estratégia que levará, no futuro, à sua emancipação, ou a uma eventual posição dominante, adota uma estratégia consciente (Crouch, 1982).

Por outro lado, uma classe que não reconhece que é uma classe, ou que persegue objetivos em harmonia com a classe dominante, em vez de em oposição a ela, está a demonstrar uma falsa consciência de classe. Em resumo, adota-se uma estratégia de ação que é consistente com a realização de eventual dominação da própria classe (Crouch, 1982).

A consciência falsa justificaria o porquê de a classe trabalhadora raramente adotar uma trajetória revolucionária. Tão logo trabalhadores adquirem algum poder, o capital lhes faz concessões. Uma vez considerada a aproximação incremental dos trabalhadores, por meio da qual aceitam-se as concessões, a resultante é que o padrão de suas demandas e ganhos segue os contornos das concessões que o capital está disposto a fazer, jamais pelo viés que pudesse superar o capitalismo. Assim os movimentos trabalhistas das sociedades capitalistas avançadas moldaram-se segundo seus 'capitais', e acomodaram-se a isso. Com efeito, estratégias revolucionárias predominam tão somente onde o capital se coloca numa posição de total resistência a fazer concessões. Assim, o desenvolvimento de uma ideologia revolucionária seria em primeiro lugar produto da fragilidade do movimento trabalhista (Crouch, 1982).

Por fim, conhecidos os traços constituintes das relações corporativistas e neocorporativistas, bem como as estratégias por detrás da lógica de satisfação de interesses imediatos do movimento sindical, cumpre-nos focar no desenvolvimento do trabalhismo brasileiro, com ênfase na busca de evidências da eventual presença, no Brasil, dessas relações corporativistas e neocorporativistas, em cumprimento ao percurso necessário para a demonstração de uma das hipóteses desta tese, que verificará se no Brasil as relações neocorporativas teriam de fato amalgamado o interesse da classe trabalhadora por esquemas privados de atenção à saúde, como os planos e seguros saúde, e teriam com isso impulsionado o setor da saúde suplementar.

### **3.2 Brasil: do corporativismo ao neocorporativismo**

Cumpre-nos neste instante trazer em perspectiva a forma como as relações corporativas e neocorporativas se fizeram presentes na política, com reflexos no movimento sindical, de sorte a influenciar, ou não, a conformação das políticas públicas no Brasil.

Até o presente momento conhece-se que o neocorporativismo se firmou na Europa, nos anos 1970, como alternativa ao sindicalismo de confrontação, para o fito da governabilidade. Nas relações neocorporativas o movimento sindical é trazido para o centro das decisões harmônicas, tripartites, entre Estados, capital e representação sindical.

Isto posto, faremos um percurso pelo início, no Brasil, das relações entre operariado, Estado e empresariado nacional, a fim de reunirmos os elementos para, em seguida, no Capítulo 4, avaliarmos os seus eventuais reflexos nas políticas de proteção social brasileiras, em especial no campo da Saúde.

### 3.2.1 Antecedentes históricos do corporativismo no trabalhismo brasileiro

No que se refere aos antecedentes da Revolução de 1930, verificava-se no país o esgotamento da política ultraliberal praticada na República Velha (1889-1930). Essa política econômica, que sustentou por anos a relação câmbio-salário em patamares favoráveis ao setor exportador cafeeiro, o grande beneficiário, implicava na recorrente destituição de meios dignos para a reprodução da força de trabalho. Os trabalhadores brasileiros viviam em intensa miséria.

Segundo Malloy (1986):

“Nessa fase a classe operária não era um fator nacional, seguia limitada ao centros urbanos. No entanto, as condições gerais de vida e trabalho das classes operárias eram péssimas durante toda a República Velha, com jornadas extenuantes, baixos salários e insegurança. O operário médio levava uma vida extremamente precária que podia tornar-se desastrosa quando ficasse doente ou se acidentasse. Assim, como força social o mundo do trabalho tornara-se uma ameaça potencial. Havia no país uma preocupação crescente com a questão social”.

Getúlio Dornelles Vargas era governador do Rio Grande do Sul (à época, o título de governador era denominado como presidente do Estado). Por meio da Aliança Liberal, com apoio dos governadores mineiro, paraibano e pernambucano, e ainda com o precioso apoio de massa da classe trabalhadora, e de parcelas do movimento tenentista, que ajudara a pavimentar o caminho da Revolução de 30, Getúlio chega ao poder. Era um líder portador de uma política restauradora da ordem esgarçada, apostava na mudança da estrutura de poder, sem contudo ser portador dos excessos revolucionários, apesar de ter liderado uma “Revolução”.

Para uma perspectiva política dessa época recorre-se a Raymundo Faoro, que indica as forças com que Getúlio se associa e com que objetivos:

“Nos idos de 1929, o governador de Minas Gerais, Antonio Carlos,

havia traçado uma estratégia com Getúlio Vargas: “revolta sim, reformas sim, mas longe de grave risco de perder o domínio sobre as massas, nada de tocar nos alicerces sobre que repousa a estrutura social” (Faoro, 1957 [2001], p.768). (...)

“Os tenentes, a esfinge que começa a se desvendar, aceitando a imposição de seguir o caminho que lhes agrada, vulneram os tabus, sem cerimônia: querem que a ditadura dure, cortejam o operariado, igualando-o ao empresariado, suscitam esperanças e semeiam a utopia” (Faoro, 1957 [2001], p.770).

Ainda quando era deputado estadual no Rio Grande do Sul Getúlio acalentava os pressupostos da proteção e desenvolvimento da indústria nacional, nacionalista, e da forte presença do Estado na economia, intervencionista:

Em 1919, Getúlio Vargas, ainda deputado estadual, já defendia que a política amparasse e protegesse as indústrias, propulsoras do progresso econômico, no entanto defendia ao mesmo tempo a intervenção dos poderes públicos na atividade privada, mantendo os serviços [públicos] com o intuito de restringir a ganância dos particulares. “Uma prova da eficácia e da oportunidade dessas intervenções está na tendência quase generalizada na Europa, do operariado para a nacionalização das indústrias” (Faoro, 1957 [2001], p.772).

E seu discurso carregava ainda forte apelo popular, conforme Faoro (1957), que nos apresenta um trecho do discurso da campanha presidencial, que culminou com a chegada ao poder do ditador, via golpe de Estado; logo em seguida, o historiador oferece um perfil do animal político Getúlio Vargas:

“Se nosso protecionismo favorece os industriais, em proveito da fortuna privada, corre-nos também, o dever de acudir ao proletariado, com medidas que lhe assegurem relativo conforto e estabilidade e o amparem nas doenças como na velhice.” (Faoro, 1957 [2001], p.773).

“(...) o político”, que seria um “liberal, mas de teor tutelador, de caráter positivista e não *rousseauiano*, com a soberania popular como pressão a ser atendida pelo governo, guardando este a liberdade de selecionar as reivindicações. Os problemas sociais deveriam ser incorporados ao mecanismo estatal, para pacificá-los, domando-os entre extremismos, com a reforma do aparelhamento, não só constitucional, mas político-social” (Faoro, 1957 [2001], p.775).

Segundo Faoro (1957, p.776), o jogo político protagonizado por Getúlio Vargas tinha como preâmbulo o seguinte: “Assim, repellido o comunismo e afastadas as

proposições socializantes, o rumo ditatorial será ajudado pela ideologia fascistizante, num aglomerado confuso de tendências e alas”.

Esse direcionamento político tinha influências do corporativismo. Para a compreensão da influência política de caráter corporativista sobre Getúlio, recorre-se novamente à Bobbio et al.(1998):

“Em face da existência de estruturas de controle e de organização social de tipo corporativo em diversos países latinoamericanos, o corporativismo, tal como tem sido posto em prática nos países em vias de desenvolvimento, apresenta características não diversas das do corporativismo dirigista de modelo fascista, como pode ser evidenciado pelo ordenamento corporativista brasileiro do Estado Novo de Vargas, que se inspirava diretamente na Carta do Trabalho fascista”.

Assim, de um lado, Faoro (1957) aponta que as tendências fascizantes de Getúlio não eram assim tão claras, enquanto Bobbio et al. (1998) apontam semelhanças do corporativismo brasileiro com o corporativismo-dirigista de Mussolini, sem, no entanto, diferenciar, a distância com que Mussolini tratava os sindicatos na Itália, da aproximação ao trabalhismo protagonizada por Getúlio.

Uma questão paralela é que Getúlio também se tornaria um líder populista, de um Brasil ainda fortemente tido como de tradição agrária. Uma concepção qualificada de populismo pode ser encontrada em Bobbio et al.(1998), cujos traços característicos são encontrados na ação política de Vargas, conforme atestará Faoro mais adiante:

“Hoje o debate sobre a classe ou o grupo que deve desempenhar as funções de lideranças nos países do Terceiro Mundo se concentra na possibilidade ou não de que ocorra o advento de uma classe média com forte espírito empresarial e impregnada de nacionalismo e populismo, que proceda, de um lado, à emancipação do país da dependência do capitalismo internacional e, do outro, saiba apelar para as massas operárias e camponesas, prometendo-lhes e realizando-lhes um melhoramento substancial em suas condições de vida.” (Bobbio et al., 1998, p.771).

Bobbio et al. (1998) destacam que “o populismo exclui a luta de classes. É fundamentalmente conciliador e espera transformar o *establishment*. Raramente é revolucionário. Com o militarismo e o fascismo, o populismo partilha, fundamentalmente, da mesma falta de organização ideológica, do ecletismo e, até certo ponto, do desprezo pela ordem constituída e pelas formulações ideológicas; por isso, ele também se apresenta como contestação do sistema e como uma anti-ideologia. O populismo surge quer da tensão entre os países atrasados e os países mais avançados, quer da tensão entre as regiões mais desenvolvidas e as mais atrasadas de um mesmo país”.

Assim, Getúlio reunia as duas características políticas, era corporativista-dirigista quando defendia o primado do Estado sobre o sistema econômico, e propagava o nacionalismo. Por outro lado, não excluía o movimento sindical do jogo político, mantinha-o, com efeito, sob tutela. Assim parecia qualificar-se ao mesmo tempo como líder corporativista, nacionalista; e populista, que não era revolucionário.

Com efeito, Getúlio incorporara um tipo de corporativismo diverso daquele de Mussolini, eis que cortejara o proletariado e contribuía para a consolidação dos sindicatos no Brasil, conforme será visto neste item. Vale ressaltar que, no item seguinte, será observado que a doutrina corporativista é incorporada no Texto Constitucional de 1937.

Assim, Getúlio diferenciava-se, ao cunhar no Brasil um misto de corporativismo com populismo. Aplacava a luta de classes, trazendo o proletariado para junto de si. Getúlio Vargas aproximava-se por demasiado do tipo de líder populista descrito por Bobbio et al. (1998, pp.984-985), portador de um “populismo de tipo nacional-populista, ao mesmo tempo militarista, revolucionário (apenas por contestar a ordem anterior) e democrático, que transmutava o político em um mito — e o mito do povo é o mais fascinante e obscuro ao mesmo tempo, o mais imotivado e o mais funcional na luta pelo

poder político, pronto a materializar-se, de um instante para o outro, nos momentos de crise”.

Segundo confirma Faoro (1957) Getúlio articulava seu poder político junto aos trabalhadores e aos militares:

“Com a ascensão de Getúlio Vargas emerge o mito, personificado no protetor das massas desamparadas. (...) Dessa matriz gera-se o populismo, identificado com o líder, um líder não entregue a si mesmo, mas enquadrado estamentalmente.

O populismo, fenômeno político não especificamente brasileiro [Faoro remete-se possivelmente ao populismo russo], funda-se no momento em que as populações rurais se deslocam para as cidades, educadas nos quadros autoritários do campo. O coronel cede lugar aos agentes semioficiais, os ‘pelegos’, com o chefe do governo colocado no papel de protetor e pai, sempre autoritariamente, pai que distribui favores simbólicos e castigos reais.

Com efeito, o orçamento militar expande-se na participação de 30,4% em 1938 contra 19,4% em 1931, possibilitando que a revolução de 30 só operasse efetivamente em 10 de novembro de 1937, data do golpe de Getúlio Vargas que decreta o Estado Novo. (...) O governo passa a ser o senhor de todos os instrumentos de comando político: da lavoura e da indústria, cartelizadas e controladas; do operariado, sindicalizado sob as rédeas do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (...) Getúlio Vargas evitaria o comunismo, conciliando o operariado, e se afastaria do fascismo, oficializando os grupos de pressão capitalistas. (...) entre o povo e o ditador, só a burocracia, sem coronelismos, sem oligarquias, mas num vínculo ardente com as massas, gerando o populismo autocrático, esteio hábil para evitar o predomínio de outros grupos” (Faoro, 1957 [2001], pp.787-793).

Não se pode olvidar que o operariado urbano expandir-se-ia vigorosamente na Era Vargas, e que o privilegiamento do orçamento militar garantiria o golpe que implantaria o Estado Novo em 1937, com Getúlio à frente. Constituía seus dois principais apoios: as massas e o estamento militar. A título de ilustração no que se refere ao operariado, segundo Faoro (1957) o número de operários no Brasil, entre 1940 e 50, cresceu em 60%, enquanto a população aumentou em 26%.

Ainda sobre Vargas, alguns aspectos de sua doutrina política são importantes.

Segundo Malloy (1986):



“Vargas não foi revolucionário no sentido de eliminar uma classe social previamente dominante ou de levar ao poder uma nova classe. (...) O que o regime de fato tentou foi expandir o número de atores do ‘jogo político’ nacional, pela incorporação e setores fracos ou excluídos anteriormente, tais como os industriais, a classe média urbana, e a mão-de-obra urbana. (...) O controle do regime demonstrou sua habilidade para construir estruturas que integravam no regime os grupos-chave, especialmente o trabalho organizado, numa posição sobremaneira dependente. (...) No tratamento do trabalho o regime buscou três objetivos básicos: 1) neutralizar o trabalho como fonte de apoio para grupos de oposição que defendiam uma mudança radical; 2) despolitizar as organizações de trabalho como fonte autônoma das demandas do grupo; 3) colocar o trabalho como apoio maior, embora passivo, do regime”. Grifos meus.

Assim, o populismo de Getúlio, associado ao diálogo com as massas proletárias, o que lhe valeu a alcunha de ‘pai dos pobres’, solidificou o apoio das classes trabalhadoras ao projeto corporativista do ditador, que estendia direitos sociais contidos num modelo corporativista de proteção social, que associava a cidadania do trabalhador com seu vínculo ao trabalho, à corporação e à produção. O direito social era função da capacidade contributiva do trabalhador.

Com efeito, não seria de todo uma especulação apontar que Getúlio Vargas flertara com o modelo bismarckiano de proteção social implantado na Alemanha em 1880, que completara meio século quando da sua ascensão ao poder no Brasil. Mas mesmo antes da influência varguista nos contornos iniciais da proteção social brasileira, outro marco, a lei Elói Chaves, de 1923, por muitos considerada pedra fundamental da assistência à saúde privada no Brasil, era também uma influência do modelo bismarckiano.

Vale ressaltar que até 1919 a elite procurou ignorar a questão social e com ela lidava exclusivamente pela repressão. É de 1919 o Decreto-lei nº 3.724 que especifica as responsabilidades do empregador por acidentes ocorridos no trabalho, ficando

estabelecido que o seguro de acidentes seria coberto por empresas privadas (Malloy, 1986; Cohn, 1980).

É importante ressaltar que o instituto das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) no Brasil, estabelecido na lei Elói Chaves, de 1923, previa a participação social dos trabalhadores brasileiros nos destinos dos primeiros institutos previdenciários do país, conforme nos ensinam Gentile de Mello (1984), e Oliveira e Teixeira (1984):

“O sistema de seguros sociais no Brasil dos anos 1920 inspirara-se no modelo bismarckiano alemão, ao adotar como fonte de financiamento a contribuição tripartite, do empregado, do empregador e do Estado, em partes iguais. Em contrapartida foi permitida, tanto nas CAP e depois no IAP, a participação de representantes dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. A presença do maior usuário dos serviços previdenciários possibilitou que os trabalhadores influíssem, de alguma forma, na amplitude e nas diversas modalidades de prestação de assistência prestadas nos diversos CAP/IAP. O quadro político populista que vigorou a partir de 1930 possibilitava essa abertura a pressões “de baixo” capazes de influenciar os rumos da política previdenciária, inclusive de assistência médica, segundo a forma de gestão compartilhada dos IAP, na medida que na direção dos órgãos previdenciários estavam paritariamente representados os empregados, empregadores e o Estado (Gentile de Mello, 1984, p.175; Oliveira, Teixeira, 1984, p.197)

O que não ficou evidenciado até então na literatura sobre saúde e previdência no Brasil foi que os objetivos da lei Elói Chaves parecem ter demorado a alcançar efetividade, pelo menos no que se refere ao Conselho Nacional do Trabalho, o que só foi obtido com a ascensão de Vargas. Isso pode ser certificado em Faoro (1957):

“As reivindicações operárias, antes de 1930, não conseguiram, apesar de leis votadas e não aplicadas, conquistar posição de barganha na sociedade, nem reconhecimento oficial. O Conselho Nacional do Trabalho, instituído em 1923, não chegou, na verdade, a funcionar. (...) A Aliança Liberal adotou outro rumo, cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, acenando, na pluralidade de tarefas, com a política conciliatória de classes, em repúdio implícito à linha contestatória dos frágeis movimentos operários anteriores. O chefe do Governo Provisório [Getúlio Vargas], aprovando, em discurso de 4 de maio de 1931, a orientação do primeiro ocupante da pasta do trabalho [Lindolfo Collor], da conjugação dos interesses patronais e operários, mostra o sentido da reforma, que oficializa os sindicatos: “ *As leis, há pouco decretadas, reconhecendo essas organizações, tiveram em vista,*

*principalmente, seu aspecto jurídico, para que, em vez de atuarem como força negativa, hostis ao poder público, se tornassem, na vida social, elemento proveitoso de cooperação no mecanismo dirigente do Estado. Explica-se, assim, a conveniência de fazê-las compartilhar da organização política, com personalidade própria, semelhante à dos partidos (...)*” (Faoro, 1957 [2001], pp.806-807).

Posto isso, importa ressaltar que na Era Vargas encontravam-se pavimentados os primeiros caminhos da organização corporativista das relações de trabalho e de proteção social no Brasil, conforme será aprofundado logo em seguida. Esse assunto é de interesse para as políticas de saúde, pois dessa época deriva o modelo predominante nas escolhas dos trabalhadores, que se traduz pela opção por esquemas privados de atenção à saúde.

### 3.2.2 Corporativismo e trabalhismo

A lei de sindicalização de 1931 definiu que os sindicatos seriam órgãos consultivos e de colaboração com o poder público, trazendo-se as organizações operárias para a órbita do Estado. A sindicalização, facultativa, na prática tornara-se compulsória, uma vez que apenas os trabalhadores sindicalizados poderiam gozar dos benefícios da legislação social nascente.

Por ocasião da Constituição de 1934 já havia no Congresso uma bancada classista eleita pelos sindicatos de empregadores e de trabalhadores. O país abria-se institucionalmente aos trabalhadores, desde que reunidos em sindicatos tutelados pelo Estado (Gomes, 1988).

Em seguida, por ocasião do Estado Novo desenvolve-se a doutrina corporativista no Brasil. Intelectuais como Oliveira Vianna, Almir de Andrade e Francisco Campos foram os responsáveis pelo traço corporativista presente no texto constitucional de 1937, conforme indicado pelo Art. 61 da Constituição de 37:

Art 61 - São atribuições do Conselho da Economia Nacional:

- a) promover a organização corporativa da economia nacional;
- b) estabelecer normas relativas à assistência prestada pelas associações, sindicatos ou institutos; (...)
- d) emitir parecer sobre todos os projetos, de iniciativa do Governo ou de qualquer das Câmaras, que interessem diretamente à produção nacional;

Assim, a partir de 1937, no curso do Estado Novo, o projeto trabalhista passou a ser efetivamente difundido e implementado. O pacto existente entre o Estado e a classe trabalhadora trocava os benefícios da legislação social pela obediência política, sendo que somente os legalmente sindicalizados teriam acesso aos direitos do trabalho. Nesses termos a adesão era utilitarista, pois interessava aos trabalhadores o acesso aos novos direitos, enquanto que politicamente havia uma adesão ao regime, com a aquiescência por parte dos trabalhadores ao modelo de sindicalismo corporativista tutelado (Gomes, 1988).

Segundo Gomes (1988) estabelecia-se um pacto caracterizado por uma lógica que combinava ganhos materiais com os ganhos simbólicos da reciprocidade. Essa lógica simbólica por detrás desses ganhos, presente na ideologia do trabalhismo brasileiro, consagra uma ideologia de outorga patrocinada por uma autoridade benevolente, em que os bens materiais apresentam-se como generosamente doados. Por essa lógica o trabalhador ganharia um benefício e retribuiria com apoio político.

Vale destacar a percepção de Gomes (1998) quanto aos sentidos da relação política benevolente estabelecida entre Getúlio e os trabalhadores:

“Assim, se o ato de doar deve ser entendido, interessadamente, como um dever, ele igualmente implica uma outra obrigação, a de receber. Toda dádiva só se cumpre com a aceitação do que é dado, sua lógica é bilateral. Quem dá cria sempre uma relação de ascendência sobre o beneficiário, principalmente quando espera o retorno. Quem recebe cria um tipo de vínculo de compromisso, que implica na necessidade de retribuir. A base ideológica que institui a obrigação não é a dívida, mas o compromisso, que adquire uma força moral totalizadora” (Gomes, 1988 [2005], pp.226-227).

Segundo Gomes (1988) construía-se no Brasil do Estado Novo um projeto político que se distanciava tanto do liberalismo radical, experimentado no Brasil até o início dos anos 1930, quanto do totalitarismo das ideologias comunistas ou fascistas. Essas duas formas de organização do Estado, liberal ou autoritária, seriam inadequadas à especificidade histórico-cultural do povo brasileiro. Assim rejeitava-se tanto o modelo de Estado liberal, que implicava na vulnerabilidade do indivíduo ante a excessiva liberalidade do mercado, quanto a peculiar subordinação dos indivíduos ao Estado, presente nos regimes totalitários.

E Getúlio surge como mediador dessas aspirações políticas:

“Servindo de alternativa, a história da relação povo/presidente era a história da resolução da questão social no Brasil. A legislação social brasileira servirá de instrumento mediador das tensões entre governante e governados, uma vez outorgada pelo chefe de Estado ao seu povo, seria capaz de garantir a justiça social. Tratava-se de garantir a ordem social” (Gomes, 1988 [2005]).

Contudo, segundo Gomes (1988), na prática não existia sindicalismo corporativista no Brasil entre 1931 e 1943. Havia leis, como a de 1931 e a de 1939, que estabeleciam um modelo de organização sindical corporativa, de vigência formal. Pois é nos anos 1940 que o movimento corporativo emerge fortemente, na postura do empresariado, preocupado em desmobilizar focos de resistência ainda presentes no operariado, sendo que o governo comunga dessa preocupação das elites, relativamente aos pontos de instabilidade até então presentes no movimento operário. Assim, “o sindicalismo corporativista seria implantado não exatamente no momento autoritário por excelência do Estado Novo, mas no período de transição pós-1942, quando a questão da mobilização de apoios sociais torna-se necessidade inadiável ante a própria transformação do regime”.

A revista *Cultura Política*, que circulou de 1941 a 1945, reafirmava a necessidade de implementar um projeto político que encontrasse um ponto de equilíbrio entre as necessidades e liberdades da pessoa e o intervencionismo do Estado. O corporativismo democrático brasileiro devia ser construído pela compatibilização de um Estado forte com um indivíduo livre; de uma política de proteção ao trabalho com uma política de defesa do capital, mantendo-se sagrado o direito à propriedade (Gomes, 1988).

Gomes (1988) destaca que o nosso regime se diferenciava dos demais modelos de corporativismo europeus uma vez que adotava uma estrutura organizativa eminentemente representativa, e acolhia o movimento sindical como força política. O corporativismo brasileiro estimulava a própria produção a organizar-se através de sindicatos patronais, definidos como órgãos coordenados pelo Estado, no exercício de funções delegadas pelo poder público; da mesma forma garantia-se a representação das corporações profissionais.

A Carta de 1937, conforme trecho apresentado à pag. 56 logo mais acima, ao reconhecer essa realidade, estabeleceu as corporações como critério para organização e representação de interesses, funcionando a corporação como órgão consultivo e de colaboração do poder público.

Ainda no que tange à ação do ‘varguismo’ relativamente ao movimento sindical, o governo pôde, durante anos, criar um contingente de líderes trabalhistas mais dependentes do Ministério do Trabalho do que dos próprios elementos das suas organizações sindicais, criando uma casta de dirigentes sindicais, os chamados “pelegos”, de sorte que os sindicatos corresponderiam a verdadeiras extensões informais do aparelho estatal. A pressão para os líderes trabalhistas cooperarem era considerável, traduzida pela oferta de postos na estrutura governamental (Malloy, 1986).

Malloy (1986, p.67-68) vai além, no que se refere ao status dos sindicatos na Era Vargas:

“A nova coleção de leis trabalhistas estipulava claramente que a função primordial dos sindicatos não era a de articular seus quadros de trabalhadores, mas sim cooperar com o governo e com as demais classes para a realização dos interesses nacionais. E quando os interesses operários conflitavam com os nacionais, os primeiros tinham que desistir em favor dos segundos. Os sindicatos eram encarregados de promover a solidariedade geral, fornecendo importantes serviços sociais e assistência legal aos seus membros. (...) Em suma, o governo utilizou os sindicatos para promover uma mentalidade mutualística entre os trabalhadores”. Grifo meu.

Sendo certo que os sindicatos se utilizavam dos esquemas assistencialistas para estimular a afiliação de trabalhadores, prática que não difere em muito do padrão do sindicalismo em geral, à luz do discutido neste trabalho, no item 3.1.3 deste capítulo. Para Cohn (1980) todos os trabalhos sobre sindicalismo confirmam o teor assistencialista dos sindicatos no Brasil. São esses esquemas que atraem os trabalhadores fazendo com que se afilem, segundo Cohn (1980), pela “porta assistencial”. Era uma forma incontestada de cooptação das massas desassistidas, que a doutrina corporativista estimulava e o trabalhismo incorporava acriticamente.

No curso dos acontecimentos históricos, após a deposição de Getúlio, qualquer que fosse o sistema partidário adotado, trabalhismo e corporativismo sobreviveriam. A Constituinte de 1946, ao manter o modelo de sindicalismo corporativista, concluiu um processo político que se apresentava desde 1943, com vistas à transição do Estado Novo para a liberal-democracia (Gomes, 1988).

No fim dos anos 1950 e começo dos 1960 o Brasil ainda era governado sob a égide do pacto populista, por meio do qual a burguesia e a classe média nascente manipulavam os trabalhadores, dando-lhes algum espaço. Os traços do populismo no país foram trazidos no item 3.2.1 deste trabalho. Contudo mudanças iriam surgir a partir da ressignificação da crença anticomunista que transformava os trabalhadores em revolucionários, momento que coincidia com o colapso do Estado populista (Bresser-Pereira, 1987a).

Com efeito, quase sempre houve a ameaça comunista e revolucionária. Jango, vice-presidente que se encontrava na China em viagem diplomática quando da renúncia de Jânio à presidência, flertava com os regimes comunistas. Ao mesmo tempo, havia rumores de infiltração da Comando Geral dos Trabalhadores nos quartéis, a influenciar militares de baixa patente em torno de um golpe de esquerda. Nesses termos, para conter essa ameaça comunista, a partir de 1964 forma-se o pacto autoritário-capitalista tecnoburocrático, patrocinado por um golpe de estado burguês: originado do medo ante a ameaça de desordem econômica e subversão política que o colapso do pacto populista propiciava. As reformas capitaneadas pelos governos militares buscaram a exclusão das forças mobilizadas em torno da questão social durante o período populista, a fim de domar a pressão exercida pelas categorias de trabalhadores e do jogo político intermediado pelas organizações sindicais. Assim, o regime militar redirecionou o sistema político com a radical exclusão dos trabalhadores do pacto de poder, com vistas à desmobilização de suas organizações e das estruturas de representação de seus interesses (Bresser-Pereira, 1987b; Fleury, 1994).

O traço político marcante do regime militar conjuga a despolitização da questão social com o fortalecimento das estruturas burocráticas do executivo, num contexto de supressão da cidadania política e de eliminação dos canais de representação. O poder decisório estava concentrado no aparelho burocrático estatal (Fleury, 1994).

E como soe acontecer ao trabalhismo brasileiro nas situações de regimes ditatoriais, segundo Boito Jr. (1991), nessas ocasiões sempre predominou no Brasil o controle sobre a organização e a vida interna dos sindicatos oficiais. Essa tendência se repetiu no caso dos governos militares, que estabeleceram “um controle rígido, detalhado e inibidor de qualquer ação reivindicativa por parte do sindicato. O estado impõe um estatuto padrão, controla o processo eleitoral, depõe uma diretoria sindical eleita ou



controla as finanças do sindicato na medida em que a representação sindical, e os próprios recursos financeiros, são uma outorga sua”. (...) “A tutela do Estado é percebida como um instrumento adequado para barrar a ascensão das correntes revolucionárias do movimento sindical, garantindo-se um aparato adequado à manutenção do sindicalismo conservador” (Boito Jr, 1991).

No que se refere ao *status* das políticas sociais ao término do período militar, havia uma crise social de visibilidade, sem que, no entanto, o fracasso das políticas sociais pudesse se dissociar da grande crise econômica que o país atravessava. A crise resultaria dos choques do petróleo e das rodadas sucessivas de alta da taxa de juros norte-americana, observada no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o que implicou numa moratória parcial do Brasil já em 1982. Com o fim das reservas cambiais brasileiras, após o contágio na América Latina em consequência da moratória mexicana, o governo teve de recorrer ao FMI. Em 1982 o déficit público brasileiro atingiu 14% do PIB. No Governo Sarney, em 1987, ocorre definitivamente a suspensão do pagamento dos juros da dívida externa aos credores internacionais. Reconhece-se que, pouco mais de três anos depois de promulgada a Constituição de 1988, o sistema de proteção social encontrava-se em uma nova crise de financiamento de proporções profundas (Bresser-Pereira, 1983; 1987b; Safatle, 2012, Fleury, 1994).

Esse ambiente de crise coincidia com a rearticulação do trabalhismo brasileiro, que já vinha acontecendo desde 1978, com o ressurgimento do movimento sindical de massa, marcado pela presença de movimentos paredistas no país. Naquele ano foram mais de 500 mil trabalhadores em greve distribuídos em 7 estados do país, envolvendo 13 categorias, com destaque para os metalúrgicos, trabalhadores do transporte urbano, têxteis, trabalhadores rurais, bancários, professores e médicos (Cordeiro, 1984; Bresser-Pereira, 1987a,b; Escorel, 1998; Boito Jr., 1991; Noronha, 2009).

A reincorporação dos trabalhadores organizados na sociedade se daria sob a égide do sindicalismo de resultados, que consolida o poder sindical pragmático. Assim a contestação social privilegiada pela recém-formada Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, parecerá ter se tornado ineficiente como meio para a abertura de canais de participação. Não obstante, o sindicalismo de resultados não lograria a superação do caráter patrimonial e predatório das relações entre as elites e Estado brasileiro, de sorte que o pragmatismo sindical mostrar-se-ia incapaz de diferenciar-se dos interlocutores de interesses contrários (Cardoso, 1999, pp.32-34).

Nesses termos, o advento do sindicalismo de resultados e a sua articulação na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) em torno da garantia de organização e da concessão de benefícios sociais, do Estado ou do patronato, será, portanto, o tema a ser desenvolvido no item seguinte.

### 3.2.3 O sindicalismo de resultados: primórdios da concertação neocorporativa

Antes de verificar a ação do sindicalismo de resultados no Brasil dos anos 1980 é necessário um percurso sobre a situação política na segunda metade do regime militar, a partir de 1974, na fase conhecida como “abertura política”, quando o regime já apresentava sinais de esgotamento. O “milagre econômico” cessara (1968-1973), já não produzia seus elevados índices de crescimento econômico, e o próprio presidente da República, Ernesto Geisel, sinalizava para a necessidade da transição democrática.

“O golpe de 1964, que a burguesia havia apoiado, acabou tirando-lhe de forma decisiva o poder. O golpe foi acompanhado por um período de milagre econômico beneficiando a burguesia e a tecno-burocracia. Foi uma fase de aceleração da acumulação de capital, eis porque a burguesia tolerava a tutela política. Com o fim do milagre não

havia motivos para a aceitação da tutela, a burguesia sentia-se muito forte economicamente para aceitar que um grupo de tecnocratas no poder distribuísse favores apenas a alguns poucos grupos empresariais” (Bresser-Pereira, 1987a).

No entanto, segundo Bresser-Pereira (1987a,b), já havia, na altura do “fim dos anos 1970, sinais de ruptura do pacto político autoritário-capitalista-tecnoburocrático. À medida que o milagre econômico se esvaia, a legitimidade do governo reduzia-se. A burguesia, entendida como o conjunto dos proprietários dos meios de produção que emprega o trabalho assalariado, que incluía, além dos representantes das associações patronais, os pequenos burgueses atuantes na indústria, agronegócio, e nos serviços, começa a romper o pacto autoritário com a tecnoburocracia estatal. Os trabalhadores seguiam excluídos da aliança de classes em crise e a burguesia não se sentia ameaçada, estava unida e pleiteava uma ampliação de seu poder político, por meio do fim da tutela tecnoburocrática estatal e do restabelecimento dos mecanismos democráticos de governo”.

Assim, “se a manutenção da união nacional já não era factível, da mesma forma o retorno ao populismo dos anos 1950 era inviável. Os trabalhadores estavam à época muito mais organizados, tinham uma consciência muito maior de seus próprios interesses, a ponto de não estarem mais dispostos a serem facilmente manipulados” (Bresser-Pereira, 1987b).

“Os trabalhadores urbanos já estavam suficientemente integrados na sociedade capitalista, para dela fazer parte constitutiva. Assim, a burguesia tenderá a procurar o apoio dos trabalhadores. Líderes sindicais até há pouco tempo desconhecidos despontaram no cenário nacional, e uma vez que o sistema de poder perde legitimidade, os trabalhadores encontram o ambiente propício para não apenas reivindicar salários, mas

também aumentar sua participação política. A crise ao nível das classes dominantes abre espaço para os trabalhadores ampliarem sua faixa de participação política”

(Bresser-Pereira, 1987a).

Foi nesse contexto que “em 1977, logo após o ‘pacote de abril’ [quando o presidente Geisel fecha o Congresso e introduz uma reforma política que cria os senadores biônicos] que se forma o ‘pacto político democrático de 1977’, que nascia da indignação política da burguesia e das classes médias tecno-burocráticas não diretamente comprometidas com o governo.

Representava o rompimento, ainda que parcial, da burguesia com a tecnocracia estatal. A campanha contra a estatização, iniciada em 1975, é o primeiro sinal dessa ruptura. Esse novo pacto, ainda que muito informal e impreciso, fundamentava-se em três pontos:

- 1) o restabelecimento da democracia, que interessava a todos;
- 2) moderada distribuição de renda, de interesse dos trabalhadores;
- 3) aceitação, por todos, do sistema capitalista, que interessava à burguesia”

(Bresser-Pereira, 1987b).

Contudo, essa aproximação burguesa com o movimento sindical foi dificultada pela Greve dos Metalúrgicos do ABC de 1980, com a ascensão de Lula e a criação do Partido dos Trabalhadores, e da CUT, em 1983. A ideia de pacto se interrompera até a eleição de Tancredo Neves, em 1985.

Não obstante os significativos avanços políticos dessa época, como a obtenção da anistia política, a eleição direta para governadores e a campanha pelas eleições diretas para presidente, que uniu todo o povo, e posteriormente, com a cisão do PDS [depois PPR

e desde 2003, PP] e a criação da Aliança Democrática desembocaram na eleição de Tancredo Neves pelo colégio eleitoral do Congresso, pondo fim ao regime militar. Esse pacto foi presidido, do ponto de vista da burguesia, pelo princípio da conciliação, o caminho a ser seguido para a fazer a inevitável transição para a democracia sem romper a ordem estabelecida, de sorte que o projeto foi bem-sucedido, com a união nacional em torno de Tancredo Neves (Bresser-Pereira, 1987b).

Antes de avaliarmos em perspectiva a atuação do sindicalismo de resultados no Brasil redemocratizado, cumpre, no entanto, fazer antes um balanço relativamente à estratégia política desenvolvida pelo regime militar brasileiro, nesse instante que esta tese aborda o processo de redemocratização e o fim do referido regime ditatorial.

O que se pretende ressaltar nesse instante é que a estratégia dos militares guardava traços do corporativismo-dirigista. Conceitualmente, os governos militares parecem ter encampado essa doutrina, segundo as características desenhadas por Harcourt (2000) e Bobbio et al. (1998) para o corporativismo-dirigista, descritas no item

1.1 deste trabalho, e sumariadas a seguir:

- intervenção absoluta do Estado sobre a sociedade, em que a classe burguesa é chamada a colaborar, num tipo de agência de participação compulsória;
- o Estado acolhe o interesse de grupos empresariais na formulação das políticas, de forma a perseguir objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional;
- o Estado torna real a disciplina integral, orgânica e unitária das forças produtivas, com vistas ao desenvolvimento da riqueza;
- o Estado exerce papel dominante na formulação de políticas implicando na dependência dos interesses de grupos do apoio estatal;

- o Estado cria uma estrutura hierárquica e unitária, em que o sindicalismo está subordinado à corporação, e esta ao Estado;
- as corporações são órgãos do Estado; os sindicatos são tutelados pelo Estado.

Ademais, a título de ilustração, Ernesto Geisel e Artur da Costa e Silva, dois ex-presidentes militares, foram tenentistas, sob a liderança de Goes Monteiro e Eurico Gaspar Dutra. Luis Carlos Prestes também era um expoente do movimento, no entanto, simultaneamente, liderava o movimento comunista no país.

Há registros biográficos de que Geisel arregimentou-se às tropas que garantiram a Revolução de 1930, e teria participado também da derrubada de Getúlio. Na divisão do movimento tenentista, Prestes seguiu sua luta comunista, e Geisel e Costa e Silva, sob a liderança de Goes Monteiro e Dutra, alinharam-se ao espectro político da direita.

Goes Monteiro emergiu como o maior ideólogo do tenentismo, e posteriormente foi ministro da guerra de Getúlio. Admirava líderes de regimes nacionalistas fortes, praticantes do dirigismo econômico (Saes, 2011).

Segundo Malloy (1986) o tenentismo articulava uma “concepção de renovação nacional, baseada na centralização do poder político, na racionalidade administrativa, nas políticas econômicas nacionalistas”, modelo reproduzido no regime militar brasileiro, findo em 1985.

Assim, se de um lado Getúlio Vargas é identificado com a doutrina corporativista-dirigista (Bobbio *et. al*, 1998), de outro, a partir da sua estratégia política personalista, capaz de conjugar o corporativismo com o populismo, Vargas incluiu a classe trabalhadora na pactuação política, expediente que o regime militar de 1964 não fez.

A articulação política da ditadura limitava-se à burguesia nacional, correspondendo ao objetivo desenvolvimentista-nacionalista, traço da doutrina corporativo-dirigista.

Dessa forma, os militares do golpe de 1964 parecem ter incorporado uma certa influência corporativista-dirigista no Brasil, de inspiração fascista: excluía os trabalhadores e os sindicatos, tutelando-os; enaltecia o nacionalismo e a ordem; possuía um aparelho repressor em atividade; e concentrava nas mãos do Estado a coordenação dos interesses econômicos, exercida por uma tecnoburocracia.

Malloy (1986) oferece respaldos para essa avaliação:

“A combinação [de forças políticas] que comandou a Revolução de 1964 foi baseada, em alto grau, em dois componentes essenciais do estamento estatal de Vargas: os militares e a tecnologicamente orientada elite civil-administrativa [a tecnoburocracia]” (Malloy, 1986, p.125).

“Economicamente, pôs em vigor um esquema de desenvolvimento capitalista estatal no qual um Estado ativista, representado por um setor público amplo e crescente, estrutura e guia um dinâmico setor privado (...). O Estado buscava coordenar as atividades dos setores público e privado para atender aos amplos esquemas de planos sociais e econômicos que refletiam valores e prioridades de doutrinas de desenvolvimento nacional, e de segurança nacional, formuladas por elites militares e civis” (Malloy, 1986, p.129).

“Enquanto o regime Vargas tentava criar um sistema autoritário baseado na inclusão controlada de grupos-chave, tais como o trabalho organizado, o regime militar buscava a exclusão controlada desses mesmos grupos” (Malloy, 1986, p.129).

“Na verdade, uma boa parte da estrutura institucional e administrativa, bem como das elites administrativas do Estado Novo, foi incorporada ao novo regime. Em nossa opinião, o sistema de 1964 representa, em parte, o triunfo da ala tecnocrático-administrativa da coalizão original de Vargas” (Malloy, 1986, p.130).

Da mesma forma Ribeiro (1993) contribui para o argumento da presença e da continuidade das relações políticas corporativistas no país durante o regime militar, com tutela sobre o movimento sindical, quando aponta que “os militares do golpe de 1964, à custa de repressão política, reforçaram as amarras ao sindicalismo engendradas pela

legislação corporativa. Esta foi mantida ao longo dos regimes militares, para ser questionada, de modo mais incisivo, a partir de 1977, com a retomada das lutas sindicais maciças, e a emergência do sindicalismo autêntico” [de confrontação].

O que importa destacar é que as características doutrinárias e circunstâncias históricas contribuem para evidenciar traços do corporativismo-dirigista, de inspiração fascista, que o regime militar (1964-1985) incorporou no Brasil.

Vale ainda um registro, sem caráter científico, ilustrativo: conforme será logo em seguida desenvolvido no Capítulo 4, em 1966, no Brasil, o governo militar reorganiza os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social, homônimo do INPS organizado na Itália em 1933, no tempo em que Mussolini era o primeiro-ministro, o *Istituto Nazionale della Previdenza Sociale*, em operação até os dias de hoje. Essa comparação pode revelar antes um traço inspirador do que uma simples coincidência, o que não pode ser comprovado sem uma análise comparada das estruturas do INPS fascista e do INPS da ditadura militar de 1964.

Já no curso do processo político denominado de Abertura, a distensão política é concomitante ao fracasso definitivo do modelo aparentemente corporativo-dirigista dos militares. Findo o período da ditadura militar, o que se percebe é a união da burguesia, dos trabalhadores, e o governo civil recém empossado, em torno da necessidade de um pacto social, que prepare o país para um novo ciclo econômico sustentado e com justiça social.

Assim, a partir da ideia de pacto, podem-se identificar os primórdios de uma concertação neocorporativa no Brasil, como alternativa para a falência do modelo político-econômico anterior.



Dessa forma, com o esgotamento do modelo econômico da ditadura, a burguesia nacional se rebela ao final dos anos 1970. Da mesma forma os trabalhadores ressurgem com força a partir de 1977-78, quando emergiram novos sindicalistas na cena nacional.

Segundo Bresser-Pereira (1987b), ao final da década de 1970 a burguesia buscou aproximar-se dos trabalhadores, em torno de um pacto de união nacional.

Tal fato descrito por Bresser-Pereira sugere uma cena em que a contraposição ao corporativismo-dirigista do regime militar carrega consigo o gérmen da concertação neocorporativa implícita no pacto que reúne, e reunirá, no Brasil do início do século XXI, capitalistas, trabalhadores e o Estado.

No que se refere à situação do trabalhismo do Brasil dos anos 1980, o cenário era o seguinte: “os trabalhadores estavam longe de ser uma classe unida. Havia aqueles organizados sindicalmente, que constituíam minoria, e os não-organizados, massa de manobra fácil para as classes dominantes, a burguesia e a tecnoburocracia. Entre os organizados, havia os trabalhadores reformistas, preocupados com melhores salários e condições de trabalho, e os trabalhadores políticos, que identificavam a atividade sindical com a partidária. Entre esses havia o grupo da Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat), relacionado com o PMDB e com os partidos comunistas, e o grupo da CUT, ligado ao PT (Bresser-Pereira, 1987b).

Já no período da ANC, existiam duas centrais sindicais, além da CUT. Havia a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), liderada por Joaquim dos Santos Andrade, o “Joaquinzão”, e de menor importância a União Sindical Independente (USI), à época liderada por Antonio Pereira Magaldi. As posições da CUT na ANC se fizeram representar pelos parlamentares do Partido dos Trabalhadores (PT), predominantemente egressos do movimento sindical, movimentos populares e do movimento estudantil, e por alguns

membros do Partido Democrático Trabalhista (PDT), de Leonel Brizola. Parlamentares do PMDB e do PTB representavam as posições da CGT, e o interesse empresarial tinha no PFL (atual DEM) e em parcelas do PMDB seus principais defensores (Cardoso, 1999).

À época participavam da CGT o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo (SMSP), presidido por Luiz Antonio de Medeiros, e o Sindicato dos Eletricitários de São Paulo, cujo presidente era Antonio Rogério Magri. Esses dois últimos líderes protagonizavam o sindicalismo de resultados, posicionando-se contra a estatização, em defesa do mercado e do pragmatismo sindical, posicionando-se contra as tendências ideológicas da CUT. Medeiros e Magri surgiram ao final do processo Constituinte como aliados do capital, em detrimento da defesa dos interesses dos trabalhadores no cerne da luta de classes. Medeiros não era favorável ao estabelecimento de uma lei de greve, por exemplo, defendia que a melhor lei de greve seria o ‘bom senso’ (Cardoso, 1999).

Esses líderes posicionavam-se sempre contrariamente às centrais sindicais tidas como ideológicas, como a CUT, e muitas vezes não seguiam as orientações da própria CGT, da qual seus sindicatos eram membros, firmando-se contra as posições de “Joaquinzão”.

No curso dos trabalhos da ANC os sindicalistas concentraram a sua participação nos debates da Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos (Boschetti, 1998).

Segundo Cardoso (1999), no primeiro anteprojeto da Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos, os direitos dos trabalhadores eram ampliados consideravelmente. O anteprojeto pressupunha um Estado do Bem-Estar altamente desenvolvido e eficiente, como a garantia à assistência médica gratuita, seguro-desemprego, e aposentadorias para as donas de casa, ao tempo que isentava de impostos diretos mais de noventa por cento dos trabalhadores que ganhassem até 20 salários

mínimos, pagamento em dobro das horas extras, maior remuneração do emprego noturno, turno de seis horas, estabilidade no emprego e jornada semanal de 40 horas.

Interessante notar que a implantação de um novo sistema de saúde pública, de base universalista, era debatida simultaneamente na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, no entanto, os trabalhadores aglutinavam-se em torno de uma assistência médica própria, privada, a ser provida pelos empregadores, denotando que, para o movimento sindical, coexistiam: a saúde pública para todos; e a saúde do trabalhador, específica para os trabalhadores organizados.

Contudo, uma emenda substitutiva do Senador Albano Franco, à época presidente da Confederação Nacional da Indústria (CNI) rechaçava, além da estabilidade no emprego, a jornada de 40 horas, e também as atribuições transferidas ao empregador, notadamente a assistência médica, considerada [à época] obrigação da previdência social (Cardoso, 1999, p.203).

Em meio aos debates da Constituinte, Sarney convocara as centrais para uma discussão, marcada para 28.04.1988, no Planalto, em torno da possibilidade de um pacto entre trabalhadores e empresários, ante ameaça de uma greve geral que estava sendo gestada pelas centrais sindicais. Participaram a CGT, a USI, além de Medeiros e Magri, e a CUT não se fez representar.

À época Medeiros afirmava aos jornais que o discurso atrasado das centrais sindicais que apregoavam as greves era indicativo de que elas não se apercebiam dos novos ventos que sopravam no mercado de trabalho:

“Temos que aprender com os sindicatos da Europa a negociar (...) Os dirigentes sindicais acumulam forças com pequenas vitórias, conquistas de benefícios que trazem credibilidade aos trabalhadores (...) Os sindicatos de contestação não venceram em parte alguma do mundo” (Cardoso, 1999, p. 226).

Medeiros defendia o pacto social, que passou a contar com a simpatia do empresariado. A FIESP lança as bases do pacto, por meio do recém-criado Fórum Informal de Empresários.

“Claramente os membros do Fórum Informal de Empresários faziam uma proposta de tipo neocorporativo. À Folha de São Paulo Mario Amato declarou em 13.08.1988 que o Fórum dos Empresários estaria disposto a abrir mão de seus interesses na ANC para salvar o Brasil” (Cardoso, 1999, p. 227-229), assim, estavam dados os primeiros passos para as negociações capital-trabalho no Brasil, com a anuência da Presidência da República. Era de interesse dos empresários a emergência desse novo sindicalismo moderado.

As referências explícitas a saídas negociadas para a crise econômica - caracterizada por elevados déficits públicos, inflação galopante e dívida externa elevada - sugeria o reforço da democracia em contraposição a alternativas autoritárias, implicava que o pacto social deveria representar uma tentativa de distribuição consensual dos custos do ajuste econômico entre todos os setores (Cardoso, 1999).

As negociações do pacto resultaram, em resumo, nas seguintes pactuações, conforme expressas no Quadro 3.5, a seguir.

Quadro 3.5 – Diretrizes definidas no Pacto Social de 1988 segundo compromissos e intenções recíprocas das partes

Trabalhadores	Empresários	Governo
<input type="checkbox"/> Manutenção do poder de compra dos salários <input type="checkbox"/> Retomada do investimento produtivo <input type="checkbox"/> Controle tripartite da previdência social <input type="checkbox"/> Remuneração justa aos aposentados <input type="checkbox"/> Redução das disparidades de renda <input type="checkbox"/> Definição de formas de garantias ao emprego em períodos recessivos <input type="checkbox"/> Liberdade de organização sindical nos locais de trabalho	<input type="checkbox"/> Reajuste salarial pela média da inflação dos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Trégua nas greves <input type="checkbox"/> Definição de formas de garantias ao emprego em períodos recessivos <input type="checkbox"/> Retomada do investimento produtivo <input type="checkbox"/> Permissão de organização sindical nos locais de trabalho <input type="checkbox"/> Reajustes de preços dentro das metas estabelecidas	<input type="checkbox"/> Controle do déficit público <input type="checkbox"/> Combate à corrupção <input type="checkbox"/> Retomada dos investimentos <input type="checkbox"/> Renegociação da dívida externa com soberania

Fonte: Cardoso, 1999, p. 236. Elaboração própria.

O insucesso do pacto pode ser traduzido pelos desdobramentos da cena política e econômica. O “Plano Verão”, de Maílson da Nóbrega, não conteve a inflação, um dos principais objetivos do pacto. No ano seguinte tivemos a posse, e posterior queda, dois anos depois, de Fernando Collor.

Para Cardoso (1999), o pacto social foi um retumbante fracasso para todos:

“Medeiros investira numa forma de negociação de caráter neocorporativo que mais uma vez mostrou-se ineficaz” (Cardoso, 1999, p.237). “Sabia-se de antemão que o trabalho entraria em posição subordinada nas negociações, e a postura dos demais interlocutores, Estado e empresários, no pacto, reafirmou esta assunção, pois nem um nem outro sentaram nas mesas de negociação dispostos a ceder em seus pontos programáticos. Tal como a CUT, os empresários apresentaram condições para sentar à mesa, expressas na intransigência quanto à redução das margens de lucro, na não aceitação de um congelamento pactuado de preços e salários, e na exigência do fim da intervenção estatal no mercado. O Estado por sua vez jamais tomou a sério a necessidade de controle do déficit público, além do que a reforma administrativa, as privatizações e um projeto de reforma fiscal, exigidos pelos outros negociadores do pacto, jamais ganharam efetividade sob Sarney” (Cardoso, 1999, p.243). (Grifo meu).

Assim, diante desses fatos, verifica-se que, no Brasil, se buscava, pela primeira vez, uma tentativa de uma concertação neocorporativa, que não foi bem-sucedida. Tampouco a classe trabalhadora sairia mais forte, até porque os trabalhadores entrariam de forma subordinada nas negociações, o que não seria novidade em face das observações acerca do posicionamento de autores marxistas relativamente à fragilidade da posição do mundo do trabalho nas negociações de cunho neocorporativo (Wilson, 1983; Esping-Andersen, Kersbergen, 1992; Cardoso, 1999; Jessop, 2002; Sória-Silva, 2005).

Esse tipo de concertação neocorporativa contrapor-se-ia à estratégia política presente no período militar imediatamente anterior, em que um Estado autoritário articulava os interesses do desenvolvimento econômico exclusivamente com o capital, deixando o movimento trabalhista de fora do processo político, mantendo a estrutura sindical distante e tutelada pelo Estado.

Assim é importante registrar que o corporativismo introduzido na Era Vargas viveu no país até o final do regime militar, quando começa a ser aos poucos substituído pelo neocorporativismo.

É notável que traços neocorporativistas encontravam-se presentes no Brasil da segunda metade dos anos 1980, sendo perceptível o interesse do Estado em conceder poder de influência às organizações do capital e do trabalho em troca de moderação em suas relações conflituais, conforme uma das características presentes na teoria neocorporativista, segundo a síntese de Bobbio et al. (1998).

Naquele período pós ditadura militar estava implícita a visão de um Estado que assume a iniciativa no que se refere às organizações representativas dos interesses, concedendo-lhes reconhecimento público enquanto as incorpora na formação das opções

políticas, para lembrar uma vez mais a síntese de Bobbio et al. (1998), descrita no subitem 3.1.2 deste trabalho.

Bresser-Pereira (1987a) apontou que nenhum pacto político poderia ser firmado no Brasil sem que fossem atendidas três condições: 1) hegemonia da burguesia; 2) participação decisiva da tecnoburocracia; 3) abertura do espaço efetivo para os trabalhadores, sendo que o pacto social proposto por Sarney tinha a pretensão de reunir todos esses ingredientes, contudo, conforme bem observou Cardoso (1999), nenhum dos pactuantes admitia fazer concessões que implicassem na assunção de custos, de maneira que essa foi a primeira grande barreira que resultou no primeiro grande revés da concertação neocorporativa no Brasil, situação que será superada anos mais tarde, conforme será abordado no item seguinte.

#### 3.2.4 A CUT rende-se ao neocorporativismo

Em 1987 o intelectual Bresser-Pereira confundia-se com o ministro da Fazenda, e concomitante à sua breve passagem pelo Governo Sarney, o acadêmico fez as seguintes previsões relativamente aos pactos possíveis no Brasil:

“A partir do momento em que a Aliança Democrática entrar em crise, dois pactos alternativos serão possíveis: um pacto liberal-burguês; e outro democrático-popular. Poderão levar não apenas ao empoderamento das classes ou frações de classes que os constituem, podem levá-las também ao exercício do poder efetivo, de modo a atender, ainda que de forma insatisfatória, as demandas dos grupos envolvidos, inclusive dos trabalhadores. Significará a retomada do crescimento econômico e alguma forma de distribuição de renda” (Bresser-Pereira, 1987b, p.203).

“O pacto político liberal-burguês teria como base a grande burguesia, com apoio decisivo da média burguesia conservadora, que pretende ser ao mesmo tempo liberal e democrática, e repudia a intervenção estatal na economia. Preferirá preservar a ordem existente em vez de superá-la, representará a continuação da política econômica monetarista, na qual a estabilidade de preços será a prioridade básica, e de uma política social assistencialista. Teria como massa de manobra os trabalhadores não organizados politicamente. Lograrão algumas

conquistas, mas essas serão menores na medida em que a continuidade da política econômica inviabilizará a solução do impasse econômico, baseado na elevada taxa de juros e na consequente apropriação de excedentes por rentistas improdutivos. Esse pacto em termos partidários atuais [1987], corresponderia ao PFL [atual DEM] e a setores do PDS” [correspondente indireto ao atual PP] (Bresser-Pereira, 1987b, pp.204-205).

“O pacto político baseado no PMDB é o chamado pacto democrático-popular. Não terá o apoio da grande burguesia, a não ser de alguns setores industriais. Terá amplo apoio na média burguesia progressista, que alia aos valores democráticos as preocupações com a justiça social, e ainda contará com apoio decidido da classe média tecnoburocrática, e terá sua base eleitoral mais importante nos trabalhadores organizados sindicalmente ou não vinculados ao PT. Esse pacto, caso se torne dominante, pretenderá mudanças na política econômica, com vistas à retomada do crescimento e à melhor distribuição de renda, suas prioridades básicas” (Bresser-Pereira, 1987b, pp.204-205).

Interessante notar que Bresser-Pereira (1987) identificou corretamente a sequência dos pactos que se seguiriam ao impeachment de Collor de Mello. Foi preciso na definição dos formatos desses pactos, tendo em vista as correlações das forças políticas necessárias à condução dos dois processos: os pactos liberal-burguês e democrático-popular.

Apenas não lhe foi possível prever corretamente o protagonismo político por trás dessas pactuações: em vez de PFL e PMDB, que não passaram de coadjuvantes, importantes, de PSDB e PT, respectivamente, na condução dos pactos liberal-burguês, e democrático-popular, nessa ordem.

Entretanto, compreensível tal imprevisibilidade, pois em 1987 o PSDB ainda não era uma realidade, eis que se concretizou apenas no 2º semestre de 1988, e o PT, associado à CUT, era um partido ainda sectário, incapaz, à época, de liderar um pacto político de grande envergadura no país. Em 1989 Lula chegaria ao 2º turno das eleições presidenciais sob grande temor das elites, tendo sido derrotado pela opção disponível, Fernando Collor, que não resistiria por mais do que 30 meses no governo.



Com efeito, o pacto liberal burguês foi conduzido por Fernando Henrique Cardoso a partir da sua posse na Presidência da República. FHC contou, na integralidade de sua administração, com o apoio do PFL de Antonio Carlos Magalhães, que exerceu poderosa influência na época sobre o presidente. Assim foi o PSDB que liderou o pacto liberal-burguês, como liberal, o que contribuiu para a identificação da política do Partido da Social Democracia Brasileira, o PSDB, como de direita, seguidora do receituário *mainstream* na cena política internacional, neoliberal, da época. Como exemplos, na Inglaterra de então, de Margaret Thatcher, haviam sido privatizadas a British Petroleum, a British Gas, a British Coal, a British Rail, a British Telecom, e a British Airways, para destacar as mais importantes, além das empresas do setor eletronuclear. O “socialismo inglês de 1945” só se veria representado, na ocasião, pelo NHS.

Da forma como Bresser-Pereira anteviu, o pacto liberal-burguês viria a se concretizar no Brasil com o apoio da média e grande burguesia, que repudiava a intervenção estatal na economia e pregava a manutenção da ordem. Datam desse período o programa de privatizações brasileiro, o predomínio da política monetarista, a busca da estabilidade monetária [Plano Real] e a disseminação da austeridade fiscal [Lei de Responsabilidade Fiscal], e uma política assistencialista por excelência, com a criação do Bolsa Escola e do Vale Gás, cooptando-se os trabalhadores não organizados politicamente. Contudo, não se pode dizer que a meta de crescimento econômico fosse atingida, tampouco que a distribuição de renda fosse cogitada.

Após dois mandatos de FHC, e a partir da ascensão de Luís Inácio Lula da Silva ao poder, em 2003, verificou-se, no país, a efetiva viabilização de um pacto democrático-popular, reunindo as principais características apontadas por Bresser-Pereira (1987b): o apoio de alguns setores industriais e amplo apoio da média burguesia progressista, afeições aos valores democráticos e de justiça social, além de contar com uma base

eleitoral dos trabalhadores organizados sindicalmente, todos reunidos em torno dos pressupostos do crescimento econômico e da distribuição de renda.

A Carta ao Povo Brasileiro, firmada por Lula em meados 2002, ano eleitoral, selava o compromisso do PT com a manutenção da ordem, com o respeito aos contratos, com a estabilidade monetária e com as reformas. A seguir, extraímos trechos importantes da Carta, em que a garantia de manutenção dos contratos é mencionada mais de uma vez:

O Brasil quer mudar. Mudar para crescer, incluir, pacificar. Mudar para conquistar o desenvolvimento econômico que hoje não temos e a justiça social que tanto almejamos. (...) Se em algum momento, ao longo dos anos 90, o atual modelo conseguiu despertar esperanças de progresso econômico e social, hoje a decepção com os seus resultados é enorme. (...) a economia não cresceu e está muito mais vulnerável, a soberania do país ficou em grande parte comprometida, a corrupção continua alta e, principalmente, a crise social e a insegurança tornaram-se assustadoras. (...) O sentimento predominante em todas as classes e em todas as regiões é o de que o atual modelo esgotou-se. (...) O caminho das reformas estruturais que de fato democratizem e modernizem o país, tornando-o mais justo, eficiente e, ao mesmo tempo, mais competitivo no mercado internacional. (...) O caminho da reforma tributária, que desonere a produção. Da reforma agrária que assegure a paz no campo. Da redução de nossas carências energéticas e de nosso déficit habitacional. Da reforma previdenciária, da reforma trabalhista e de programas prioritários contra a fome e a insegurança pública. O PT e seus parceiros têm plena consciência de que a superação do atual modelo, reclamada enfaticamente pela sociedade, não se fará num passe de mágica, (...) Será necessária uma lúcida e criteriosa transição. O novo modelo não poderá ser produto de decisões unilaterais do governo, tal como ocorre hoje, nem será implementado por decreto, de modo voluntarista. Será fruto de uma ampla negociação nacional, que deve conduzir a uma autêntica aliança pelo país, a um novo contrato social, capaz de assegurar o crescimento com estabilidade. (...) Premissa dessa transição será naturalmente o respeito aos contratos e obrigações do país. (...) Estamos conscientes da gravidade da crise econômica. Para resolvê-la, o PT está disposto a dialogar com todos os segmentos da sociedade e com o próprio governo. (...) Esse é o melhor caminho para que os contratos sejam honrados e o país recupere a liberdade de sua política econômica orientada para o desenvolvimento sustentável. Ninguém precisa me ensinar a importância do controle da inflação. Iniciei minha vida sindical indignado com o processo de corrosão do poder de comprar dos salários dos trabalhadores. Quero agora reafirmar esse compromisso histórico com o combate à inflação, mas acompanhado do crescimento, da geração de empregos e da distribuição de renda, construindo um Brasil mais solidário e fraterno, um Brasil de todos. A volta do crescimento é o único remédio para impedir que se perpetue um círculo vicioso (...) o equilíbrio fiscal não é um fim, mas

um meio. (...) A estabilidade, o controle das contas públicas e da inflação são hoje um patrimônio de todos os brasileiros. (...) As mudanças que forem necessárias serão feitas democraticamente, dentro dos marcos institucionais. (...) Vamos ordenar as contas públicas e mantê-las sob controle. Mas, acima de tudo, vamos fazer um compromisso pela produção, pelo emprego e por justiça social. (...) O Brasil precisa navegar no mar aberto do desenvolvimento econômico e social. É com essa convicção que chamo todos os que querem o bem do Brasil a se unirem em torno de um programa de mudanças corajosas e responsáveis.

Luiz Inácio Lula da Silva. São Paulo, 22 de junho de 2002.

O ex-presidente Lula acenou à época para a sociedade, antes mesmo de sua eleição, com o compromisso por mudanças pactuadas, em torno de reformas estruturais voltadas para o desenvolvimento e crescimento econômicos, com justiça social. Saía em defesa de uma ampla negociação nacional sem a interferência unilateral do governo, do Estado.

Assegurou seu compromisso com a estabilidade monetária [obtida no governo FHC] e com a necessidade de se honrarem os contratos, ressaltando que seu projeto político se desenrolaria respeitando-se os marcos constitucionais, ao tempo que rememora seu papel de sindicalista que não deseja que a inflação volte a corroer os salários dos trabalhadores.

Acenava com objetivos que interessavam ao empresariado (o crescimento econômico, leia-se o aumento da produtividade), e aos trabalhadores (controle da inflação com distribuição de renda). No mais a estabilidade econômica seria de interesse não apenas de qualquer governo, mas de toda uma sociedade.

Ao fim e ao cabo, Lula estabeleceu um governo de união nacional que muitos consideram ter sido de perfil socialdemocrata. Conforme ressalta Cardoso (2015), “o PT nunca foi partido revolucionário”. Na eventualidade de se tratar como verdadeira a assertiva de que o Governo Lula tivesse sido socialdemocrata, estar-se-ia diante de

ambiente político considerado favorável, tido como condição necessária ao florescimento do neocorporativismo: a socialdemocracia.

Pois, recapitulando-se Bobbio et al. (1998):

A peculiaridade dos ordenamentos neocorporativos nos governos social-democratas é constituída pelo fato de que somente nestes casos o sindicato se pode sentir suficientemente tutelado pelo partido social-democrático governante, tanto que abrirá mão de parte de seu poder atual em troca de potenciais benefícios futuros. Ao mesmo tempo, as organizações empresariais conseguem, entrando nos ordenamentos neocorporativos, reduzir o grau de incerteza relativo ao comportamento das outras partes sociais e, portanto, programar investimentos, produção e transformação de suas atividades (Bobbio et al., 1998, p.1195).

Conforme Bobbio et al. (1998) acentuam, “o crescimento do neocorporativismo é marcado pela necessidade do consenso entre Estado, grupos empresariais e sindicatos em torno das políticas econômicas, de modo que a resposta aos problemas da justiça e da segurança social seja dada ao nível da sociedade civil, e não ao nível institucional estatal”.

Nesses termos a administração Lula, com um mandatário desvestido do discurso radical do passado, conseguiu reduzir o grau de incerteza, de sorte a regularizar o fluxo de investimentos que contribuiu, em conjunto com fatores externos, para a retomada do crescimento econômico no Brasil. Por outro lado, a administração Lula representava para os sindicatos a garantia política destacada por Bobbio et. al (1998), “de que o Estado seria o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar, além da proteção dos direitos sindicais. Para Bobbio et al. (1998) “a existência desta garantia levaria os sindicatos a privilegiar a negociação política acima da atividade conflitivo-contratual no sistema de relações industriais”. Assim, a palavra-chave seria “consenso”.

Não obstante, Alves (2001), confirma o argumento de que já havia sinais da concertação neocorporativista no Brasil mesmo antes da ascensão de Lula. Para este autor

havia evidências de “um avanço de uma nova postura sindical de cunho neocorporativo no Brasil [bem] ao final dos anos 1980 [a CUT, por exemplo, ficou fora do Pacto Social de 1988], caracterizada pela mudança do padrão de ação sindical da CUT, que tenderia a privilegiar não mais a confrontação, tal como decurso de quase toda a década de 1980, mas tenderia a destacar a negociação ou a cooperação conflitiva. Estaria havendo uma transição de um sindicalismo de massa e confronto para um sindicalismo marcado pelo neocorporativismo”.

Segundo esse autor verificava-se no país uma política sindical concertativa permeada por uma lógica corporativa setorial. “Seria através da concertação social, cuja instância superior seriam os fóruns tripartites setoriais, considerados, inclusive, modelos de elaboração e implementação de política pública, que poderíamos encontrar a saída para a crise do sindicalismo e do capitalismo brasileiro. Um dos maiores resultados do sindicalismo neocorporativo foi a implementação, de 1991 a 1994, da câmara setorial da indústria automotiva. Desde então o sindicalismo neocorporativo tenderia a privilegiar a influência propositiva”.

Para Alves (2001) a estratégia sindical hegemônica na CUT passa a incorporar a construção de um corporativismo societal, apresentado como uma saída para a crise brasileira, como alternativa ao corporativismo estatal que vinha caracterizando as estruturas de representação de interesses no Brasil desde a Era Vargas.

“Nos anos 80, a própria socialdemocracia foi obrigada a encontrar um novo ponto de equilíbrio político e ideológico. Ela tendeu a convergir para um discurso que incorpora as novas percepções político-ideológicas da reprodução sistêmica do capital mundial. O modelo socialdemocrata destaca não mais um corporativismo societal, ao contrário, enfatiza um corporativismo setorial que a nova *praxis* sindical neocorporativa, de aspecto

propositivo, incorpora no curso das negociações por empresas, o que favorece as categorias assalariadas mais organizadas. Há uma transmutação do arranjo neocorporativo socialdemocrata clássico que leva à sua redução para os limites do setor ou ainda da grande empresa” (Alves, 2001).

“A *praxis* sindical neocorporativa vai traduzir, no plano ‘egoístico-corporativo’, o novo momento da política socialdemocrata, acompanhada da rendição subjetiva de importantes lideranças da classe trabalhadora organizada diante da lógica do capital. Incapazes de articular uma nova contra hegemonia à voracidade do capital na produção, (...) eles rendem-se à perspectiva ideológica do polo antagônico. O novo padrão de ação sindical, sustentado na lógica corporativa setorial é, portanto, a própria síntese propositiva da captura da subjetividade do trabalho. A lógica da captura da subjetividade do trabalho, decorrente da diluição radical da consciência de classe, é impulsionada através dos novos arranjos de negociação, circunscritos à grande empresa” (Alves, 2001).

Para Alves (2001) “introduz-se a lógica contida na ideia de concertação social, que incorpora o espírito da colaboração ativa entre capital e trabalho e da participação dos próprios trabalhadores assalariados – visto sob a perspectiva do trabalhador individual e parcelar e não do trabalhador coletivo – na implementação das estratégias produtivas”.

Assim, rememoradas algumas características do neocorporativismo sintetizadas segundo Bobbio et. al (1998), no subitem 2.1.2 desta tese, e identificadas por Alves (2001) na atuação dos sindicalismo brasileiro a partir do início dos anos 1990, incluída a CUT, resta-nos entretanto, para confirmar a consolidação das relações de tipo neocorporativo no Brasil, verificar qual teria sido o posicionamento do sindicalismo brasileiro, no instante que tem início a pactuação informal liderada pelo presidente Lula, que consagra a incorporação do modelo neocorporativista no Brasil.

Dessa forma, ressaltando-se mais uma vez o argumento de Bobbio et al. (1998), a solução neocorporativista se impôs unicamente naqueles países em que o governo seria dominado pelos partidos da classe operária, o que garantiria politicamente que o Estado seria o promotor de interesses fundamentais da classe operária, levando sindicatos a preferir a negociação política em vez do conflito.

Para Sória-Silva, a criação do Fórum Nacional do Trabalho (FNT) no início do Governo Lula, em 2003, realça o tom de diálogo do discurso presidencial [de Lula] pela ocasião de seu lançamento: “o tempo de ser sindicato apenas de contestação já passou. A história está a exigir tanto dos trabalhadores como dos empresários uma outra cabeça, uma outra forma de entendimento, pela qual o movimento sindical brasileiro extrapole os limites do corporativismo e possibilite construirmos o consenso”. Para Sória-Silva (2005) estaria expressa no Fórum Nacional do Trabalho a vontade do governo em efetivamente constituir um espaço para o florescimento do tripartismo no país.

Segundo Sória-Silva (2005) a CUT, em resolução de sua Executiva Nacional, de 16.09.2003, deliberou pela participação nas discussões institucionais sobre as reformas sindical e trabalhista, o que para esse autor importou que a central migrava da lógica do sindicalismo-movimento, de aspirações anticapitalistas, para a lógica do sindicalismo-organização, em que a institucionalização do movimento sindical o converte em estrutura reformadora do sistema social e econômico.

A vitória de Lula em 2002 é comemorada pelos trabalhadores, conforme indica o documento do 8º CONCURT, realizado em São Paulo em 2003: “após anos de derrotas do sindicalismo combativo impostas pelos sucessivos governos neoliberais, a ascensão de Lula à Presidência da República dá um novo alento à estratégia da central de alterar a

correlação de forças na sociedade, no que marcaria um novo e promissor período histórico na política brasileira” (Sória-Silva, 2005).

“Observa-se com isso o crescimento na disposição em interagir com o Estado e o patronato. Assim, a CUT, que nasceu de uma postura que fazia a crítica radical à burguesia e ao Estado capitalista, à medida em que se aprofundava a crise ideológica da esquerda em geral, e tendo diante de si as forças do capital em franca ofensiva, o sindicalismo da CUT acaba adotando praticamente os parâmetros do sindicalismo reformista, mais afeito a relações com o patronato e com o Estado. Este estado de coisas parece corresponder em grande medida às abordagens teóricas de perfil neocorporativo” (Sória-Silva, 2005).

Pois é certo que essa afinidade com o patronato se explica pelo fato de as teorias neocorporativistas terem se desenvolvido no curso das transformações históricas e estruturais experimentadas pelo capitalismo mundial, que nos últimos 30 ou 40 anos têm influência decisiva sobre o curso dos acontecimentos históricos que, no Brasil, levaram ao aparecimento de um novo sindicalismo (Sória-Silva, 2005).

Tendo se formado em uma conjuntura de crise do Estado e dos valores públicos, coletivistas, e universais, o novo sindicalismo nasceria estrutural e conceitualmente marcado por um traço anti-estatista. A partir daí o objetivo do movimento sindical se volta para o ganho específico, e a unidade de interação social é o grupo privado ou a categoria específica (Sória-Silva, 2005).

“A noção de interesse seria um elemento central no agir sindical atual. O interesse, aqui, define a ação informada pelo cálculo pragmático e que se refere ao ganho imediato, específico, pontual, obtido de forma mercantil em função do *locus* em que se dá – o mercado, o contrato”. “No neocorporativismo é a noção de interesse que eclipsa o aspecto ideológico na subjetividade das classes ou grupos sociais” (SóriaSilva, 2005).



Segundo Alves (1993) “o sindicalismo brasileiro atual encontrar-se-ia mais orientado em direção ao mercado do que ao aparato estatal”.

Com isso, restava caracterizado definitivamente no Brasil, na transição para o século XXI, um cenário neocorporativista em que os sindicatos e os setores econômicos mais fortes e organizados buscariam pragmaticamente os arranjos mais vantajosos para si, independentemente da sorte de outros setores econômicos e seus trabalhadores (Sória-Silva, 2005).

### **3.3 Considerações finais**

Este capítulo tratou das características e de como são introduzidas as relações corporativistas e neocorporativistas no âmbito geral das relações políticas, econômicas e sociais, presentes nos regimes políticos, com ênfase no caso brasileiro.

Foi possível identificar a presença no Brasil desses tipos de relações, corporativistas e neocorporativistas, ao tempo que logrou-se periodizar, entre 1930 e 2010, a articulação no país de cada uma dessas formas de pactuação, que buscam em última instância a manutenção da ordem social e o desenvolvimento econômico. A preocupação com a justiça social é específica das relações neocorporativas.

O desenvolvimento e a atuação do trabalhismo no Brasil também foram esmiuçados, com a identificação das formas de participação do sindicalismo na cena política nacional, ou mesmo da sua exclusão. Em alguns momentos-chave, como por exemplo a Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, o Pacto Social de 1988, ou o Fórum Nacional do Trabalho, de 2003, a classe trabalhadora persegue a defesa dos seus interesses mais imediatos, tentando influenciar na formulação das políticas públicas do país.

Destacamos como fundamental o período da ANC, quando sindicalistas se reuniram em pelo menos duas subcomissões da Comissão da Ordem Social em defesa de seus interesses. Tornaremos a analisar esse período no capítulo seguinte.

A atuação do movimento sindical brasileiro, ao longo de todo o período analisado, inicia-se por um sindicalismo incipiente e tutelado da Era Vargas, sem força política para alcançar grandes transformações, para em seguida ser observado o seu banimento da cena política durante o regime militar, para novamente vir a se reorganizar a partir do movimento grevista de 1978, quando o regime militar apresentava claros sinais de esgotamento.

No curso dos trabalhos da Constituinte floresce no Brasil o sindicalismo de resultados de Luiz Antonio de Medeiros e Antonio Rogerio Magri, que buscava a negociação - admitiria perdas no presente para a obtenção de ganhos futuros, desde que atingido o objetivo comum de queda da inflação. Nessa época começariam a ser apercebidos no país os primeiros sinais da concertação neocorporativa, durante o Governo Sarney.

Tancredo Neves, o presidente escolhido pelo Colégio Eleitoral em 15.01.1985, já havia acenado com um pacto social entre empresários e trabalhadores, com a mediação do governo, para conter e reverter a aceleração inflacionária. Sarney, ao assumir após a morte de Tancredo, seguiu a orientação. Convocou as reuniões em torno do referido pacto, que em 1988 definiu suas linhas gerais, o que, no entanto, não foi uma experiência exitosa. A CUT não participou. Essa poderia ser considerada a fase latente do neocorporativismo no Brasil.

Pouco tempo depois, durante os Governos de Collor, Itamar e FHC, têm lugar as câmaras setoriais da indústria automobilística, desta feita com a presença da CUT, que

aos poucos substitui o sindicalismo de confronto pelo sindicalismo de concertação, o que representou a adesão da CUT ao pacto neocorporativo. Pode-se classificar essa como a fase preliminar do neocorporativismo brasileiro, ou sua 1ª fase.

Na sua 2ª fase, já na Era Lula, o neocorporativismo se consolida no Brasil, quando sindicalistas confiam no governo do ex-operário e esperam ter a garantia da expansão dos direitos sociais e trabalhistas; passam a privilegiar a negociação política em detrimento do conflito, e passam a integrar o Governo. O Quadro 3.6, a seguir, delimita essas fases.

Quadro 3.6 - Relações políticas corporativistas e neocorporativistas. Brasil (1930-2010)

REGIMES E CARACTERÍSTICAS	PERIODIZAÇÃO
<p><b>Corporativismo e populismo</b></p> <p>Harmonia entre classes Objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional</p> <p>Organização da coletividade baseada na representação de interesses profissionais (corporações)</p> <p>Eficiência e a concentração do sistema em contraposição a forças ideológicas e classistas</p> <p>Apelo para as massas operárias e camponesas realizando-lhes ganhos materiais e melhorias das condições de vida</p> <p>Aproximação com sindicatos e consolidação dos direitos trabalhistas; sindicatos sob a tutela do Estado.</p>	<p>Era Vargas 1930 a 1945</p> <p>De 1945 a 1964 foi mantida a norma</p>
<p><b>Corporativismo-dirigista</b></p> <p>Estrutura hierárquica e autoritária</p> <p>Concepção nacionalista</p> <p>Economia programada</p> <p>Primado da tecno-burocracia; racionalização do mundo econômico</p> <p>Reunião das energias do país em busca de resultados mais eficazes com menor dispêndio de meios</p> <p>Sindicalismo subordinado à corporação, e esta ao Estado</p> <p>Contraposição ao sindicalismo e exclusão dos trabalhadores das negociações políticas</p>	<p>Regime militar 1964 a 1985</p>
<p><b>Neocorporativismo</b></p> <p>Concertação social com participação voluntária no aparato decisório</p> <p>Tomada de decisões sob a forma tripartite</p> <p>Articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias para conter tendências geradoras de ameaças</p> <p>Resultam mais fortes os grupos que ocupam posições centrais na estrutura social e produtiva</p> <p>Tomada de decisões sob a forma tripartite</p> <p>Tomada de decisão consensual</p> <p>Sucessivas rodadas de negociações que culminam em acordos</p> <p>Representação de interesses de grupos independente</p> <p>Controle democrático das instituições</p> <p>Governos participam das negociações de forma centralizada</p> <p>Forma centralizada de implementação das políticas</p> <p>Concertação essencialmente informal</p> <p>Diminuição das desigualdades, da inflação, e busca do crescimento econômico</p>	<p>Governo Sarney fase latente</p> <hr/> <p>Governos FHC 1ª fase - preliminar</p> <hr/> <p>Governos Lula fase - consolidação</p> <p style="text-align: right;">2ª</p>

Fonte: Elaboração própria. Obs.: Governos Collor e Itamar, não definido. Período conturbado de difícil caracterização.

Uma 3ª fase, do neocorporativismo maduro, do Governo Dilma (I), será trazida no Capítulo 6 desta tese.

Antes, contudo, para a compreensão da evolução da política de saúde no caso brasileiro, segundo a lógica de interesses individualistas da classe trabalhadora, dois momentos serão marcantes para a discussão nos capítulos 5 e 6:

- 1) o fortalecimento da base privada de provisão de assistência à saúde, durante o regime militar;
- 2) a consolidação da saúde suplementar no período democrático.

Ao demarcar, no país, a presença de relações neocorporativistas, evidenciadas pela cooperação concertativa entre governo, sindicatos e capitalistas, o presente capítulo atingiu seu objetivo.

A influência do corporativismo na construção da proteção social no Brasil, especialmente na Saúde, já foi evidenciada por alguns autores (Costa, 1994 [1996]; Santos, 2014; Boschetti, 1998; Fleury, 1994[1996]), não obstante existe ainda uma lacuna no que se refere à pesquisa de traços do neocorporativismo na conformação da política de saúde do país.

A partir deste ponto será possível revisitar o traço corporativo na assistência à saúde dos trabalhadores, para nos capítulos seguintes buscar demonstrar a eventual influência das relações neocorporativistas sobre o arranjo das políticas de saúde em nosso país, de interesse da classe trabalhadora, com ênfase no caso da saúde suplementar, e na adesão a planos e seguros de saúde. É o que será visto em diante.

#### 4 CORPORATIVISMO E POLÍTICA EM SAÚDE

*Gramsci considerava que o avanço e a consolidação do movimento dos trabalhadores dependeria de uma sempre difícil 'guerra de posições'. Dependeria de planejamento, de organização eficiente, de conhecimentos, e de uma sólida preparação. Ao contrário da 'guerra de movimentos', que se faz com manobras súbitas de pequenos grupos, (...) 'a guerra de posições' requer participação ampliada, a construção do consenso. (...) A mobilização só pode ser suficientemente profunda e ter efeitos duradouros se puder se apoiar em consciências coesas e articuladas, em um pensamento rigoroso e lúcido (...)*

*Rodolfo Konder (2001, apud Faleiros et alli, 2006).*

Conforme abordado no capítulo anterior, a lei Elói Chaves, de 1923, representou um marco histórico. Ela introduzia no país um protótipo de proteção social inspirado no modelo bismarckiano de seguridade social, industrial-corporativo, de gestão e financiamento tripartite: entre Estado, trabalhadores e empresários.

Sobre aquele tempo destacamos aqui, mais uma vez, as lições de Gentile de Mello (1984) e Oliveira, Teixeira (1984):

“O sistema de seguros sociais no Brasil dos anos 1920 inspirara-se no modelo bismarckiano alemão, ao adotar como fonte de financiamento a contribuição tripartite, do empregado, do empregador e do Estado, em partes iguais. Em contrapartida foi permitida, tanto nas CAP e depois no IAP, a participação de representantes dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. A presença do maior usuário dos serviços previdenciários possibilitou que os trabalhadores influíssem, de alguma forma, na amplitude e nas diversas modalidades de prestação de assistência prestadas nos diversos CAP/IAP. O quadro político populista que vigorou a partir de 1930 possibilitava essa abertura a pressões “de baixo” capazes de influenciar os rumos da política previdenciária, inclusive de assistência médica, segundo a forma de gestão compartilhada dos IAP, na medida que na direção dos órgãos previdenciários estavam paritariamente representados os empregados, empregadores e o Estado (Gentile de Mello, 1984, p.175; Oliveira, Teixeira, 1984, p.197). Grifos meus.

A escolha do modelo industrial-corporativo, que na acepção de Titmuss (1974) “baseia-se no mérito e na empregabilidade, a partir dos conceitos de incentivo, esforço e recompensa, com a política social estatal a fazer uma intervenção parcial, em que as instituições de bem-estar são adjuntas da economia”, forjou-se em nossa sociedade a partir

dos anos 1920. Era de interesse do trabalhismo, que buscava meios de influenciar os rumos da proteção social - aliás, como deveria ser - e foi incorporado pelo Estado a partir dos anos 1930.

A sequência estudada a seguir neste capítulo oferecerá uma visão em torno da discussão das políticas de saúde no país, e enfatizará a influência do corporativismo na saúde, que se consolida decisivamente durante o regime militar (1964-1985).

Evidenciará o posicionamento da classe trabalhadora nos debates em torno do tema Saúde, na 8ª CNS, e da seguridade, no GT/MPAS, ambos de 1986, e as reviravoltas em torno desses assuntos ao longo do processo da Constituinte, em 1987, para em seguida passarmos ao efetivamente conseguido na Constituição de 1988.

Ao final é feita uma crítica ao modelo duplicado de atenção à saúde do cidadão brasileiro, predominante desde o início dos anos 1990.

### **3.1 Corporativismo e assistência à saúde do trabalhador**

A criação do modelo de CAP, que se estendeu posteriormente a outras categorias, foi uma resposta do empresariado e do Estado no contexto das reivindicações operárias.

Elói de Miranda Chaves foi deputado federal, todavia era também industrial, banqueiro e proprietário rural. “Ao apresentar sua exposição de motivos para a lei, Elói Chaves destacara os aspectos humanitários, todavia reenfatizara as considerações pragmáticas de uma elite claramente interessada em si própria”. Não obstante, “o aspecto mais importante sobre as CAP é que elas envolviam um programa social publicamente formulado, através do qual o governo federal se projetou nas relações de trabalho do setor privado” (Malloy, 1986).

Com a Lei Elói Chaves instituíam-se um protótipo de seguridade que compreendia as aposentadorias e pensões, bem como propunha soluções para as situações de dependência causadas pela organização produtiva capitalista, como o adoecimento do trabalhador, e de seus familiares, bem como o amparo dos familiares em caso de morte do provedor titular.

O modelo de seguridade das CAP previa benefícios de aposentadoria por tempo de serviço, por invalidez, pensão por morte e assistência médica. As CAP possuíam natureza jurídica privada (Boschetti, 1998, Cohn, 1980). Eram internamente governadas pelo conceito corporativista de representação funcional, ao tempo que representavam um programa social publicamente formulado, muito embora definido por uma elite de juristas, empresários e homens públicos (Malloy, 1986).

No que se refere ao financiamento das CAP, era tripartido entre empresários, trabalhadores e a União. O financiamento da União à seguridade foi formalmente recepcionado no texto da Carta Constitucional de 1934, todavia há uma interpretação possível para que a União também se constituísse em uma contribuinte da seguridade, desde a criação da CAP dos ferroviários, em 1923, a partir da análise de Martins (2002):

"A lei Elói Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da União. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União (Martins, 2001). Grifo meu.

Santos (1979); Cohn (1980); Gentile de Mello (1984); Malloy (1986) confirmam que o esquema de financiamento da CAP era tripartite. Segundo esses autores inicialmente os trabalhadores contribuiriam com 3% de seus vencimentos, o empregador com 1% das receitas brutas da empresa, e o Estado com recursos provenientes de uma taxa incidente



sobre os fretes e transportes de passageiros ferroviários. Posteriormente a modalidade de CAP se expandiu a outras categorias de trabalhadores profissionais.

Destacamos a seguir alguns trechos do Decreto-lei 4682/23 (lei Elói Chaves), mantido o vernáculo da época. A alínea c) do Art. 3º remete à taxaço que corresponderia à participação da União no custeio da CAP:

Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. (...)

Art. 3º Formarão os fundos da Caixa a que se refere o art. 1º:

- a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3% dos respectivos vencimentos;
- b) uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1% de sua renda bruta;
- c) a somma que produzir um augmento de 1,5% sobre as tarifas da estrada de ferro;**
- d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da creação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a em mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes;
- e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes à diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas tambem em 24 prestações mensaes;
- f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno;
- g) as multas que atinjam o público ou o pessoal;
- h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras;
- i) os donativos e legados feitos à Caixa;
- j) os juros dos fundos acumulados. (...)

Art. 9º Os empregados ferroviários (...) que tenham contribuído para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º letra "a" terão direito:

1. a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

(...)

Art. 41. A Caixa de Aposentadorias e Pensões dos ferroviários será dirigida por um Conselho de Administração, de que farão parte o superintendente ou inspector geral da respectiva empresa, dois empregados do quadro - o caixa e o pagador da mesma empresa - e mais dois empregados eleitos pelo pessoal ferroviário, de tres em tres annos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspector da empresa ferroviária.(...)

Art. 47. A partir da entrada em execução da presente lei e para os fins nella visados ficam augmentadas de 1½% as tarifas das estradas de ferro.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923; 102º da Independência e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES

Segundo os termos do Decreto-lei 4682/23, cidadãos, e empresas fora do âmbito da atividade principal assegurada, vertiam recursos para as CAP, para além das empresas relacionadas com a atividade fim e seus respectivos trabalhadores, caracterizando-se a existência de uma comunidade de contribuintes *extra corporis*, assemelhando-se a uma efetiva contribuição tributária da União.

A bem da verdade o *status* da União contribuinte da seguridade continua a vigor na atualidade, por meio do instituto da renúncia fiscal, que permite a dedutibilidade dos gastos diretos com procedimentos de assistência à saúde, e com planos de saúde, no cálculo do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas.

O que é importante verificar, a partir da edição da lei Elói Chaves, é, acima de tudo, a opção histórica pelo modelo de proteção social bismarckiano, relacionado ao processo de acumulação capitalista, e de financiamento tripartite. Esse modelo teve a adesão da classe trabalhadora, ainda que à época organizada de forma incipiente e embrionária.

Na contemporaneidade, os trabalhadores organizados não se arredaram desse formato de proteção social, nem mesmo após as reformas da Constituição Cidadã de 1988, e da edição da lei 8.080/90, que cria o SUS.

Para Malloy (1986), a Lei Elói Chaves lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho.

Segundo Santos (1979) a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida tempos depois, nos anos 1960. O movimento militar tratou de expandir a cobertura previdenciária, sem, no entanto, desvincular os benefícios sociais da acumulação de riquezas. Com a criação do INSS, as aposentadorias permaneciam vinculadas ao emprego formal, da mesma forma o acesso à assistência médica. Consagrava-se no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

Assim como Santos (1979), Gentile de Mello (1984), Malloy (1986) e Boschetti (1998) também fixa os anos 1920 como a origem dos fundamentos do sistema previdenciário brasileiro, sob a lógica do seguro privado bismarckiano, associado à produção e à acumulação. Garantia-se aos trabalhadores assalariados do setor urbano o atendimento médico, as aposentadorias e pensões. Em 1930 eram 47 CAP beneficiando 8000 aposentados e 7000 pensionistas.

Vale ainda registrar que as CAP, e seus sucessores, os IAP, dentre eles o IAPI, eram estruturas de seguridade social análogas, que passaram por um processo evolutivo,

começando como estruturas de direito privado (CAP), transformando-se posteriormente em associações de direito público, a exemplo dos IAP, que datam de 1933, para depois verificar-se a estatização desses fundos, rearranjados no INPS, conforme o DL 72, de novembro de 1966.

Cohn (1980) compartilha desse entendimento de que os IAP eram uma evolução relativamente às CAP:

"(...) a previdência social, até então deixada para o setor privado através de contratos de seguro entre empregador-empregado [por intermédio das CAP], passa a ser objeto de atenção do Estado. Ao lado de toda uma série de dispositivos legais regulamentando o trabalho, começam a ser criados os IAP, agora sob a égide direta do Estado. (...) cabia ao poder público o direito de escolha e nomeação do presidente do instituto [dos IAP]. (...) na passagem das CAP aos IAP, temos duas alterações significativas: a extensão da cobertura previdenciária às classes assalariadas urbanas, com a segmentação dessas classes por categorias profissionais, e não mais por unidades empresariais, como nas CAP. A segunda consiste em que agora é o Estado quem gere essas instituições (...)" Malloy (1986) vai no mesmo sentido:

Apesar de o IAP ser obviamente uma inovação organizacional das velhas CAP, a inovação tinha raízes no processo de construção do Estado moderno. O IAP era conceitualmente um movimento oriundo de uma noção mais concreta, que era a CAP, para uma noção mais abstrata, abrangendo categorias profissionais. Uma vez que o processo de modernização envolve um movimento de modelos de organização social que se movem do concreto para o abstrato, a criação dos IAP pode ser vista como expansão lógica dos princípios de previdência social originais, dentro do projeto geral de modernização iniciado por Vargas. Apesar da inovação, é importante enfatizar que a previdência social continuou como um sistema altamente particularizado que reforçava a tendência para dividir a população trabalhadora em unidades funcionais distintas. (...) A sequência refletiu também um quadro realístico de distribuição de poder entre trabalhadores da seguinte ordem econômica: as melhor organizadas e estrategicamente melhor localizadas eram as categorias cobertas primeiro, vindo as outras depois, mais ou menos na ordem de seu significado econômico, e, portanto, político".

No que se refere aos aspectos assistenciais das CAP, segundo Boschetti (1998), na maioria dos casos as CAP não asseguravam diretamente a assistência médica, todavia mantinham contratos com hospitais privados para a provisão dos serviços, embora o

decreto de n. 5.109, de 1926, tenha permitido às CAP a prestação direta dos serviços médicos.

Esse ponto de vista diverge daquele de Cordeiro (1984), e aqui é importante ter em vista a noção de Faoro (1957) de que a legislação trabalhista passou a valer integralmente após a Revolução de 1930. Segundo Cordeiro (1984, p.32), foi “em 1947 que a Portaria nº42 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, autorizou o IAPI a conceder assistência médica, cirúrgica e hospitalar, mediante contribuição suplementar”.

Assim faz-se mister recorrer nesse instante a extratos do texto do Decreto 5.109/26. Conforme se observa, o Artigo 13 facultava às CAP a disponibilização de estruturas físicas para atendimento ambulatorial e de pronto atendimento, desde que houvessem fundos disponíveis, e ainda fosse ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, que por sua vez não funcionara pelo menos até a ascensão de Vargas, segundo o testemunho de Faoro (1957).

Por tudo isso, tal constatação não contribui para a afirmativa de que as CAP teriam efetivado a prestação de assistência médica direta. Seguem-se trechos do Decreto nº 5.109/26:

DECRETO Nº 5.109, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1926 -  
CLBR 31/12/1926

Estende o regimen do decreto legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas.

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

I - da instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviarios

Art. 1º Todas as estradas de ferro do paiz, a cargo da União, dos Estados, dos Municipios, ou de particulares, terão Caixas de Aposentadoria e Pensões para os seus ferroviarios, regidas pelas disposições da presente lei.

§ 1º Os dispositivos da presente lei são extensivos a todas as empresas de navegação marítima ou fluvial e às de exploração de portos pertencentes a União, aos Estados, aos municípios e a particulares, em tudo quanto lhes possa ser applicavel.

**§ 2º As rendas para a manutenção das caixas destas empresas serão calculadas pela forma prevista no art. 3º, recahindo o aumento de 2 % da letra c do mesmo artigo sobre as taxas de exploração de portos e tarifas, abrangendo todas as contribuições pagas pelo publico.**

§ 3º São isentas de qualquer taxa as passagens marítimas e fluviaes de preço fixo e inferiores a 1\$000.

§ 4º O Governo expedirá os regulamentos que julgar convenientes para o cumprimento deste artigo, ouvido o Conselho Nacional do Trabalho.(...)

Art. 3º Formação fundos das Caixas a que se refere o art. 1º:

- a) uma contribuição mensal dos ferroviarias correspondente a 3 % dos respectivos vencimentos;
- b) uma contribuição annual da estrada, correspondente a 1/2 % de sua renda bruta;
- c) **a somma que produzir o aumento de 2 % sobre as tarifas da estrada de ferro;(...**

§ 2º A partir da data em que entrar em vigor a presente lei e para os fins nella previstos, ficam augmentadas de 2 % as tarifas das estradas de ferro.

Art. 4º O aumento de 2 % sobre as tarifas abrange as contribuições pagas pelo publico, como sejam preço de transporte de passageiros, de mercadorias, encommendas bagagens, armazenagens, carga e descarga, apenas com exclusão de todas as taxas de character eventual.

Parapho unico. Ficam isentas do referido aumento as tarifas de passagens nos trens de suburbios e pequeno percurso em que os preços respectivos sejam fixos e independentes das distancias.(...)

**Art. 13. Ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, as Caixas poderão adquirir ou construir predio, ou predios, para a sua séde, pharmacia, ou serviço de ambulatorio, ou prompto soccorro, uma vez que os fundos o permittam.**

Art. 14. Os associados a que se refere o art. 2º desta Lei, que tenham contribuido para os fundos da Caixa com os descontos referidos no artigo 3º, letra a, terão direito:

1º, a soccorros medicos em casos de doença em sua pessoa, ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e viva sob a mesma economia, bem como internação hospitalar, em caso de intervenção

cirurgica;(...)

Art. 15. A aposentadoria será ordinária, ou por invalidez.(...)

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 1926, 105º da Independência e 38º da República.

WASHINGTON LUIS P. DE SOUSA

Já nos anos 1960 toda essa estrutura securitária fragmentada, restrita a algumas categorias, possuía sérios problemas de gestão e de insolvência. Os encontros de contas teriam sido um desafio, tanto para as CAP quanto para os IAP.

Segundo Malloy (1986), como o governo e os empregadores eram irregulares nos aportes relativos às suas contribuições devidas, e graças a maus investimentos nas décadas de 1950 e 60, a base de capital desses institutos foi exaurida.

Segundo Andrade (1999), os saldos financeiros desses institutos de aposentadoria de há muito vinham sendo utilizados pelo Estado como fundo excedente complementar ao financiamento da acumulação de capital no país, sendo destinados para a compra de ações de estatais e de títulos públicos, o que, ao nosso juízo não constituiria razão objetiva para a exaustão desses fundos. Razões mais contundentes seriam os atrasos no repasse aos institutos de recursos financeiros por parte dos empregadores, confirmados por Andrade (1999) ao mencionar os achados de Braga e Paula (1986, p.107), segundo os quais, “antes da reforma de 1966 [que cria o INPS], as contribuições das empresas eram simplesmente postergadas”, sendo que a partir do marco legal de 1966 sanções passaram a ser aplicadas aos inadimplentes.

Com efeito, os IAP estiveram envolvidos em escândalos resultantes de seus investimentos imobiliários malsucedidos da década de 1960.

Cumpram destacar que os IAP foram instrumentos utilizados para enfrentar a questão do déficit habitacional no Brasil (Ferreira, 2009).

Cordeiro (1984, p.18) confirma que a crise de financiamento da seguridade resultou em parte dos investimentos imobiliários de baixa rentabilidade do sistema dos IAP, exclusivamente voltados para os beneficiários daqueles institutos, tendo sido esse fato um dos motivos para a reunificação dos vários institutos de seguridade no INPS, segundo as categorias profissionais, sendo também correto alinhar entre essas razões a intenção do regime autoritário de excluir as classes trabalhadoras do processo decisório da seguridade, uma vez que sua participação, ainda que reduzida, dos trabalhadores na gestão das CAP e dos IAP se extinguia a partir da criação do INPS (Cohn, 1980; Fleury, 1994[1996]; Oliveira, Teixeira, 1986).

Para concluir essa parte, verifica-se que toda a estrutura administrativo-organizacional da seguridade social no Brasil foi construída sob elevado nível de fragmentação desde os anos 1920, segundo a variedade de CAP e de IAP, que tornava a assistência diferenciada. Categorias melhor aquinhoadas tinham um acesso e qualidade de serviço superiores (Santos, 1979; Cohn, 1980). Essa estrutura associava as ações previdenciárias e assistenciais à acumulação capitalista, à produção. O participante só lograria obter uma aposentadoria ou a assistência à saúde se estivesse empregado e fosse contribuinte de algum instituto previdenciário.

A estatização e incorporação das CAP remanescentes, e dos IAP, pelo INPS, que organizava em um único instituto a variedade dessas caixas e institutos previdenciários existentes até então, demarca o início das atividades da seguridade de natureza eminentemente pública no país, de gestão exclusiva do Estado. Para Santos (1979), a unificação dos IAP no INPS sem dúvida representou um avanço administrativo-



organizacional em termos de racionalização e produtividade do sistema. “As instituições de previdência social, agora agrupadas no INPS, passaram a ser governadas diretamente pelo Estado”.

Por fim, o quadro 3.1, a seguir, traz uma evolução geral das ações e marcos legais que moldaram a seguridade no Brasil, desde os anos 1920 até a criação do INPS, e em seguida até a meados dos anos 1970 e início dos anos 1980, no instante que é de interesse desse trabalho destacar as ações do regime militar concernentes à seguridade e, principalmente, à assistência à saúde propriamente dita. O referido quadro reflete o ponto de vista de Santos (1979), para quem, entre os anos 1943, data da CLT, e 1966, ano da criação do INPS, ocorreu praticamente um vazio normativo no campo das políticas sociais no Brasil.

Quadro 4.1 - Cronologia das principais políticas de seguridade (Brasil: 1923-1980)

Ano	Ação
1923	É criada a primeira CAP, dos ferroviários, segundo o DL 4682/23, conhecido como lei Eloy Chaves. Segundo Boschetti (1998), a CAP era de natureza jurídica privada.
1926	O decreto de n. 5.109, de 1926, faculta às CAP a prestação direta dos serviços médicos, bem como estende as CAP a outras categorias. Na prática essa prestação direta de assistência não funcionou
1930	Estado passa a intervir na organização econômica e social. Organiza-se uma proteção social com uma distinção clara entre benefícios previdenciários, assistência médica e assistência social.
1933	Em 1933 o governo institui os IAP, de natureza pública, por categorias profissionais.
1934	A Carta Constitucional de 1934 estabelece o financiamento tripartite da seguridade social.
1943	O Decreto de n. 5.452, de 1º de maio de 1926, institui a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT
1945	Em 1945 o governo democrático optou por um modelo estatal de previdência e transformou as CAP existentes em institutos públicos.
1946 (*)	A nova Carta Constitucional mantém o financiamento tripartite da seguridade social, e inclui o direito à assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante.
1949	É criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), para prestar assistência médica aos segurados em todo o país por meio das comunidades de serviço (instituídas em 1951), subordinadas técnica, administrativamente, e financeiramente aos IAP
1966	O governo militar instituiu a criação de um único Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, de 1966, em operação a partir de 1967. A criação de um único instituto põe fim a uma fragmentação institucional e reforça a centralização de poder. A participação da União no sistema financeiro da previdência limita-se aos gastos com a administração.
1967	A conjuntura na qual se dá a unificação da Previdência aponta para o recrudescimento do papel crescente do Estado como regulador da sociedade, e o alijamento dos trabalhadores do jogo político.
1974	Cria-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A Caixa Econômica Federal era o agente financeiro, com <i>funding</i> originado das loterias e de recursos orçamentários, destina recursos a juros subsidiados para o desenvolvimento de uma rede hospitalar privada, fazendo emergir a força da Federação Brasileira dos Hospitais-FBH
1976	É dado início a um processo de expansão da cobertura, a ampliação dos direitos previdenciários incluiu categorias como os trabalhadores rurais e as domésticas, deficientes e idosos com mais de 70 anos que não haviam contribuído com a previdência.
1977	É criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, Sinpas, vinculando em definitivo as ações de previdência, assistência e saúde.
1980	Forte pressão popular pelo atendimento do não segurado leva as autoridades a flexibilizarem a assistência médica sem a exigência de apresentação da carteirinha de segurado do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Fontes: Santos, 1979; Boschetti, 1998; Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984; Escorel, 1998; Leal, 2014; Dataprev.gov.br; planalto.gov.br. Elaboração própria.

(\*) Boschetti (1998) informa que a contribuição tripartite foi retirada da Carta de 1946, o que parece não ser procedente. Da mesma forma argumenta que a LOPS, de 1960, enterrou de vez o financiamento da União à Previdência, o que também colide com o Art. 180 da referida lei.

#### 4.1.1 O período do regime militar: consolidação do corporativismo na Saúde

Do ponto de vista econômico, o Brasil do início do regime militar seguia a desenvolver seu processo de industrialização, e o grande fluxo migratório de trabalhadores para as regiões urbanas, observado desde a década de 1940, resultado desse processo de industrialização, elevou a população brasileira urbana de 31,2% em 1940, para 55,9% em 1970, passando a 67,7% em 1980 (Ferreira, 2009).

Segundo Santos (1979), os movimentos migratórios para os grandes centros impulsionaram o processo de urbanização, suscitando problemas sociais básicos como saneamento, habitação e saúde pública.

A assistência à saúde prestada na rede de assistência previdenciária, exclusiva dos segurados, convivía com problemas de fraudes, racionamento de recursos, e uma rede de atendimento congestionada nas cidades grandes e médias.

Segundo Boschetti (1998), a assistência médica prestada pelo INPS experimentava uma precariedade dos serviços, havia um racionamento clássico com grandes filas de espera, o que fortalecia esse apelo pela assistência médica individualizada em detrimento das ações coletivas.

O grande empresariado da indústria, ainda nos idos de 1964, insatisfeitos com os custos trazidos pelo estrangulamento na rede assistencial do INPS, pactuaram com o Estado a assunção da assistência à saúde dos empregados por intermédio do estabelecimento dos chamados convênios entre as empresas e o INPS.

Essa conjuntura passa a orientar o sentido da ação governamental, que objetiva expandir a oferta privada de serviços médicos, em consonância com as premissas do modelo corporativista. O Estado coordena o desenvolvimento em conjunto com o setor

privado, que por seu turno tem o interesse que suas forças de trabalhos tenham atendimento célere que garanta retornos mais eficientes da força de trabalho, acidentada ou com a saúde agravada, e a volta o mais rápido possível à produção. Ao mesmo tempo assegura-se a superação das relações de conflito resultado da dependência inerente ao desenvolvimento capitalista, de sorte que a pressão social é contornada pela política social, mantendo-se a ordem estabelecida.

Recordando Santos (1979), o modelo de proteção social brasileiro desde a sua concepção original de 1923, cujo marco é a Lei Elói Chaves, sempre esteve ligado ao processo de acumulação.

Nesses termos, a preocupação do empresariado concernente à saúde do trabalho relacionava-se à demora com que trabalhadores acidentados, ou com saúde agravada, eram atendidos na rede previdenciária pública, retardando o retorno às atividades laborais, o que caracterizaria situações denominadas de absenteísmo.

Segundo Cordeiro (1984), para os empregadores “a racionalização do tempo do trabalhador para realizar um dado consumo médico é um fator da sua produtividade física”, o que beneficia a empresa, tendo em vista que os convênios traziam vantagem na agilidade dos atendimentos relativamente ao que era prestado na rede pública própria e contratada da previdência social.

Os convênios possibilitavam a prestação privada de assistência médica aos trabalhadores de uma empresa, podendo a provisão ser própria ou terceirizada. Datam dessa época os primeiros movimentos para o desenvolvimento futuro dos planos de saúde no Brasil.

Nesse contexto disseminam-se os convênios-empresa, marco legal das relações mercado de empresas médicas e o Estado. “Os convênios-empresa eram uma alternativa para o atendimento de parcelas da força de trabalho estrategicamente importante para o desenvolvimento capitalista no Brasil” (Cordeiro, 1984).

Essa necessidade de acelerar a produtividade e a recomposição da força de trabalho é também identificada por Oliveira, Teixeira (1984, p.182), para quem “o interesse por parte do empresariado em torno dos serviços próprios de atendimento nas empresas, assim como no esquema dos convênios, era a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida que um serviço próprio poderia ser mais eficaz nesse sentido, do que as habitualmente morosas e deficientes redes previdenciárias e estatais”.

Ademais, a posse de serviços próprios, ou por intermédio dos convênios, possibilitaria o emprego de uma política de atração de pessoal vantajosa, o que pode implicar em melhor competitividade empresarial. Com efeito, no Brasil esse interesse das empresas nos serviços médicos próprios se manifestou desde os primórdios da industrialização (Oliveira, Teixeira, 1984, p.182).

Segundo Oliveira, Teixeira (1986), “a interferência estatal na Previdência Social, por meio da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, fez surgir no Brasil um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro, permitindo a acumulação capitalista na medicina com privilegiamento do setor privado na provisão de serviços médicos, o que resultou na oferta de financiamentos públicos para a construção de hospitais privados, no credenciamento para compra de serviços no âmbito do INPS e na expansão dos convênios médicos”.

Nesses termos, a expansão do complexo previdenciário criou um subsetor credenciado que se estrutura em bases distintas do setor contratado, sob a forma de contratos de prestação de serviços, voltado para uma parcela específica e organizada de segurados, praticando a medicina ambulatorial e curativa (Oliveira, Teixeira, 1986).

Nos convênios, os serviços eram prestados diretamente pela empresa contratante ou ainda terceirizados. Em contrapartida a previdência ressarcia, mensalmente à conveniada, valores correspondentes a 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto no convênio, sem necessariamente desobrigar-se do atendimento hospitalar desse empregado, eis que os procedimentos de maior complexidade e de difícil resolatividade, que demandavam mais tempo de internação, eram prestados diretamente pelo INPS (Oliveira, Teixeira, 1986).

Ainda conforme Oliveira, Teixeira (1986, p.228-229), essa massa de trabalhadores atendida por convênios correspondia, em 1977, a 10% do total da população previdenciária, cobertos por cerca de 4.700 convênios, assinados predominantemente entre o INPS e as grandes e médias corporações. Os convênios assim concentravam-se na região industrializada, 71,3% deles eram firmados no Estado de São Paulo.

Segundo Cordeiro (1984, p.86), no ano seguinte, em 1978, do ponto de vista do gasto com a assistência médica no âmbito previdenciário, os serviços próprios respondiam por apenas 17% da despesa, enquanto os serviços médicos contratados de terceiros correspondiam a 76% da despesa, e 7% dos gastos eram originados dos convênios-empresa. A provisão de assistência médica privada correspondia a 83% do gasto total.

Oliveira, Teixeira (1986) destacam o caráter privatizante que emerge desse período, “por onde elementos da sociedade civil penetram o Estado, dando margem à privatização dos serviços de saúde”. É dessa época a orientação da política de saúde rumo

às “práticas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas, em detrimento das ações de saúde coletivas, de caráter preventivo. Assim a prática médica curativa patrocinada pela Previdência Social propiciou a expansão da rede hospitalar privada, de capital nacional. Essa relação entre Estado e produtor privado revela-se em todos os ramos da economia” (Oliveira, Teixeira, 1986, pp.208-212).

Com efeito, a assistência individualizada, privada, adquire o *status* de política de governo. As relações entre os governos autoritários e os capitalistas do setor saúde resultaram em um radical incentivo à expansão privada de hospitais e clínicas, para lidar com o déficit assistencial da época, em face do estrangulamento da oferta de estabelecimentos de saúde curativos.

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), de dezembro de 1974, com a participação da Caixa Econômica Federal (CEF) como agente financeiro, destina recursos a juros negativos para o desenvolvimento de uma rede hospitalar privada, fazendo emergir a força da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). Acrescente-se, da mesma forma, o crescimento, no período, da influência, sobre a tecnoburocracia pública, das entidades civis de organização da classe médica, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), para além da já mencionada FBH. Assim, o regime militar reforça os postulados que sustentavam o pacto corporativo-liberal-burguês: a defesa da iniciativa privada, e a oposição às políticas estatizantes e de politização da vida social (Braga,Paula, 1981; Boschetti, 1998; Escorel, 1998; Cordeiro, 1984; Oliveira, Teixeira, 1986, pp.215-217).

Os investimentos do FAS não são desprezíveis, conforme expresso na Tabela 4.1:

Tabela 4.1 - FAS - Créditos aprovados até 30.06.1977 segundo destinação por área e entidades mantenedoras  
(em milhares de cruzeiros e de reais de 31.12.2014\*)

ÁREAS	Cruzeiros	Reais	Público	%	Privado	%
Educação	8.373.600	R\$ 7.423.578	R\$ 6.534.196,0	88,0%	R\$ 889.382	12,0%
Saúde e Previdência	2.690.000	R\$ 2.384.808	R\$ 489.639,0	20,5%	R\$ 1.895.169	79,5%
Outras	599.200	R\$ 531.218	R\$ 309.404,0	58,2%	R\$ 221.814	41,8%
<b>Totais</b>	<b>11.662.800</b>	<b>R\$ 10.339.604</b>	<b>R\$ 7.333.239,0</b>	<b>70,9%</b>	<b>R\$ 3.006.365</b>	<b>29,1%</b>

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base na pesquisa ENSP/Fiocruz e Finep e da CEF. Elaboração própria. (\*)

Valores atualizados pelo IGP-DI (FGV), séries históricas do Banco Central do Brasil. [www.bcb.gov.br](http://www.bcb.gov.br)

Interessante notar que, da parcela do FAS invertida em Saúde e Previdência, praticamente 80% dos recursos foram aplicados no setor privado. A preços de 2015 o subsídio ao setor das empresas médicas correspondeu a quase 2 bilhões de reais. Segundo consta, o subsídio estava embutido na não-aplicação integral da correção monetária sobre os saldos devedores (Braga, Paula, 1981).

Noutra vertente, os 80% aplicados na rubrica Saúde e Previdência, com destinação privada, contrastam com apenas 12% dos recursos do FAS aplicados na rede particular do setor educacional.

A título de observação acessória, ainda conforme a Tabela 4.1, 88% dos recursos do FAS, na rubrica Educação, ou R\$ 6,5 bilhões a preços de hoje, foram destinados ao setor público. Uma interpretação plausível para esse fenômeno nos remete ao vigoroso investimento público efetuado nas universidades federais país afora, durante o regime militar, possivelmente visto como setor estratégico pelo regime, sempre tendo em vista que, no corporativismo-dirigista impresso pelos governos militares, o Estado definia *per se* os rumos da sociedade, e convocava a burguesia para auxiliá-lo no processo, segundo a lógica estatal-dirigente. Fazia parte da estratégia de concertação entre Estado e o mercado em torno do objetivo do desenvolvimento nacional.



Cumpra observar que o regulamento do FAS determinava que 70% do investimento global do programa deveria ser direcionado para o investimento público (Braga, Paula, 1981), o que explica, portanto, o elevado investimento na educação, todavia não retira a ênfase dada ao setor privado no caso da saúde.

De 1964 a 1967, durante os quatro primeiros anos do regime autoritário, a rede hospitalar pública sofre incremento de apenas 12 unidades, ao tempo que a rede filantrópica diminui de tamanho, com o teórico fechamento de 103 unidades (podem ter alterado a sua natureza jurídica para 'lucrativos').

Por outro lado, a rede hospitalar privada lucrativa expande-se vigorosamente, contabilizam-se, em apenas 4 anos, 479 novos hospitais privados, correspondendo a um aumento de 50% em curtíssimo período, confirmando a política privatista na saúde segundo observaram Oliveira, Teixeira (1986).

A Tabela 4.2 traz a distribuição da rede hospitalar no Brasil segundo a fonte mantenedora:

Tabela 4.2 - Quantitativo de hospitais por fonte mantenedora (Brasil, 1956-1967)

Ano	Públicos	%	Privados (*)			
			Filantrópicos	Lucrativos	Total Privados	%
1956	447	18%	n.d.	n.d.	2058	82%
1960	371	15%	n.d.	n.d.	2176	85%
1964	457	16%	1.446	944	2390	84%
1967	469	14%	1.343	1.423	2766	86%

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base em Kowarick, 1976. Elaboração própria.

(\*) Inclui filantrópicos e lucrativos.

O mesmo movimento pode ser observado relativamente às consultas médicas realizadas no âmbito do INPS, de 1971 a 1977, conforme a Tabela 4.3. No total geral do período, o quantitativo de consultas médicas efetuadas cresceu 200%.

Tabela 4.3 - Consultas médicas segundo prestador - INPS (1971-1977)

Ano	Nº consultas	INPS Rede		Rede		Rede	
		Própria	%	Contratada	%	Conveniada	%
1971	44.692	37.328	83,5%	7.361	16,5%	n.d.	
1972	47.796	38.573	80,7%	9.223	19,3%	n.d.	
1973	48.633	39.262	80,7%	9.371	19,3%	n.d.	
1974	52.144	41.575	79,7%	10.568	20,3%	n.d.	
1975	82.369	49.110	59,6%	15.104	18,3%	18.155	22,0%
1976	105.477	52.703	50,0%	27.759	26,3%	25.015	23,7%
1977	134.417	57.152	<u>42,5%</u>	<u>39.633</u>	<u>29,5%</u>	<u>37.632</u>	<u>28,0%</u>

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base em dados do INPS. Elaboração própria.

No caso das consultas realizadas segundo o tipo de prestador, na rede própria do INPS o número variou positivamente em 53%, no entanto, as consultas efetuadas em estabelecimentos contratados e conveniados saltou 950%.

A Tabela 4.3 passa a captar a informação do número de consultas na rede dos convênios entre empresas privadas e o INPS a partir do ano de 1975. Em apenas 3 anos, de 1975 a 1977, o número de consultas efetivadas por essa via expandiu-se em mais de 100%.

Segundo dados da Coordenação de Convênios da Secretaria de Assistência Médica do INPS, em agosto de 1977 existiam 4.699 convênios desta natureza, abrangendo 1.801.082 segurados, que com seus dependentes perfaziam o total de 4.337.187 beneficiários.

Por certo, a rápida expansão dos convênios revelava um desejo ou preferência de todos que se beneficiavam desses esquemas: industriais e trabalhadores. O Governo, por seu turno, compartilhava a tarefa de prover a assistência médica com entidades paralelas.

Reproduzia-se no país, em perspectiva histórica, o modelo corporativo adotado desde os anos 1920, que vincula a proteção social ao processo de acumulação capitalista.

#### 4.1.2 Convênios-empresa: outros interesses envolvidos

Os convênios-empresa eram tanto comemorados pelos empresários, profissionais médicos e também pelos trabalhadores. A crítica por certo existia, e partia dos principais atores do chamado movimento sanitário. Testemunhos a seguir relatam a quem interessava os convênios, para além da abordagem do item anterior, que destacou o interesse econômico dos capitalistas em termos da produtividade do trabalho.

O Diretor Clínico dos serviços médicos da Cia. Brasileira de Fiação afirmara que, “um número elevadíssimo de dias de trabalho era perdido exclusivamente por incapacidade do hospital geral em recuperar rapidamente o doente que teve alta. (...) Tanto do ponto de vista do bem-estar médico-social do operário, como sob o ponto de vista do aumento geral da produção industrial do país, dentro das condições de vida brasileira, o hospital industrial é uma necessidade inadiável (...), pois a volta mais rápida ao trabalho, o aumento da produção e a maior harmonia social serão frutos dessa iniciativa” (Oliveira, Teixeira, 1984, p.190).

Em 1973 a Abramge, em parceria com o então INPS [o Inamps viria a ser criado pela Lei Nº 6.439, de setembro de 1977], reúnem-se nas principais capitais para divulgação dos benefícios dos convênios-empresa. A medicina de grupo era tida como uma solução democrática para os altos custos dos serviços médicos do INPS, sendo que o argumento central da Abramge sustentava que o crescimento contínuo do sistema de medicina de grupo se devia à satisfação de todos atendidos pelo modelo (Cordeiro, 1984, p.18).

Conforme registra Cordeiro (1984, p.97), a crítica partia de certas entidades médicas, como a Associação Médica do Rio de Janeiro, na pessoa de Carlos Gentile de Mello, para quem as medicinas de grupo não prestavam assistência a uma série de doenças graves e procedimentos complexos, não assumindo os riscos catastróficos, promovendo inclusive altas precoces, nesses termos, seria facilmente contestável o argumento de que os custos dos atendimentos seriam menores com as medicinas de grupo, pois havia evidências de que estes estariam subestimados comparativamente aos do sistema oficial previdenciário-assistencial.

Com efeito, o apoio financeiro viabilizado à medicina empresarial pelo regime, com privilegiamento da prestação da assistência médica pelo setor privado, se dava no contexto do regime autoritário que excluía os sindicatos do processo decisório. O projeto governamental entre 1970-74 tendia a consolidar o controle sobre os sindicatos e a massa operária. Prevalcia uma política de arrocho (Cordeiro, 1984).

Assim, é preciso entender com naturalidade, por exemplo, que declarações do movimento sindical, à época, mostrassem-se contrárias às diretrizes da ditadura militar no campo das políticas sociais - atenção à saúde em particular - ainda que estivesse havendo uma expansão da oferta da provisão de serviços sociais, e já tivesse sido constituída uma previdência social pública no país, o INPS, posteriormente expandida para categorias até então excluídas, como trabalhadores rurais, domésticos e autônomos.

Havia, sim, um contexto de forte contestação por parte dos trabalhadores nessa época, principalmente a partir de 1978, quando houve o recrudescimento do movimento grevista no país. Foram mais de 500 mil trabalhadores em greve distribuídos em 7 estados do país, envolvendo 13 categorias, com destaque para os metalúrgicos, trabalhadores do

transporte urbano, têxteis, trabalhadores rurais, bancários, professores e médicos (Escorel, 1998).

Pois nos idos de 1978 o Congresso de Trabalhadores da Indústria Metalúrgica do ABC paulista, realizado em Poços de Caldas (MG), em seu documento final (Cordeiro, 1984, p.100) defendia que “a Previdência Social deveria ter sua rede própria de hospitais, ambulatórios e laboratórios, não devendo manter convênios com entidades particulares que visassem lucros”. Da mesma forma, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em 1979 na Câmara dos Deputados, os trabalhadores defenderam que “somente o Estado estaria capacitado a desempenhar o papel de gestor do sistema de saúde” (Cordeiro, 1984, p.101).

Com efeito, o discurso sindical não correspondia à prática geral da classe trabalhadora, notadamente das bases, pois conforme atesta Cordeiro (1984, p.83) na mesma publicação, os assalariados, ou sejam, as bases, aprovavam os convênios-empresa: “na perspectiva dos assalariados, a assistência médica prestada pelos convênios parecia atender à insatisfação face ao estrangulamento da demanda [do ponto de vista da teoria econômica, o correto seria estrangulamento da oferta] nos serviços próprios do INPS, bem como pela maior facilidade de hospitalizações. Esses fatos repercutiram favoravelmente na difusão desta modalidade assistencial”. Cordeiro também considera que “havia uma intimidade entre a medicina e a fábrica, a partir de uma identidade de interesses entre as duas instituições” (Cordeiro, 1984, p.99).

Registre-se que essa intimidade perdura até os dias atuais. O posicionamento dos trabalhadores da base, do chão de fábrica, favorável aos convênios, traduz as suas preferências por modelos assistenciais capazes de assegurar-lhes atendimento célere e, em

tese, de qualidade, tendo-se em vista que o modelo de atenção individualizada pode contornar o racionamento clássico dos modelos coletivistas.

De outro prisma, o posicionamento de lideranças trabalhistas, em prol dos esquemas privados da medicina supletiva, é evidenciado, ainda que de forma velada, nos debates que antecedem à Constituição de 1988.

Esses debates, em diversos fóruns, como a 8ª CNS, o GT/MPAS, de 1986, e da ANC, de 1987, alteraram, radicalmente, o formato da organização da Saúde no país, o que será visto no item a seguir.

#### **4.2 Movimento sanitário, trabalhadores, e as articulações das políticas de saúde na Constituinte**

Durante a redemocratização intenso debate ideológico tomou conta do país, em especial em torno da seguridade social, no período imediatamente antecedente à ANC. O Governo Sarney instituiu um importante grupo de trabalho para a discussão dos modelos de seguridade adequados à nossa realidade, o Grupo de Trabalho do Ministério da Previdência e Assistência Social (GT/MPAS), assim como o movimento sanitário articulou-se em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ambos de 1986.

Posteriormente o governo instituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que debateria os temas tratados na 8ª CNS, com a inclusão de novos atores. Os objetivos, tanto do GT/MPAS, quanto da CNRS, eram pavimentar o caminho dos debates em torno da previdência (GT/MPAS), e da Saúde (CNRS), na Constituinte.

Nosso percurso sobre a temática discutida em cada um desses fóruns objetivará seguir a uma cronologia, culminando com uma discussão que aponta os resultados efetivamente alcançados com a Constituição de 1988.

Cumpramos ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante da implantação futura no país de um regime de assistência à saúde com características universais, que possibilitaria o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, independentemente da capacidade contributiva e dos vínculos à produção capitalista. A 8ª CNS e suas consequências já se encontram por demais estudadas e conhecidas, posto que, interessa-nos neste trabalho o posicionamento dos trabalhadores organizados, não apenas na 8ª CNS, como também no GT da Previdência, e na Constituinte, que é o que perseguiremos nos itens seguintes deste capítulo.

#### 4.2.1 Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª CNS representou um marco dos debates em torno da medicina social e da saúde coletiva, em contraposição à organização privatista predominante, prevendo-se a adoção no país do modelo universal de assistência à saúde, de influência beveridgeana (modelo universalista implantado na Inglaterra do pós-2ª Guerra). Discutiu-se a estatização da base privada de provisão à saúde existente, e a substituição dessa base empresarial por um modelo público, universal, extensível a todos os cidadãos, independentemente de contribuição prévia.

A releitura do Relatório Final da 8ª CNS permite avaliar que o debate fez emergir o conflito público-privado. Vale destacar que a palavra expropriação é expressa algumas vezes. O debate sobre estatização dos serviços de saúde foi marcante. Embora a proposta de estatização imediata tenha sido recusada, houve consenso sobre o fortalecimento e expansão do setor público. Foi firmado que a participação do setor privado deveria se dar sob a forma de concessão, o que não foi incorporado em 1988 pelo texto constitucional (Relatório, 1986).

O tema expropriação voltou a ser abordado no Tema 2, nas seguintes proposições: “deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público”, sinalizando um forte controle da atividade privada no âmbito da saúde.

No Tema 3, Financiamento do Setor (Relatório, p. 21), o fim da renúncia fiscal foi sugerido. Propunha-se que a maior participação do setor público como prestador de serviços poderia ser viável, justa e socialmente desejável (Relatório, p. 16, item 16), com expansão da oferta de serviços públicos; no entanto, não houve o entendimento acerca da fixação de um percentual mínimo de dotação orçamentária para a saúde (Relatório, p. 19, item 3e, notas de rodapé).

Observa-se que, ao final da década de 1980, poderia estar em curso na cena política da saúde um processo ideológico de quebra de hierarquia, segundo o conceito de Braudel (1987):

“(...) existem condições sociais para o surto e o êxito do capitalismo. Este exige certa tranquilidade da ordem social, assim como uma certa neutralidade, ou fraqueza, ou complacência, por parte do Estado. [...] O capitalismo tem necessidade de uma hierarquia [...] (Braudel, p. 62-63).

A 8ª Conferência, que não contou [em termos] com a participação direta dos empresários, poderia ser compreendida como uma tentativa de quebra da hierarquia, e, por isso, parece ter provocado uma reação concertada do mercado, conforme será avaliado neste e no próximo capítulo.

O Relatório Final da 8ª CNS trouxe um forte sentido de contraposição ao modelo privado de atenção à saúde dominante. Todavia é importante efetuar-se uma consulta aos Anais da 8ª CNS, que revela detalhes das posições assumidas, seja dos intelectuais, que



estavam por detrás das posições universalistas, mas, sobretudo, do posicionamento ambíguo da classe trabalhadora. Para tanto, recorreremos, a seguir, aos Anais da 8ª CNS.

Sonia Fleury, conferencista convidada da 8ª CNS, em sua palestra, apontara que o projeto democrático deveria necessariamente passar pelo rompimento das concepções tradicionais que subordinavam o desenvolvimento social ao econômico, com o resgate da justiça social. No que se referia à assistência médica associada à cobertura previdenciária, Fleury identificava que tal associação implicava no desperdício de recursos via fraudes e corrupção, de sorte que a subordinação da política assistencial aos interesses privados resultava num sistema oneroso e potencializador de iniquidades. “A saúde, e, portanto, a assistência, são serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma do que como um bem público” (Anais, 1987).

Fleury indicou que o caminho da estatização não necessariamente seria o correto [muito embora o relatório final tenha se pronunciado favoravelmente à estatização], uma vez que a base privada na saúde já se encontrava consolidada e entranhada no aparelho assistencial previdenciário, resultado do sucateamento dos serviços públicos assistenciais encetado pelos governos militares.

Para Fleury, um pacto social seria necessário, e a participação dos trabalhadores organizados seria condição de legitimação deste pacto, com vistas à retomada do crescimento econômico e da melhor distribuição de renda, destacando que a classe trabalhadora nunca estaria em posição hegemônica. Ainda para a convidada, o resgate da cidadania só se consolidaria com a ampliação universal dos direitos sociais (Anais, 1987).

Nos debates que se seguiram a esse mesmo painel, intitulado “Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade”, a CUT, representada por Arlindo Chinaglia, asseverou o seguinte:

- a) “que a classe trabalhadora não tinha a ilusão sobre o estado de classe que defendiam os capitalistas;
- b) que a classe trabalhadora confiava na sua própria luta, o que não significaria que a CUT teria forças para mudar o caráter de Estado no Brasil;
- c) não poderia haver nenhuma ilusão quanto à possibilidade de reverter a relação de forças na sociedade compromissada com o poder econômico;
- d) que as transformações sociais sob controle dos trabalhadores levariam claramente à revolução, para garantir não só a saúde mas os direitos políticos e civis da massa trabalhadora;
- e) que no momento político [que antecedia a ANC] fazia-se um discurso político, que na prática redundaria numa aliança de classes com a classe dominante (...) então Prof<sup>a</sup> Sonia, “defendemos a estatização sim”, e convocamos todos os presentes a fazê-lo;
- f) que a estratégia não é a negociação, mas a organização, a conscientização e a luta da classe trabalhadora” (Anais, 1987, pp.118120).

Arlindo Chinaglia conclui com a assertiva de que a CUT, no que se referia à 8ª CNS, não nutria a ilusão de que aquele fórum tivesse algum poder decisório: “Na verdade vai ser um marco político onde a manifestação da sociedade organizada, ainda que mal convocada, poderá minimamente tentar traduzir aquilo que amplas camadas da população pensam” (Anais, 1987).

Continuando, diferentemente do que a maioria de alguns aponta, de que convidado, o empresariado teria se recusado a participar da 8ª CNS, é possível que o empresariado não tivesse tido uma participação formal, mas indireta, todavia capaz de reduzir o significado de total indiferença quanto aos debates da 8ª CNS.

Pelo que, na oportunidade, destacamos a fala em que o Sr. Bernardo Bedrikow, médico do trabalho, identificado como representante da FIESP, no mesmo debate, defendeu a medicina de empresa, prestada via serviços próprios de saúde no âmbito da fábrica. O representante da FIESP, considerava que “a prática de atividades médicas

dentro das empresas como uma expressão, antes [mais] do que os profissionais podiam e sabiam, do que uma expressão de uma política dessas empresas no sentido da proteção da saúde dos trabalhadores. O que se fazia era fruto do conhecimento e da habilidade desses médicos, e não uma imposição das empresas em relação à sua ação” (Anais, 1987, p.121).

Essa passagem contribui para desmistificar o temor das classes trabalhadoras organizadas, vigente à época, e ainda por vezes manifesto, de que a presença dos serviços médicos nas empresas pudesse significar interferências sobre a saúde do trabalhador, com vistas ao controle epidemiológico seletivo da massa trabalhadora atuante na indústria.

Por seu turno, o representante do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), Sr. Francisco Antonio de Castro Lacaz foi portador de um discurso genérico, posicionou-se assim sobre a saúde na 8ª CNS (Anais, 1987):

“a questão da saúde envolve aspectos não só de acesso aos serviços de saúde, mas de uma política social e de direitos e conquistas civis. Ela envolve por exemplo a estabilidade no emprego, o direito de greve, as condições de trabalho sob controle dos trabalhadores, a informação e a conscientização dos riscos no trabalho, a reabilitação, os benefícios previdenciários e salários dignos. (...) até fevereiro deste ano [1986] eram gastas 242 horas de trabalho para a aquisição de uma cesta mínima para uma família de 4 pessoas; essas questões nos remetem a um aspecto fundamental que é a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, ou seja, as comissões de fábrica (...). Um outro aspecto nessa questão é o controle que o empresariado tem hoje sobre a saúde dos trabalhadores, as empresas detêm o monopólio das informações de saúde através do seu serviço especializado de segurança e medicina do trabalho, através das próprias medicinas de grupo (...). É fundamental que se encare essas questões não como questões meramente técnicas, mas como questões políticas que envolvem a organização dos trabalhadores e a organização dos trabalhadores ao nível das fábricas”.

Em seu depoimento Francisco Lacaz menciona ainda que as últimas constituições brasileiras até então se preocuparam mais com a higidez da força de trabalho, daquela população que trabalha e dá lucros, do que com a saúde da população como um todo.

Enfatizou que a CUT, a Conclat e a Contag tinham a obrigação em direcionar suas lutas também para outras prioridades sociais, de discutir uma proposta de política nacional de saúde e uma política previdenciária, denunciando o sucateamento dessa última (Anais, 1987).

Segundo ele, “a Previdência Social, dizem alguns, é um processo de cooptação das classes populares, mas ela é, também, se a gente for buscar a origem histórica da previdência social no Brasil, o resultado das lutas sociais do início do século”, e conclui que ela [a previdência] é um direito dos trabalhadores e uma conquista desses trabalhadores, que não pode ser utilizada pelo Estado como forma de financiamento da assistência à toda a população” (Anais, 1987, pp.122-123). Grifo meu.

No painel “Financiamento do Setor Saúde”, identificamos a participação de outro membro da classe trabalhadora nos debates, na figura do representante da Conclat, Sr. Luis Roberto de Oliveira. Destacamos os seguintes trechos:

“Em primeiro lugar consideramos que o Estado deve assumir a responsabilidade de assegurar a saúde a todos os cidadãos sem distinção de qualquer natureza. (...) Para que a rede de saúde chegue a todas as partes do território nacional, é obrigatório que um percentual mínimo seja definido para os orçamentos municipais, estaduais e mesmo para o orçamento federal. (...) A Conclat defende nesta Conferência a instituição de um sistema único de saúde sob comando único e que opere de acordo com uma política nacional de saúde que prestigie de maneira predominante o setor público e o setor privado não lucrativo (...), e que o setor privado lucrativo entre de maneira complementar e subordinado ao controle oficial, ao controle do Estado. O financiamento, como se dá hoje, a Conclat o considera injusto, porque a maior parte da assistência à saúde no país é financiada pela arrecadação dos trabalhadores. (...) A Conclat entende que a arrecadação

da folha de pagamento para a previdência deva ser destinada, única e exclusivamente, à previdência, e que o orçamento dos estados, municípios e da União tenham, então, aquela parcela que já colocamos [defendemos] no início”. Grifos meus.

Em resumo, é de se destacar o senso da realidade de Sonia Fleury durante os trabalhos da 8ª CNS, quando defendia a necessidade de promoção da justiça social, ao tempo que compreendia já existir uma base privada forte na assistência à saúde. No entanto defendia que fossem coibidas as fraudes no relacionamento entre empresas médicas e a assistência previdenciária, fato intensamente noticiado pela imprensa da época, sem que, no entanto, tal implicasse no desmonte do setor privado de saúde, que era forte e predominante.

A esse respeito, destacamos trecho de entrevista contemporânea de Sonia Fleury, concedida a Faleiros et alli (2006), relativamente ao decido, pelas esquerdas, na 8ª CNS:

“Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia.”

Noutro diapasão, a fala de Chinaglia, representante da CUT, contrasta com o argumento de Fleury relativamente à estatização. Ademais, não se percebe no discurso do representante da CUT uma preocupação com o objeto Saúde Pública, emergindo tão somente um posicionamento radical e genérico, impeditivo de toda e qualquer negociação, além de ter evidenciado uma descaracterização dos trabalhos da Conferência, com a afirmativa de que não nutriria a ilusão de que aquele fórum tivesse algum poder decisório.

A CUT, à época, incorporava assumidamente o sindicalismo de confrontação, para apenas no início dos anos 1990 ter optado pela via do diálogo.

Da mesma forma, o representante do DIESAT adota posicionamento genérico, que extrapolava os objetivos da 8ª, defendendo desde o direito de greve, e a estabilidade no emprego, até o reconhecimento do direito de organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho, embora, de forma positiva, denunciasse que o aparato legal normativo brasileiro defendera, até então, a saúde ocupacional em detrimento da saúde de toda a coletividade.

Contudo, fazia defesa aberta da previdência, situando-a como uma conquista dos trabalhadores, e que, portanto, não poderia ser utilizada pelo Estado como forma de financiamento da assistência à saúde extensiva à população. No início dos anos 1980 o Inamps flexibilizara a atenção à saúde prestada, estendendo-a, paulatinamente, aos não contribuintes, e isso parecia incomodar as hostes trabalhistas.

Esse discurso exclusivista, que rompe com a ideia de seguridade, era mais direto no caso do representante da Conclat, para quem o financiamento da saúde “era considerado injusto, porque a maior parte da assistência à saúde no país é financiada pela arrecadação dos trabalhadores”. Reproduzindo um trecho de seu discurso mais uma vez: “A Conclat entende que a arrecadação da folha de pagamento para a previdência deva ser destinada, única e exclusivamente, à previdência” (Anais, 1987), deixando ainda claro que o sistema lucrativo privado deveria ser mantido.

O representante da Conclat exigia uma contraparte da União, na medida que pleiteava um percentual mínimo dos orçamentos públicos, incluídas as esferas subnacionais, a ser aplicado na Saúde pública, ao tempo que, reenfatiza-se, admitia que o setor privado atuasse de forma complementar na Saúde.

Começavam a surgir as primeiras evidências do discurso egoístico de que os recursos da previdência eram exclusividade da classe trabalhadora, e, portanto, não se reconhecia o pertencimento da Saúde como um segmento importante da seguridade.

Remetemo-nos, mais uma vez, a Crouch (1982):

Sindicatos apresentam em sua retórica reivindicatória algumas metas e objetivos como por exemplo políticas econômicas genéricas favoráveis ao emprego, e políticas sociais e educacionais de interesse dos trabalhadores e familiares. Muito embora sejam todas de interesse dos membros, não são de resolução imediata, sendo factíveis no longo prazo.

Assim, a opção pelos planos de saúde, que já era uma realidade antes mesmo do advento do SUS, representava o interesse imediato dos trabalhadores, um ganho já alcançado pelas categorias mais fortes, enquanto o discurso em defesa da saúde pública assumiria o caráter genérico evidenciado por Crouch (1982). No caso, o discurso seria ofuscado pela realidade.

#### 4.2.2 O Grupo de Trabalho da Seguridade e a posição do sindicalismo

Alguns meses após o acontecimento da 8ª CNS, é composto o GT/MPAS. Segundo Boschetti (1998), a posição dos trabalhadores era firme pela separação orçamentária entre o financiamento da previdência e da saúde. O GT/MPAS, instituído pelo Decreto 92.654/86, para realizar estudos e apresentar propostas de reestruturação para as bases de financiamento da previdência social e para reorganizar os benefícios previdenciários, o GT discutiu longamente alternativas para o financiamento não só da previdência, como da saúde, tendo em vista que o custeio das ações de saúde curativa (ambulatorial e hospitalar), até então, era responsabilidade do Ministério da Previdência. O Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas ações coletivas, tais como as campanhas de imunizações, a vigilância sanitária, e a regulação da atenção básica provida em postos de saúde.

O GT, presidido pelo Prof. Wanderley Guilherme dos Santos e secretariado pela Profª Sulamis Dain, era constituído majoritariamente por tecnocratas do governo, e ainda era composto pelas centrais sindicais, por entidades representativas dos aposentados e pensionistas. Muito embora os empregadores tivessem sido convidados, não enviaram representantes (Boschetti, 1998).

No que se refere às discussões em torno das fontes de financiamento da seguridade, o representante da Central Geral dos Trabalhadores (CGT), Annibal Fernandes posicionou-se contrário ao desmembramento das fontes de financiamento de previdência, saúde e assistência social. De forma diferente, Rodolpho Repullo Júnior, representante da Central única dos Trabalhadores (CUT), posicionou-se contrariamente à manutenção da fonte unificada:

“A assistência à saúde é um dever do Estado e (...) com um certo tempo (sic) deve ser suprimida a parte de assistência médica da Previdência Social. É uma posição inclusive colocada na Conferência Nacional de Saúde [8ª, de março de 1986] e aprovada, não sei se por unanimidade, mas teve uma votação bastante grande. A assistência deve ficar às custas do Estado, e não da contribuição dos trabalhadores” (MPAS, 1986, apud Boschetti, 1998 [2008], p. 117). Grifos meus.

Noutra oportunidade o representante volta a manifestar-se pela separação de fontes:

É necessário que esse GT aprove essa questão da assistência à saúde ser uma obrigação do Estado. Para isso [a saúde] deve estar incluída nas verbas da União como um todo. A previdência social deveria, progressivamente, se desencarregar de fazer assistência médica, assistência à saúde à população, porque isso aí seria obrigação do Estado cumprir e não das contribuições dos trabalhadores de prestar assistência médica à população (MPAS, 1986, apud Boschetti, 1998 [2008], p.125). Grifos meus.

Ao término dos trabalhos do GT, em outubro de 1986, o primeiro aspecto que foi objeto de acordo foi a separação das fontes de financiamento das políticas de saúde, assistência e previdência social. A saúde seria tratada como política à parte. O GT/MPAS



foi unânime em aprovar o direito universal à saúde e o dever do Estado em assegurá-lo, reforçando os princípios defendidos pelo movimento sanitário no que se refere ao financiamento da saúde, cujas fontes deveriam advir do Tesouro e não mais das contribuições salariais (Boschetti, 1998).

Cumpramos ressaltar mais uma vez que aquilo que emerge desse posicionamento do trabalhismo, tanto na 8ª CNS, quanto no GT/MPAS, é uma posição egoística, individualista, com ausência de sentido de classe dos trabalhadores organizados. Ao requerer a separação orçamentária, implodindo-se a noção de seguridade, estavam a enfatizar que os recursos da previdência são somente pertenciam a quem contribuiu, segregando-se os trabalhadores não-contribuintes, informais. Em adição, a saúde era uma questão a ser resolvida pelo Estado, enquanto a previdência, e seu dinheiro, pertenciam aos trabalhadores, que para ela verteram recursos.

No que se refere ao argumento específico do representante da CUT, no GT, de que a Saúde é um dever do Estado, e que à previdência não caberia prestar a assistência à saúde da população, se não revela uma profunda confusão conceitual relativamente aos preceitos do Estado do Bem-Estar, pois, afinal, a previdência é um dos pilares do *Welfare State*, mais do que confirma a faceta individualista dos dirigentes sindicais, vez que a previdência estaria sendo tratada como um bem público ‘particular’ dos trabalhadores, privado, apenas pela razão contributiva, de caráter corporativista.

Nesses termos, no senso-comum do sindicalista, o não contribuinte da seguridade teria seus direitos sociais suprimidos. A União que assumisse, portanto, a provisão. Assim, é nesse contexto particularista, ambíguo, em que é feita a defesa da saúde coletiva. Reserva benesses diferenciadas para os trabalhadores melhor posicionados, e uma saúde pública para todos.

#### 4.2.3 Saúde e seguridade: as emanções da Assembleia Nacional Constituinte

Antes de adentrarmos aos debates sobre a Saúde no período da Constituinte, vale um breve parêntese em torno do resultado da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Essa Comissão desempenhou papel semelhante àquele do GT/MPAS, ou seja, um organismo preparatório para o debate do tema Saúde na ANC.

Segundo relato de Nelson Rodrigues dos Santos (Faleiros et alli, 2006, p.86), “a CNRS teria dado um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos”. Dada a base privada existente, conforme evidenciado no item 4.2.1 desta tese, a expropriação seria especialmente polêmica. Ainda que carregasse um sentido de cidadania forte, não era realista frente à força e presença das empresas médicas, conforme Fleury asseverou.

Para Arlindo Gómez de Sousa [que presidiu a CNRS], a comissão significou um espaço político onde o setor público se reencontra com o setor privado (...) para dar andamento às resoluções da 8ª CNS” (Faleiros et ali, 2006, p.86).

Segundo Rodriguez Neto (2003) os debates da CNRS ocorreram, do ponto de vista técnico, em torno dos condicionantes e do detalhamento do financiamento à saúde, tema que teria recebido insuficiente tratamento técnico nas discussões da 8ª, todavia, a questão política era tão ou mais relevante, pois o texto aprovado na CNRS não atendeu às expectativas das esquerdas, que consideraram ter havido concessões ao setor privado relativamente ao preconizado no Relatório Final da 8ª CNS (Grifo meu).

Isso porque, “do ponto de vista do setor privado, a 8ª CNS era estatizante, conforme trechos de documento da Confederação Nacional da Indústria debatido na CNRS, segundo o qual não se deveria depender apenas do Estado para a provisão do

direito natural à saúde, em crítica dirigida à exclusividade do Estado na prestação dos serviços de saúde, o que seria considerado totalizante, e defendia que o setor privado deveria poder também prestar esses serviços de forma autônoma, sujeitando-se apenas à fiscalização do exercício correto da medicina” (Rodriguez Neto, 2003).

A CNRS, ao incluir efetivamente o empresariado nos debates sobre a Saúde, afastou as intenções estatizantes da 8ª CNS. Findo esse parêntese, retoma-se, a seguir, o debatido em torno das políticas de saúde na Constituinte.

Nos idos de 1987, verificou-se no processo constituinte uma fragmentação do debate em torno dos direitos sociais e do trabalho, subdividido em diversas subcomissões, sendo que “foi na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente em que se forjaram de modo mais preciso os princípios da seguridade social brasileira” (Boschetti, 1998).

Para enfatizar essa fragmentação, os representantes sindicais concentraram a sua participação na Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e dos Servidores Públicos (Boschetti, 2008, p.148), aprofundando a distância, no Brasil, entre direitos do trabalhador e direitos sociais, que em tese deveriam ser a mesma coisa.

Com efeito, este trabalho, apontou, logo em seu Capítulo 2, nas referências teóricas relativamente ao Estado do Bem-Estar Social, ser esse um constructo político que estende os direitos sociais aos trabalhadores, e que, portanto, teria, em tese, a classe trabalhadora como a principal interessada.

Assim, uma vez que seriam os trabalhadores os beneficiários privilegiados do Estado do Bem-Estar, que protege o trabalhador contra as desigualdades, a dependência, a insegurança, e dos riscos inerentes ao desenvolvimento capitalista; logo, direitos sociais

e do trabalhador não deveriam postar-se em paralelo, como parecia admitir a ação ambígua do trabalhismo no Brasil durante o processo constituinte de 1987.

O fato é que a Subcomissão dos Direitos do Trabalhadores focou-se mais nos temas ligados às relações trabalhistas, tais como a organização sindical, do que nos direitos previdenciários, sendo, o seguro-desemprego, o único direito social presente nas discussões desta Subcomissão (Boschetti, 1998).

No que se refere aos debates na Subcomissão de Saúde, muitos dos representantes ali reunidos haviam se originado do GT/MPAS, valendo destacar que, os representantes sindicais participantes nos debates dessa Subcomissão, reenfatazaram que as proposições que defenderam no GT haviam sido vencidas (Boschetti, 1998).

Nas primeiras discussões da Subcomissão de Saúde o representante dos aposentados e pensionistas, Obed Dornelles Vargas, manifestou-se pela separação entre saúde, previdência e assistência social. Relativamente à saúde, defendeu um sistema único e descentralizado de saúde, distinto da previdência, permanecendo afinado com as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com as deliberações do GT/MPAS. “Para o representante dos aposentados e pensionistas a saúde deveria ser financiada integralmente pelo Estado, e as contribuições sociais com base na folha de salário deveriam financiar exclusivamente a previdência”. (Boschetti, 2008, p.149-150).

Por seu turno, o representante da CUT na Subcomissão de Saúde, Rodolpho Repullo Júnior, que participou do GT/MPAS, apresentou dois documentos da entidade, um com propostas para a saúde, também afinado com as deliberações da 8ª CNS, em torno de um sistema de saúde público e universal, e outro documento, para a previdência. No documento da CUT a saúde seria um sistema à parte, não incluído na seguridade social, assim, a seguridade seria financiada com a contribuição do Estado, das empresas e dos

trabalhadores, com base nas capacidades contributivas de cada um, e quando se fizesse necessário, os benefícios seriam estendidos à toda população, desde que os serviços fossem financiados exclusivamente pelo Estado (Boschetti, 2008, p.150)

Nas discussões da Subcomissão da Saúde prevaleceram as teses da 8ª CNS, em que se defendia a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, e sua organização deveria se dar sob a forma de um sistema único e descentralizado, financiado pelo Estado. Os princípios gerais da seguridade social também foram delineados nessa Subcomissão, e, no que concerne à previdência, foi aprovada a forma de gestão tripartite (governo, trabalhadores e empresários).

Os relatórios das Subcomissões foram enviados à Comissão da Ordem Social, na qual seriam permitidas emendas dos parlamentares. O relator incorporou o princípio da seguridade, integrando as políticas de saúde, previdência e assistência, não incorporando as separações das fontes de financiamento dos três eixos. Conforme já adiantado no item anterior, cerca de 30% do OSS seria destinado à Saúde, numa tentativa de romper com a lógica do seguro bismarckiano, em que as contribuições sociais financiam os gastos daqueles que contribuem, estendendo os direitos sociais a todos, universalizando-os, independentemente da contribuição. No caso da saúde isso ficou claro, contudo relativamente à previdência foi mantido o modelo de seguros, em que a condicionalidade e a proporcionalidade entre contribuição e benefício continuariam vigendo. Assim, o conceito de seguridade social proposto pela Comissão da Ordem Social ficou entre a lógica do seguro e a lógica assistencial coletiva. (Boschetti, 2008, p.158-161).

Ainda no que se refere à assistência à saúde, duas correntes bem definidas marcaram os debates na Comissão de Sistematização, de um lado o movimento sanitário, defendendo a universalização e a supremacia do Estado na provisão dos serviços, de outro,

os empresários, que pressionaram para preservar o mercado privado de saúde e garantir que esse sistema pudesse participar do sistema público recebendo subvenções, ao estender os serviços privados à população, na qualidade de participantes do SUS (Boschetti, 2008)

Ao final dos trabalhos da ANC crescia a crítica dos empresários e de suas frentes parlamentares ao relatório da Comissão de Sistematização. Por meio da liderança do Centrão, lograram alterar o Regimento da Assembleia Constituinte, conforme visto no Capítulo 3 desta tese, facultando-se aos parlamentares a interposição de novos projetos de capítulos inteiros da Constituição (Resolução n.3/1988), em vez da possibilidade de apresentação tão somente de emendas pontuais ao relatório da Comissão de Sistematização. Trecho da justificativa da emenda denota o perfil conservador da atuação do Centrão:

(...) tudo aquilo que se refira à seguridade social (...) há de ser tratado com realismo e bom senso. Deve ser descartado o Estado provedor. Não pode o sistema de seguridade social tornar-se sorvedouro de recursos do Tesouro e do contribuinte. (Boschetti, 2008, p.170)

As modificações aprovadas foram no sentido assegurar a participação do setor privado na Saúde, introduzindo a ideia de que a seguridade deveria ser de responsabilidade não apenas do Estado, mas da sociedade. Com efeito, as modificações no capítulo da Ordem Social visavam mais a Saúde, tendo o Centrão mantido o projeto de um sistema único de saúde, e suprimido a proibição de aportes de recursos públicos nos organismos privados de saúde, permitindo-se, ainda, ao setor privado, disponibilizar serviços de saúde ao sistema público, mediante pagamento (Boschetti, 2008, p.171).

Conforme aponta Boschetti (2008), as mudanças apresentadas pelo Centrão não tiveram um curso fácil, eis que se tratava de uma coalizão política instável, resultante de um agrupamento mantido por interesses pessoais e corporativos de seus participantes. O Centrão poderia assegurar em torno de 200 votos fiéis a suas teses, e como não obtinha

sempre a maioria, foi feito um grande acordo de lideranças em torno do projeto da Ordem Social da Comissão de Sistematização, que resultou numa fusão dos dois projetos, com a manutenção da Saúde como direito universal, ao tempo que inseria a participação do setor privado na provisão dos serviços, de forma complementar.

#### 4.2.4 A crítica possível

O que resultou da ANC, conforme o texto sancionado da Constituição Federal de 1988, foi a permissão de atuação do setor privado na saúde, de forma complementar ao público, proibindo-se a presença do capital estrangeiro, ao tempo que era prevista a existência de um sistema universal, público e gratuito.

É importante verificar o posicionamento crítico de alguns membros do movimento sanitário relativamente a essa ambiguidade. Com efeito, o próprio movimento sanitário experimentou uma divisão, entre aqueles que gostariam de ver a Saúde autônoma relativamente à previdência, e outros que defendiam ser a Saúde parte integrante da seguridade social aos moldes do Estado do Bem-Estar Social socialdemocrata. Sonia Fleury ilustra o momento (Faleiros, 2006):

Segundo Sonia Fleury (Faleiros et alli, 2006, p.90), “a polêmica com o Eleutério [Rodríguez Neto] se deu na defesa das duas visões, uma que vinha do sanitarismo, e outra que vinha da seguridade social compreendendo as três áreas que a acompanham. Mas eu entendia perfeitamente o temor da saúde, que queria fazer um movimento de saída da Previdência Social e compor uma única autoridade, contra a ideia de que a seguridade social podia englobar tudo dentro da previdência novamente”.

Rodríguez Neto (2003, pp. 63-69), por seu turno, avalia que o projeto de saúde que emergiu das discussões do capítulo da Ordem Social, na Constituinte, denota um distanciamento do marco político da 8ª CNS, ao tempo que denuncia o *lobby* do MPAS, que teria exercido forte influência sobre a Constituinte em torno da perspectiva remota de

um ministério do Bem-Estar Social, que englobaria a Saúde, “bem ao feitio socialdemocrata”.

Nessa passagem anterior infere-se o porquê da rejeição ao modelo da seguridade, que não se compatibilizava com as posições estatizantes da 8ª CNS, conforme se esclarece com a opinião de Francisco de Assis Machado, o “Chicão” (Faleiros et alli 2006):

“Chicão faz uma crítica à falta de crítica, pois pensa que houve uma certa “sacralização” do SUS e que o contexto subsequente impediu que o resultado fosse aquele que se esperava. O problema fundamental foi a derrocada do movimento comunista, que tinha o Sistema Único de Saúde como a possibilidade de realização de uma reforma em tudo socialista, e a falta de uma visão de que, dentro do capitalismo, cada vez mais globalizado, a possibilidade de realizar uma certa justiça social passa por fazer escolhas e aceitar a realidade de uma sociedade de classes. [...] Então, essa sacralização do SUS dificulta até uma revisão de problemas técnicos” (Faleiros et alli, 2006, p.266).

Por outro lado, Sonia Fleury defendia a Saúde inserida na seguridade social:

“Eu penso que o SUS nunca comprou a ideia de seguridade social. Acho isso um erro político-estratégico fundamental. (...) Acho isso um erro porque nós perdemos força. A saúde tentou se blindar de tal forma que hoje tem menos importância nas políticas sociais do que outras coisas, e não é por falta de força, é pela sua força, o paradoxo é esse. Como é que nós podemos ter uma concepção ampliada de saúde, fazer políticas inter-relacionadas, interdependentes, e depois, paradoxalmente, reservamos tudo e fechamos num modelo próprio? Esse insulamento da área de saúde é um erro, como a não-inserção, mesmo programática, da saúde na seguridade social” (Faleiros et alli, 2006, p.90).

A crítica contemporânea também parte de outros atores do movimento. Para

Anamaria Tambellini:

“O processo de construção do sistema não foi suficientemente flexível para acatar as críticas e se relacionar com o todo. É um processo que tem pouca flexibilidade para se repensar, para se refletir e muito pouca tolerância com a crítica. A crítica deveria ser bem-vinda. A bandeira do SUS não é uma bandeira dos sanitaristas. É uma bandeira muito mais ampla. Não é uma bandeira do setor saúde. Muito pelo contrário. A proposta que eu entendi é que a saúde faria parte de um universo maior de possibilidades e de responsabilidades que diziam respeito àquelas condições que produzem a doença e a saúde. Então, ela não estaria fechada na mão de um setor e, muito menos, numa parte desse setor – o que lida com a atenção médica. Essas questões eram



primitivas quando se começava a discuti-las na década de 1970 (Faleiros et alli, 2006, p.266).

No mesmo sentido esta tese não poderia deixar de oferecer uma dimensão crítica ao posicionamento casuístico dos trabalhadores no que se refere à saúde e à seguridade, em especial da CUT, por ocasião da Constituinte, ainda em 1987.

Em resumo, a CUT, em suas duas propostas, fez a defesa de uma seguridade claudicante, e optou por manter as benesses dos *fringe benefits* de provisão privada, consubstanciadas nos 24,4 milhões de vínculos a planos de saúde no Brasil, segundo estimativas de Andreazzi (1991) para o ano de 1987.

Concomitantemente, a CUT posta-se ao lado do movimento sanitário, em torno dos pressupostos da saúde pública e universal, para aqueles sem condições de barganha para conseguir um nível de privilégios como os planos de saúde, sem a capacidade de se diferenciar.

Restava, com isso, afastada, por parte do trabalhismo, a possibilidade de um conflito com as esquerdas, desde que seus privilégios corporativistas estivessem mantidos.

Essa crítica ao passado deveria ter a faculdade de transmutar-se em uma autocrítica contemporânea daqueles que engrossam as fileiras do movimento sanitário e que, ao mesmo tempo, não abrem mão desses mesmos privilégios, protagonizando uma situação paradoxal, o que sugere ter chegado a hora de uma revisão profunda.

Sobre esses privilégios, Werneck-Vianna (2015) e Temporão (2013) apontam:

“ (...) o fato de os servidores dos ministérios da saúde e da previdência social terem GEAP (plano privado de saúde e previdência, que se intitula Fundação de Seguridade Social) afeta a solidariedade indispensável à efetivação de um sistema universal, como o SUS” (Werneck-Vianna, 2015).

“(...) Todos defendem o SUS no discurso, mas a burocracia

estatal tem planos privados custeados por nossos impostos” (Temporão, 2013).

Nesses termos, o que vale para o posicionamento da classe trabalhadora se estende para relevantes parcelas do próprio movimento sanitário. Defende-se no seu seio o modelo universal de assistência à saúde, mas adere-se, *de facto*, à fronteira entre os modelos de seguro bismarckiano e residual-liberal.

Isso porque os planos de saúde privados são classicamente enquadráveis no modelo liberal, todavia, no Brasil, graças à renúncia fiscal da União, o ente nacional acaba por patrocinar parte dos custos, em face das dedutibilidades do imposto sobre a renda pessoal, e sobre os lucros privados, assim, o financiamento desses esquemas de provisão privada é, e não se pode afastar, tripartite.

Vale destacar que o Ministério da Saúde brasileiro oferece um bônus para o financiamento dos planos de saúde dos servidores, dentre eles os servidores da ANS, que associado aos desembolsos dos próprios servidores, e às dedutibilidades da renúncia, caracterizam de forma incontestável, o financiamento tripartite da assistência à saúde desse grupo, segundo os traços definidores do financiamento do modelo de seguro bismarckiano.

Finalmente, segundo Costa (1995 [1996]), cabe ainda desenvolver uma crítica política ao movimento sanitário:

[O movimento sanitário] “teria adotado uma agenda de construção de reformas pelo alto, com pouca participação efetiva e mobilizadora das classes trabalhadoras. Segundo o ponto de vista de Souza Campos (1988, apud Costa 1995 [1996]), “foram os técnicos envolvidos com o estudo, a administração e o planejamento da atenção médico-sanitária os principais artífices e divulgadores dessa política, à maioria deles pertencentes à burocracia governamental, ou às universidades, os que elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas políticopartidários dominantes”, em contraposição ao caso de outras democracias capitalistas em que intelectuais progressistas tiveram de

compor com o movimento sindical para conduzir reformas em seus sistemas de saúde” (Costa, 1995[1996], p. 353).

Assim, no que toca ao projeto de universalização da saúde idealizado pelo movimento sanitário brasileiro, ele não teve a adesão por inteiro das organizações de interesses substantivos na arena setorial, na qual verificou-se o recrudescimento da estratificação de clientela, e a diferenciação dos trabalhadores do mercado formal, com poder de barganha, dos demais segmentos populacionais (Costa, 1995[1996]).

Relativamente ao descompasso entre os interesses da classe trabalhadora e do movimento pela reforma sanitária, transcrevemos um pequeno trecho da entrevista de Sarah Escorel, presente em Faleiros et *alli* (2006), na qual a especialista observa que “aquilo que se denominava de fantasma da classe ausente seria uma representação do fato de que o movimento sanitário sempre falou pelas demais classes, mas elas não estavam presentes”.

Em consulta à tese de doutoramento da autora (Escorel, 1998, p.182):

“O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. (...) Por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito “para ela” (em direção a ela), ou “por ela” (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário”.

Esse afastamento do movimento sanitário das bases é repercutido também por Rodriguez Neto (2003):

O movimento sanitário que emerge da 8ª CNS era composto por membros originários da academia, dos sindicatos dos médicos e de movimentos dos médicos-residentes, contudo “as dificuldades enfrentadas em colher as assinaturas para a Emenda Popular da Saúde – menos de sessenta mil assinaturas ante quase um milhão na Emenda da Educação, e três milhões no caso da Reforma Agrária – evidenciavam o quanto o movimento sanitário estava distante das entidades realmente populares, de

base, na sua prática cotidiana. (...) Isso evidenciou a necessidade de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados, especialmente os que estão fora da academia e das corporações.” (Rodríguez Neto, 2003, p. 71). A discussão se o movimento sanitário seria por demais autossuficiente tornou-se uma questão em aberto para Rodríguez Neto (2003). O que era certo para o autor, é que o movimento social na área da Saúde “não teria ganho uma consciência coletiva passível de ser critério do processo social como um todo, o que não é capaz de elidir a relevância do papel do movimento sanitário, e de sua atuação em nome dos avanços conceituais e políticos que balizam os princípios da democratização no acesso à Saúde”.

Segundo Rodríguez Neto (2003) o caminho que se descortina para o avanço do movimento sanitário é o da superação da etapa de se trabalhar “para ela” e “por ela”, à luz da reflexão de Escorel (1998, p.182), até atingir-se o estágio de trabalhar “com ela”. Para Rodríguez Neto (2003) o desafio encontra-se na articulação dos defensores do SUS com o movimento popular e sindical, e com os partidos, para a conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre a Saúde.

Segundo Rodríguez Neto (2003) a adesão de assinaturas à Emenda Popular da Saúde conseguiu ser superada pela contraparte conservadora, pois “a Emenda Popular apresentada em conjunto pela FBH, Abramge, pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, da Associação Brasileira de Hospitais, e por uma organização denominada Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade (IPCC), chegou a reunir cerca de setenta mil assinaturas”, superando, portanto, as 60 mil da Emenda Popular da Saúde, capitaneada pelas Plenárias de Saúde. “A emenda da FBH e afins defendia o livre exercício profissional da medicina e a pluralidade de sistemas médico-assistenciais” (Rodríguez Neto, 2003).

Contudo, segundo divisa Rodríguez Neto (2003), “ainda que unidos em torno da bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado, contratado diretamente pelo poder público, e do segmento das

medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas médicas, que percebiam suas receitas sob a forma de pré-pagamentos, indicavam caminhos organizacionais distintos para o sistema de saúde. Enquanto os primeiros lutavam pela manutenção da tutela do Estado, os segundos pleiteavam a independência do mesmo”.

É fato que o setor privado, representado pelas empresas médicas, buscava uma autonomia em relação aos recursos do setor público. A descentralização prevista nas políticas públicas, inicialmente no Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), e que mais tarde se tornaria um dos princípios do SUS, implicava no fim da presença do *single payer*, o Inamps. Os canais entre os empresários da medicina, dos donos de hospitais, com o poder central, os tais anéis burocráticos aos quais referira Cordeiro (1984), em sua obra, encontravam-se sob ameaça.

De forma alternativa, descentralizava-se, de forma incremental, o pagamento dos procedimentos, e das compras de medicamentos e equipamentos, por intermédio dos inúmeros fundos de saúde que foram sendo constituídos no âmbito do SUS desde a sua criação, os fundos municipais de saúde, ativando-se a compra local de serviços, em detrimento do esfacelamento dos anéis burocráticos estabelecidos entre a tecnoburocracia e as empresas médicas, a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, ao longo do regime militar.

Os planos e seguros saúde ganharam impulso com essa necessidade de busca de uma autonomia relativamente à dependência original de recursos públicos centralizados. Segundo Faveret, Oliveira (1990), a expansão do seguro saúde, nos anos 1980, possibilitou uma autonomização do setor.

Em nosso ponto de vista, essa autonomização também tinha o significado de constituir-se em uma alternativa à suposta onda estatizante. Nesses termos, a saúde

suplementar e seus produtos constituíam-se em meios alternativos, e seguros, de reprodução capitalista, financeirizados, virtuais, menos dependentes do Estado, e capazes, ao mesmo tempo, de estabelecer uma relação direta com o cliente: pessoas físicas, ou pessoas jurídicas representando grupos de indivíduos: trabalhadores organizados.

Estimativas de Andreazzi (1991) para o montante de vínculos a planos de saúde ao longo dos anos 1980 denotam o início dessa expansão, conforme a Tabela 3.4.

Tabela 4.4 - Estimativa de Vínculos a Planos e Seguros Saúde (Brasil, 1981, 1987, 1989)

Ano	Vínculos
1981	11.070.000
1987	24.400.000
1989	31.140.000

Fonte: Andreazzi, 1991.

É notável o impulso que tiveram os vínculos a planos de saúde nos anos 1980, com destaque para o período que coincide com os debates da 8ª CNS e da Constituinte. Observe-se que no ano imediatamente anterior à criação do SUS os vínculos haviam aumentado em quase 30%, num período curto de 2 anos.

Para Fleury (1994[1996]), a dificuldade de financiamento do setor público foi um complicador do desenvolvimento da saúde pública, ao tempo que propiciou, desde os anos 1980, a alteração no mercado de saúde, e o florescimento consistente dos planos e seguros-saúde, individualmente contratados ou patrocinados pelas empresas. “Foi para este setor que tanto a clientela privilegiada quanto os prestadores mais competitivos se voltaram, mesmo que utilizando um conjunto de benesses e incentivos estatais” (Fleury, 1994[1996]).

### 4.3 Considerações finais

Concluimos este capítulo com as impressões de Costa (1995 [1996], p.346), seminais, no que se refere à identificação da classe trabalhadora como sustentáculo da demanda por esquemas privados de saúde no Brasil, enquanto constituinte de um grupo de interesse:

“O projeto da reforma sanitária brasileira apresentou uma agenda redistributiva ao suprimir as contribuições previdenciárias como pré-condição para o acesso aos serviços de saúde, permitindo na prática uma transferência de renda dos segmentos que contribuía para o financiamento do sistema para os não contribuintes. Assim restaria caracterizada uma ruptura no padrão de intervenção estatal no campo social segundo os moldes concebidos na década de 1930, fazendo emergir a noção de direito social universal, entendido como direito e não como uma concessão, o que não foi capaz de superar a dominância, nos grupos de interesses, de demandas por atendimento privatizado, caracterizando a existência de uma tendência ativa em torno da opção pelo atendimento diferenciado das organizações intermediárias articuladoras de interesses de grupos, tais como os sindicatos e as associações profissionais e funcionais.

Essa tensão entre uma agenda publicista e a organização de interesses é central nos anos 1980, muito embora a busca de diferenciação contida na opção pela assistência médica privada para a força de trabalho estaria na gênese da cidadania social brasileira, forjada desde os anos 1930, por meio do vínculo corporativo-contributivo”.

Menicucci (2007) vai no mesmo sentido ao revelar que ao longo dos anos 1990 o movimento sindical mais combativo encontrava-se estruturado em torno de planos privados, e, apesar de declarar apoio formal ao SUS, encontrava-se pragmaticamente vinculado ao aperfeiçoamento da oferta de provisão privada por categoria trabalhista, e localiza no arranjo político da seguridade das décadas anteriores, a dificuldade de se construir uma identidade coletiva entre o mundo do trabalho e o projeto sanitarista da saúde pública.

Pina, Castro, Andreazzi (2006) confirmam a adesão das bases sindicais aos esquemas privados de assistência, ao tempo que destacam posição conflitante entre as

centrais sindicais e as bases: “as resoluções políticas das principais centrais sindicais consagram a defesa do sistema público de saúde, por outro lado, os principais sindicatos de trabalhadores incorporam em suas negociações coletivas a demanda por melhoria da assistência médico-hospitalar através de planos e seguros privados de saúde contratados pelas empresas (...)”.

E o paradoxo persiste: as centrais sindicais se postam ao lado do movimento sanitário em defesa de um sistema universal de saúde, público e gratuito, todavia, assim como esses últimos, aderem aos planos privados.

Nesses termos, conforme já mencionado neste trabalho, não apenas os servidores do Ministério da Saúde possuem planos de saúde; os funcionários da CUT possuem planos de saúde para si patrocinados pela Central. A CUT defende o SUS, todavia, para os seus, patrocina planos de saúde.

Dessa forma, no interior desta concepção contratualista de resolução de conflitos de interesse, seria possível identificar, portanto, uma unidade precária entre duas propostas políticas: um projeto de transformação da sociedade concomitante à luta pragmática por direitos a partir do “chão de fábrica” (Santos, 2014).

“Do primeiro plano é possível identificar traços de uma tradição que se esforçava em democratizar o Estado brasileiro, por meio da luta pela saúde pública, assumida como programática em todos os CONCURTO, de 1984 a 2012. Do segundo, verificam-se as afinidades da luta classista com a construção segmentada de direitos, cuja expressão mais nítida seria a conquista de planos privados de saúde por diversas categorias trabalhistas” (Santos, 2014).



Segundo Costa (1995 [1996]), “ao longo da década de 1980 é crescente o movimento em torno da atenção médica diferenciada, fazendo-se presente, na agenda de negociação coletiva, uma pressão das bases por serviços sociais de organização privada. Dados da CUT indicam que 49,5% dos trabalhadores sindicalizados na Grande São Paulo, pertencentes à categoria dos metalúrgicos, químicos, têxteis, operários da construção civil, rodoviários, comerciários e bancários, apontavam a possibilidade de obter acesso a serviços sociais como o principal motivo de filiação sindical. As convenções coletivas de grandes categorias de trabalhadores, em fins dos anos 1980, faziam referências explícitas aos convênios médicos, em contraste com a inexistência de pautas de políticas de saúde voltadas para a necessidades de saúde de grupos estruturalmente fora do processo produtivo corporativo. (Costa, 1995 [1996]).

A proposta de Contrato Coletivo de Trabalho dos Bancários, defendida pelo Departamento Nacional dos Bancários da CUT, previa que as empresas deveriam custear integralmente as despesas de manutenção dos convênios médicos daqueles trabalhadores demitidos, e de seus dependentes, por um período de até um ano (Costa, 1996), o que estaria a indicar o reconhecimento dos sindicatos das dificuldades de realização, fora do circuito do trabalho, de direitos básicos de assistência à saúde, ao tempo que denunciava a distância do movimento dos trabalhadores organizados da agenda publicista.

Assim, conforme foi visto, o início do processo da consolidação da saúde suplementar, reforçado pela preferência dos trabalhadores pelos esquemas de provisão privada, transcorreu num contexto de institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas públicas de saúde, a partir das mudanças legais sugeridas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Nesse fórum as representações sindicais defenderam as teses publicistas, apesar de sustentarem uma agenda autorreferida e segmentadora nas mesas de negociação, o que

estaria a indicar uma forte contradição entre a representação institucional e o curso dos interesses das categorias representadas nos fóruns de participação (Costa, 1995 [1996]).

Costa (1995 [1996]) conclui:

“Esse paradoxo aponta para as dificuldades dessas estruturas de representação formal expressarem demandas solidárias, eis que a agenda de reivindicações dos grupos tendeu a fortalecer aqueles com maior poder de barganha. No caso da saúde e da assistência médica, este processo denota a descontinuidade entre as deliberações destas estruturas de representação nas instâncias formais e o contido nas negociações dos liderados em outras arenas decisórias particulares, fortalecendo, no âmbito da ação dos atores sociais substantivos, as formas de asseguramento privado em saúde e os serviços assistenciais próprios das empresas. Assim, no campo das demandas sociais a classe trabalhadora não se oporia ao modelo de cidadania fragmentada instituída nos anos 1930” (Costa, 1995 [1996]).

Assim, ao término da década de 1980 e ao início dos anos 1990 os planos de saúde já eram uma realidade difundida nas grandes cidades, de sorte que, no Brasil, dois modelos de assistência à saúde passaram a conviver desde então, um público, gratuito e universal, o SUS (formalmente instituído em 1990), e outro, de provisão eminentemente privada, representado pela saúde suplementar. Os dois segmentos de provisão de assistência passam a atuar, desde o início, de forma descoordenada, como concorrentes.

A associação do tema assistência à saúde de base privada, como aspecto importante das negociações coletivas de trabalho é o que veremos no capítulo seguinte.

## 5 O AUGO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO APOGEU DO NEOCORPORATIVISMO

*“A disposição para excluir os temas de políticas gerais das suas negociações ao nível da empresa ou do setor produtivo (...) parece estar na gênese da cultura sindical associativa brasileira. Esta cultura da diferenciação explica a grande mudança na oferta de serviços de atendimento médico desvinculada do orçamento público e orientada para o mercado.” Nilson do Rosário Costa, (1995 [1996]).*

Este capítulo apresenta o crescimento dos vínculos a planos de saúde médico-hospitalares nos anos 2000, a partir de dados da ANS, com a notável evolução dos planos coletivos empresariais, direcionados aos trabalhadores formais da economia. Esse período coincide, no Brasil, com a ascensão do neocorporativismo no país, conforme destacado no Capítulo 3 desta tese.

A estrutura do presente capítulo traz inicialmente o levantamento quantitativo da evolução dos vínculos a planos de saúde a partir da regulação setorial. Em seguida, apresenta a avaliação da percepção dos brasileiros de 8 grandes regiões metropolitanas relativamente ao produto ‘planos de saúde’, contida em pesquisa Ibope realizada em 2015.

O capítulo também apresentará um perfil da demanda por planos de saúde no interior da Administração Pública Federal, que patrocina o SUS para toda a população, no entanto subsidia planos para os servidores. Conforme será visto, patrocina plano não apenas àqueles da administração indireta, ligados às corporações com participação estatal, relacionados à produção industrial, mas também aos servidores da administração direta.

Posteriormente, passa-se a analisar os resultados de nossa investigação empírica concernente ao banco de dados do DIESSE, o SACC, que apresenta as cláusulas atinentes à assistência à saúde negociadas nas convenções e acordos coletivos de trabalho, de 1993 a 2012.

Ao fim e ao cabo o capítulo pretende destacar a percepção de que o modelo de proteção social, de perfil industrial-corporativo, associado à produção, e à acumulação capitalista, predomina dentre as opções preferenciais do trabalhismo brasileiro, *status* esse corroborado pela própria União, que financia esquemas privados de assistência médica para a totalidade de sua força de trabalho.

A opção dos capitalistas por esse modelo, já foi alvo da abordagem no Capítulo 4, quando se tratou dos convênios-empresa, que mais tarde dariam lugar à indústria de planos de saúde.

Por sua vez essa indústria fortaleceu-se, e congrega *per se* um grupo de empreendedores capitalistas. Seus interesses estarão expressos no capítulo seguinte, o 6. Assim, se o empresariado em geral apoiou, nos anos 1970, o florescimento dos convênios-empresa, a indústria que daí derivou-se foi capaz de gerar uma nova casta de capitalistas, aqueles originalmente localizados por Cordeiro (1984) nas empresas médicas: hospitais, clínicas e laboratórios privados, e hoje, líderes da vigorosa indústria de operadoras e seguradoras de saúde.

Com efeito, ante o interesse da classe trabalhadora pela saúde suplementar, conclui-se que a opção original do trabalhismo brasileiro pelo modelo de assistência médica vinculado à produção perdura até os dias atuais. Teve sua origem nos anos 1920, cujo marco foi a Lei Elói Chaves. Esse mesmo interesse é compartilhado pelo próprio Governo e pelo empresariado como um todo, tendo em vista que o financiamento desse esquema continua tripartite: o empregador co-financia o plano de saúde de seu empregado, e ambos obtêm as dedutibilidades do imposto sobre a renda. A renúncia fiscal, portanto, corresponde à contribuição da União para o esquema tripartite.

À luz do que foi evidenciado, segundo Malloy (1986) e Santos (1979), na Introdução deste trabalho, o modelo contemporâneo de assistência à saúde do brasileiro, de provisão privada, pode mesmo ter derivado do modelo original de financiamento tripartite da assistência médica cunhado no passado. É dependente da trajetória. Recorrendo-se mais uma vez a Pierson (2000), o conceito de *'path dependence'* leva em conta a relevância causal dos estágios precedentes em uma sequência temporal. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção.

Nesses termos, antes de tudo, é preciso retrair esse perfil histórico e mapear as transições verificadas no padrão de financiamento assistencial dos trabalhadores organizados do Brasil: ele vai do seguro privado (CAP) ao seguro-social (INPS), e do seguro-social, público, para o seguro-saúde, privado, mantidas as mesmas características de financiamento tripartite, compartilhado.

Essa perspectiva pode ir ao encontro da observação de Fagnani (1997), segundo qual a bibliografia sobre a política social brasileira, “apesar de ampla e diversificada, revela a ausência de tradição na análise do conjunto das políticas, predominando as abordagens setoriais”.

Aqui, tradição reforça a ideia de dependência da trajetória, no âmbito das reflexões sobre como as ações do passado moldaram o futuro das políticas, no caso, de saúde.

Segundo Menicucci (2007b) “os legados da política de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro”. Ainda segundo essa autora, “essa forma histórica de desenvolvimento da assistência [expansão da assistência médica diferenciada segundo categorias com maior prestígio] não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política [os trabalhadores]

capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas”.

Por fim, inclui-se aqui o testemunho contemporâneo de Werneck-Vianna (2015):

“É nos anos 30 do século XX, após o movimento que levou Vargas ao poder e que deslanchou o projeto industrializante de desenvolvimento nacional, que a questão da saúde entra com mais vigor e consistência na agenda pública. (...) Com a introdução dos seguros sociais compulsórios, sob a forma dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, começa a se configurar uma das principais características do sistema de saúde no Brasil: sua segmentação. Além da separação entre ações preventivas, ditas sociais, e ações curativas, de atendimento individual, a segmentação se expressava nas diferenças entre os IAPs no que concerne aos serviços oferecidos. (...) Bismarck implantara sistema semelhante na Alemanha dos anos 1880. Mas aqui, a tal da dependência de trajetória (*path dependence*), (...) parece ter mais aplicabilidade do que na Alemanha. Cabe lembrar que o IAPI – o Instituto dos trabalhadores na indústria – o mais populoso e funcional ao projeto desenvolvimentista, não tinha hospitais próprios, como tinham, por exemplo, o Instituto dos Bancários e o IPASE (o Instituto criado em 1938, durante o Estado Novo, para os servidores civis da União)”.

Portanto, esta tese tem procurado avaliar os principais passos dessa trajetória, a fim de identificar como, tradicionalmente, a classe trabalhadora organizada procurou defender seus interesses em torno da proteção social, em especial no caso da assistência médica, de forma fragmentada, diferenciada e particularista, de provisão privada.

Conforme já visto nesta tese, a partir da criação da CAP dos ferroviários, em 1923, definiu-se uma assistência médica privada, associada à produção, provida de forma segmentada, segundo a categoria profissional, de financiamento tripartite, dividido entre empresários, trabalhadores e a União (via indireta em função do recolhimento de uma taxa sobre passageiros transportados e fretes).

Esse modelo, de múltiplos fundos financeiros e de assistência médica fragmentada, teve continuidade nos IAP. A qualidade da assistência médica dependia da força e da importância da categoria trabalhista assistida.

A partir da criação do INPS, o modelo corporativista pouco se altera. A novidade é a unificação de todos os institutos previdenciários num único INPS, e tanto a previdência quanto à assistência médica são de responsabilidade do Estado.

A assistência médica dos trabalhadores organizados poderia ser caracterizada, nesse instante, como 'assistência médica previdenciária'. Era prestada inicialmente pelo INPS, e depois pelo Inamps (a partir de 1977), que provia a assistência médica diretamente aos trabalhadores formais, ligados à produção. O financiamento continuava tripartite: ao governo caberia ao menos os gastos administrativos, enquanto empresários e trabalhadores vertiam contribuições para os cofres da Previdência Social.

Com o advento do SUS, a assistência médica dos trabalhadores organizados, em tese, teve alterado o seu atrelamento à produção, ao tempo que incorpora os princípios da cidadania, estendendo-se a todo tipo de trabalhador, contribuinte ou informal. A assistência médica passaria a ser prestada de forma gratuita e seria de extensão universal. Conforme se verá neste capítulo, o SUS universal não foi suficiente para alterar a trajetória e a preferência dos trabalhadores organizados por uma assistência médica associada à produção.

O contexto em que o modelo de financiamento da assistência do SUS é estabelecido, a partir do aprovado na Constituição de 1988, debatido no Capítulo 4 desta tese, indica que os trabalhadores preferiam uma assistência à saúde pública desatrelada da arrecadação e dos fundos previdenciários.

Por outro lado, o baixo financiamento do SUS não contribuía para que rapidamente se afirmasse na opinião pública como um sistema de saúde confiável, e a despeito das melhorias incrementais, a desconfiança permanece até hoje, resultado das deficiências que

ainda existem. Isso pode ser uma das causas aderentes dos indivíduos e trabalhadores em geral aos planos de saúde.

Com efeito, a falta de recursos leva a uma escassez de serviços especializados em cuidados de saúde que faz com que os brasileiros prefiram deixar a cobertura do SUS assim que experimentem melhorias no nível de renda (Santos, Vaitsman, 2014). Essa observação vai ao encontro da opinião de Offe (1990), segundo o qual quanto mais elevados o *status* e a renda proporcionados a grupos de indivíduos, menor se torna a sua motivação racional para ter seus privilégios vinculados a sistemas coletivos, e, portanto, maior a inclinação para procurarem alternativas de mercado privadas.

Santos, Vaitsman (2014) exemplificam o caso brasileiro, em que estratos privilegiados de renda têm maior propensão a consumir o produto plano de saúde, conforme expresso na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Renda familiar per capita e cobertura de planos de saúde (Brasil, 2003)

Faixas de renda mensal	Percentual de indivíduos com planos
até um salário mínimo	20,5%
entre 1 e 2 salários	33,7%
de 2 a 3 salários	54,8%
de 3 a 5 salários	68,8%
<u>maior que 5 salários</u>	<u>82,5%</u>

Fonte: Santos, Vaitsman (2014). Elaboração própria

Conforme diversas análises, o sub-financiamento crônico da saúde pública sempre correspondeu a um entrave à expansão da política pública universal e inclusiva prevista na concepção original do SUS (Ugá, Marques, 2005; Ugá, 2006; Ocké-Reis, 2012; Faveret, Oliveira, 1990).



De qualquer forma os planos de saúde eram uma realidade já no início dos 1980, e naquele tempo a classe trabalhadora apercebia-se assistida com essa modalidade de atenção à saúde, sob a forma de seguro privado. Com efeito, os planos de saúde poderiam ser considerados os sucessores dos convênios-médicos, que foram definitivamente sepultados antes mesmo da extinção do Inamps, em 1993.

Segundo Bahia (1999, p.21), os convênios mediados diretamente pela Previdência são extintos em 1979, contudo, a autora aponta “indícios da permanência de um grande número de convênios de empresas com grupos médicos sem interveniência da Previdência. A criação de empresas como a Amil, em 1980, demonstra a possibilidade de comercialização autônoma de planos de saúde”. Esse é o marco inaugural da saúde suplementar no Brasil, o início dos anos 1980.

Bahia (1999, p.22) refere-se à Andreazzi (1991) para ressaltar a ocorrência de uma latência no que se referia ao crescimento da população coberta pelos planos de saúde neste período. No entanto, na acepção de Bahia (1999), o segundo ciclo de crescimento mais intenso de cobertura dos planos de saúde coincide com a redemocratização, inicia-se ao final da década de 1980, e marca a presença das seguradoras como ofertantes do produto seguro-saúde.

Em suma, para Bahia (1999, p.22) o crescimento da cobertura por seguros e planos privados de saúde será explicado em parte pelo declínio da qualidade da assistência médico-hospitalar pública, “associada a uma resistência por parte de trabalhadores e empresários à noção de universalização da saúde, embasada em uma visão tradicionalista, corporativista, das políticas sociais no Brasil”

Ainda segundo Bahia (1999, p.28):

“(...) o aumento de cobertura através de planos e seguros é um dos limites para a delimitação do projeto democratizante e universalizante da Reforma Sanitária. A estrutura estratificada da sociedade brasileira teria derrotado as utopias redistributivas. O ‘sistema’ se acomoda e se previne contra arranjos jurídico-legais formais que prometem a universalização. Os atores sociais: sindicatos de trabalhadores, quando evocados, ‘falam’ pela voz dos próprios autores [aqueles que compreendem os planos de saúde como delimitadores da Reforma] [ao admitirem] que ‘não resistiram aos mecanismos de racionamento impostos pela queda de qualidade dos serviços públicos’”.

Na prática, o conceito de cidadania encerrado na concepção original do SUS seria estendido tão somente aos mais pobres, sugerindo, portanto, a falta de renda ou emprego qualificado para se tornarem elegíveis a um plano de saúde.

Sobre esse particular Werneck-Vianna (2015) acrescenta que “os governos eleitos democraticamente desde 1989 vêm incentivando gastos privados com previdência, com educação, com planos de saúde e medicamentos, e cada vez mais destinando fundos públicos ao setor privado, o que, por exemplo, alimenta o processo de segmentação, do sistema de saúde. No gradiente da oferta diferenciada aos diferenciadíssimos estratos socioeconômicos da população, o SUS fica na rabeira. De sistema universal passa a subsistema para pobres. Para pobres. Não para trabalhadores e muito menos para cidadãos”.

Nesse contexto, muito embora a existência do SUS, a classe trabalhadora se via historicamente vinculada a esquemas privados de atenção à saúde, desde os tempos dos convênios-empresa, ou mesmo antes, a partir do modelo bismarckiano dos IAPs de Vargas, no período em que o direito social caracterizava-se como social-corporativo (Werneck-Vianna, 2015).

Diante de tudo isso, a existência de um SUS público e gratuito não foi suficiente para alterar a preferência dos trabalhadores organizados pelos esquemas assistenciais ligados à produção.

O Quadro 5.1 traz uma evolução das variantes dos esquemas assistenciais privados destinados à proteção da saúde dos brasileiros, em especial da classe trabalhadora, desde os anos 1920 ao presente.

Quadro 5.1 – Variantes da assistência médica privada e produtivista (Brasil, 1920-2014)

Período	Tipo de assistência médica	Financiamento & Modelo	Observações
Anos 1920 aos 1960	Assistência médica privada (corporativa)	Tripartite; industrialcorporativo	Múltiplos fundos (CAPs e IAPs); assistência médica segmentada
Anos 1960-1980	Assistência médica Previdenciária (públicacorporativa)	Tripartite; industrialcorporativo	Único fundo – INPS; assistência médica pública (*)
Anos 1980 ao presente (**)	Planos de saúde	Tripartite; industrialcorporativo	Firme adesão de trabalhadores organizados. Múltiplos fundos. Segmentação

Fonte: Elaboração própria. (\*) – A assistência médica pública era praticada nas unidades próprias do INPS, e nas redes contratada e conveniada, de operação privada. (\*\*) – A partir dos anos 1990 a assistência médica dos planos de saúde concorre com o modelo universal do SUS.

Interessante notar que o modelo original de financiamento da assistência médica ao trabalhador previsto nas várias CAP e variados IAP era constituído de múltiplos fundos. Em seguida houve a transição para o fundo público único, no tempo do INPS/Inamps, e, posteriormente, os recursos para o financiamento voltam a ser alocados em múltiplos fundos, hoje representados pelas inúmeras operadoras de saúde, conforme será visto nesse Capítulo.

Nesses termos, cumpre doravante, neste trabalho, lançar o olhar sobre os planos de saúde. Eles representam uma continuidade do modelo de assistência médica privatista e produtivista cunhado no passado, desde o advento das CAP. Salientamos que nossas avaliações desse segmento, denominado de saúde suplementar, neste trabalho, não inclui o olhar sobre a figura dos planos de saúde exclusivamente odontológicos. Esta tese não problematiza este tipo de cobertura supletiva. Não obstante, ela cresce de forma vigorosa, a um ritmo maior que o dos planos coletivos médico-hospitalares.

A guisa de informação, o Relatório de Gestão da ANS informa que entre janeiro de 2003 a dezembro de 2009 o segmento de planos odontológicos expandiu-se a uma taxa média anual de 19,5% (ANS, 2010, p.16). Apresentamos em seguida a evolução dos números do setor denominado de saúde suplementar, com ênfase nos planos de saúde de assistência médica de contratação coletiva, destinados eminentemente aos trabalhadores formais organizados.

### **5.1 A evolução dos vínculos a planos de saúde desde a ANS**

Conforme pesquisou Andreazzi (1991), a adesão a planos de saúde era uma realidade no Brasil no período imediatamente anterior ao advento do SUS. Esse momento foi especialmente ruim para a assistência à saúde pública do brasileiro. Entre a promulgação da Constituição Cidadã e a criação do SUS decorreram-se 2 anos de construção de um novo modelo, o que pode ter ampliado a insegurança assistencial do cidadão de renda média e alta, ao tempo que se construía uma saída cidadã para a saúde dos mais pobres, o que veio com a universalização contida no SUS.

Para Fagnani (1997) o agravamento do quadro econômico ao final do regime militar amplificou as carências sociais, e restringiu a capacidade de resposta governamental às pressões emergentes, sobretudo devido à dramática fragilização dos mecanismos de financiamento.

Esse quadro de crise financeira permanente favoreceu a continuidade da presença e da operação em nosso país de esquemas privados de atenção à saúde. A partir dos anos 1980 os planos de saúde ganham força e parecem ser o modelo aderente de provisão à saúde da classe trabalhadora.

Ocké-Reis (2012, p.157) ilustra esse momento: “Em meados da década de 1980, dada a deterioração dos serviços previdenciários, cresceu a demanda por serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais”.

Andreazzi estimou o volume de contratação de planos de saúde, que, para o ano de 1989, giraria em torno de 31,1 milhões de vínculos, vínculos esses a esquemas privados de atenção, de caráter securitário, e de financiamento tripartite.

No que se refere à essa estimativa específica, talvez pudesse ser caracterizada, *a priori*, como levemente discrepante, se comparada aos 31,7 milhões de beneficiários constantes dos cadastros da ANS, para o ano de 2001, ou seja, de doze anos à frente.

No entanto, a estimativa de Andreazzi (1991) deve ser valorizada pelo resultado obtido. Essa eventual discrepância poderia estar a realçar uma potencial subnotificação cadastral que teria existido nos primeiros anos de existência da agência reguladora, resultado, em primeiro lugar, de sua estruturação paulatina: em termos de estrutura física; de contratação de pessoal, de forma temporária; os primeiros concursados foram empossados apenas em 2005; da estruturação dos sistemas de informação propriamente ditos; e estruturação do marco legal regulatório.

Com efeito, a base de dados da ANS informava, nos primeiros anos, um grande contingente de vínculos a planos de saúde tidos como ‘não identificados’, isto é, se tratava de planos de saúde dentre os quais não era possível a classificação entre coletivo e individual, por exemplo. Dessa forma, isso pode revelar que o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) também se estruturava de forma incremental.

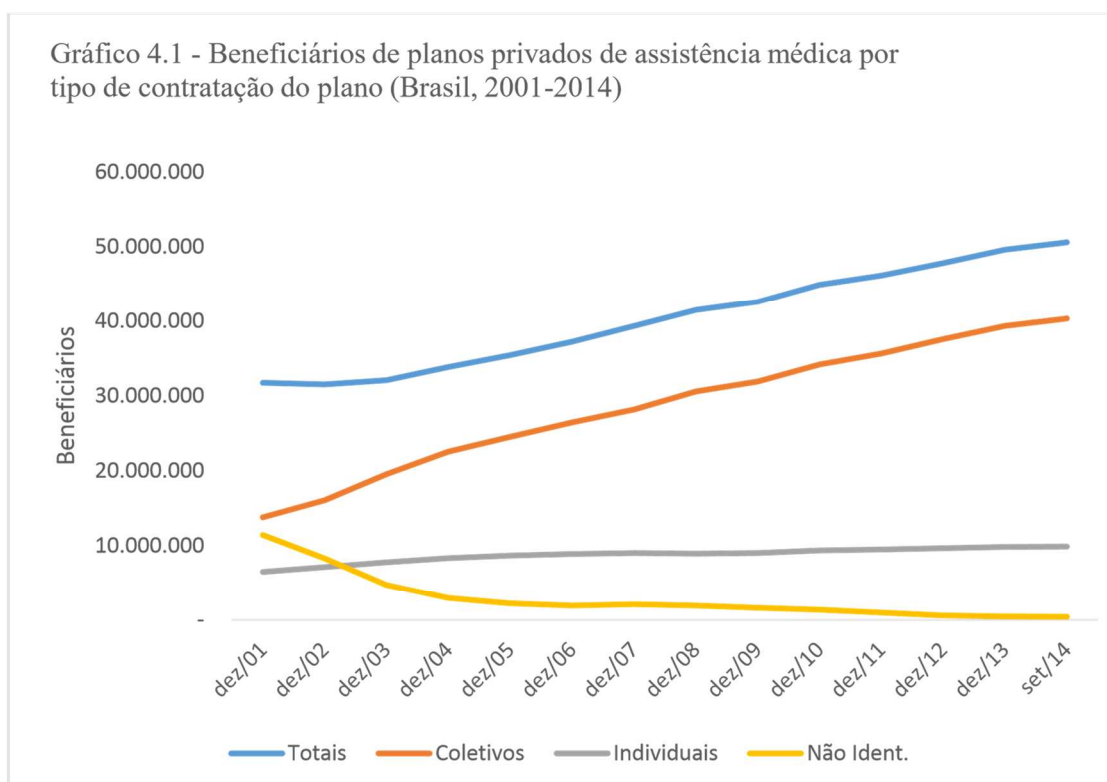
Em segundo lugar, considere-se a resistência a informar dados de uma parcela do segmento das Unimed, conhecido informalmente como “Aliança”, que reconheceu a regulação estatal somente a partir de 2004-2005. Em seguida, esse grupo, de forma morosa, operadora por operadora, firmou com a reguladora Termos de Compromissos de Ajustes de Conduta (TCAC), para a recomposição retroativa do cadastro de informação (SIB), e, por óbvio, para a obediência à regulação normativa que se construía.

Entretanto, naquele tempo, o nível de desorganização informacional do setor real, isto é, das operadoras, era tal, que muitas delas não sabiam quantificar o histórico evolutivo de seus próprios planos de saúde comercializados. Assim, a recomposição do cadastro tampouco seria um grande sucesso. Hoje, em 2015, a ANS possui os melhores meios técnicos para uma regulação de alto nível. Mas ainda existe a ‘política’, como não poderia deixar de ser numa democracia capitalista contemporânea que se pretende avançada.

Assim, a conjugação de todos esses fatores, isto é, o reconhecimento tardio da regulação pelo segmento “Aliança”, e a própria estruturação da ANS, criada em 2000, talvez não teria sido suficiente para a estabilidade do (SIB/ANS), pelo menos nos primeiros anos de sua existência. Isso pode ser comprovado pelo Relatório de Gestão da ANS, 2004-2010, que destaca: “Para a renovação do parque informacional instalado, selecionou-se tecnologia de ponta, com o intuito de multiplicar a capacidade de armazenamento e processamento, e o conseqüente equilíbrio do sistema por um período mínimo de 5 anos” (ANS,2010). O Relatório (ANS, 2010, p.71) traz ainda uma representação gráfica, a Fig.8, na qual se expressa a proporção de acertos no SIB, que era de 68% em 2003, passando a de 87% em 2006.

Independentemente dessas observações, de caráter meramente técnico, trata-se hoje o SIB de um sistema relevante, como todos os demais bancos de dados da ANS, conforme se verifica pela atualizada, e vasta, disponibilidade de dados assistenciais, dados quantitativos de operadoras e beneficiários, além de dados econômico-financeiros, do setor e por empresa, acessíveis a qualquer cidadão no *website* da ANS.

A partir dos dados da ANS é possível avaliar a evolução dos vínculos a planos e saúde de 2001 a 2014. O Gráfico 5.1 ilustra essa *performance*.



FONTE: ANS

Note-se que a linha superior (Totais), corresponde à soma das 3 inferiores. A porção de não identificados é alta nos primeiros anos e cai ao longo do tempo, em face da acuidade cadastral, resultado da regulação que se impõe.

Observe-se que a linha indicativa dos planos individuais é praticamente uma reta, apontando que a participação desse tipo de cobertura sobre o total é estável no tempo. A

Tabela 5.2 denota que os planos coletivos crescem ao longo da década de 2000, enquanto se verifica a estabilidade, no tempo, dos planos individuais.

Tabela 5.2 - Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2001-2014)

Ano	Vinc. Totais	Coletivos	%	Individual	%	Não informado	%
dez/01	31.727.080	13.783.599	43,4%	6.514.674	20,5%	11.428.807	36,0%
dez/02	31.513.309	16.092.752	51,1%	7.128.755	22,6%	8.291.802	26,3%
dez/03	32.074.667	19.538.538	60,9%	7.809.815	24,3%	4.726.314	14,7%
dez/04	33.840.716	22.561.686	66,7%	8.345.889	24,7%	2.933.141	8,7%
dez/05	35.441.349	24.529.113	69,2%	8.704.862	24,6%	2.207.374	6,2%
dez/06	37.248.388	26.448.081	71,0%	8.891.440	23,9%	1.908.867	5,1%
dez/07	39.316.313	28.191.846	71,7%	9.045.262	23,0%	2.079.205	5,3%
dez/08	41.468.019	30.586.603	73,8%	8.966.805	21,6%	1.914.611	4,6%
dez/09	42.575.169	31.911.847	75,0%	9.048.749	21,3%	1.614.573	3,8%
dez/10	44.923.443	34.187.495	76,1%	9.382.890	20,9%	1.353.058	3,0%
dez/11	46.139.940	35.626.828	77,2%	9.526.351	20,6%	986.761	2,1%
dez/12	47.848.867	37.578.778	78,5%	9.686.245	20,2%	583.844	1,2%
dez/13	49.626.944	39.317.765	79,2%	9.856.622	19,9%	452.557	0,9%
set/14	50.619.350	40.330.116	79,7%	9.891.129	19,5%	398.105	0,8%

Fonte: SIB/ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (Acessado em 8 Jul 2015). Elaboração própria



É possível identificar um crescimento contínuo dos vínculos de 2001 a 2014, com especial destaque para os planos coletivos empresariais, que abrigam a classe trabalhadora organizada.

Do ponto de vista econômico, de dez/2001 a dez/2014, o setor cresceu contínua e vigorosamente, superando as taxas de crescimento anual do PIB, conforme expresso na Tabela 5.3.

Tabela 5.3 - Crescimento anual de vínculos a planos de assistência médica *vis-a-vis* o crescimento anual do PIB (Brasil, 2001-2014)

Período	Vínculos	Var. Anual	Varição % do PIB
dez/01	31.727.080	n.d.	1,28
dez/02	31.513.309	-0,7%	3,08
dez/03	32.074.667	1,8%	1,22
dez/04	33.840.716	5,5%	5,66
dez/05	35.441.349	4,7%	3,15
dez/06	37.248.388	5,1%	4
dez/07	39.316.313	5,6%	6,01
dez/08	41.468.019	5,5%	5,02
dez/09	42.575.169	2,7%	-0,23
dez/10	44.923.443	5,5%	7,57
dez/11	46.139.940	2,7%	3,92
dez/12	47.848.867	3,7%	1,76
dez/13	49.626.944	3,7%	2,74
dez/14	50.819.735	2,4%	0,15

Fontes: SIB/ANS (para os vínculos); Banco Central do Brasil, Séries temporais, segundo critérios atualizados do IBGE

Com efeito, os vínculos ao setor cresceram, no período, a uma taxa média anual de 3,69% ao ano.

No mesmo período, a taxa média anual do PIB brasileiro evoluiu 3,36%. Esse cálculo resulta da variação acumulada nos respectivos períodos. De dez/01 a dez/14 a vinculação a planos de saúde de assistência médica saltara 60,2% em termos absolutos, enquanto o PIB acumulado variou 53,7%, no mesmo período.

O forte crescimento é ainda mais evidente quando se observa isoladamente a evolução dos planos coletivos empresariais, e coletivos por adesão, voltados eminentemente para a classe trabalhadora organizada, conforme aqui já demonstrado neste item.

Por fim, após essa visão geral da evolução dos planos de saúde no Brasil, a partir da criação da agência reguladora dos planos, a ANS, que disponibiliza sua base cadastral, reconhecida como a principal referência de dados do setor suplementar no país, cumpre-nos, na etapa seguinte, identificar aspectos da demanda por planos de saúde, segundo a visão dos beneficiários e de potenciais consumidores do produto.

#### **4.2 Planos de saúde: objetos de desejo**

Segundo a interpretação dos dados da ANS do item anterior, a contratação coletiva de planos de saúde supera o crescimento do PIB médio anual no Brasil de 2001 a 2014. Isto não é pouco. Denota capacidade empresarial das operadoras e seguradoras, associada ao desejo de consumo de planos pela população, em especial, pela classe trabalhadora organizada.

Com efeito, desde 2013 a economia brasileira veio apresentando sinais de enfraquecimento, mas os planos de saúde coletivos mantiveram o ritmo, ao menos até o ano de 2014, último período com dados sobre evolução de vínculos a planos de saúde analisados neste trabalho.

Os planos coletivos cresceram em média 3,31% ao ano, contra 1,44% do PIB. Somente em 2014 os vínculos a planos médico-hospitalares evoluíram 2,4%, enquanto o PIB encolheu 0,15%.

Posto que é argumento recorrente afirmar que a expansão dos planos de saúde é função do aumento da renda ou do crescimento econômico. Tal não pode ser classificado como uma inverdade. Economistas sérios avaliam que eventual expansão dos planos de saúde em direção às camadas de baixa renda dependeria das oscilações do ciclo econômico (Ocké-Reis, 2012, p.130).

Não obstante, conforme apontado no Capítulo 2 desta tese, a *performance* do *Welfare State*, que inclui a busca por um melhor esquema de provisão, seja público ou privado, não depende apenas do desempenho econômico, ou das condições fiscais.

A *performance* do *Welfare State* é também influenciada pelas mudanças no mercado de trabalho, que impuseram, nas últimas quatro décadas, uma clivagem no interior de uma mesma classe, entre trabalhadores melhor posicionados e os mais vulneráveis, o que evidenciou a clara busca pela obtenção de benefícios diferenciados segundo a capacidade reivindicatória dos grupos; a referida *performance* é ainda influenciada pelas mudanças na sociedade, em face da insegurança gerada pelas contradições capitalistas, que expõem o indivíduo contemporâneo a incertezas, à instabilidade permanente, empurrando-o para a provisão privada ante os temores da assistência coletivista racionada e precária.

Por tudo isso, o recurso exclusivo aos aspectos econômicos, no caso, a variação do PIB, para explicar a *performance* das empresas responsáveis pela assistência supletiva, pode eventualmente corresponder a um reducionismo. Nesses termos é preciso ampliar o foco. Em linhas gerais, há questões de interesse material dos trabalhadores, e também aspectos comportamentais a serem avaliados. Os trabalhadores desejam mais benefícios indiretos e mais segurança assistencial. Esses interesses misturam-se aos interesses do Estado e dos capitalistas. Um interesse, registre-se, tripartido.

Não é por acaso que este trabalho enfoca a influência das relações neocorporativas na formulação política, em especial, na formulação da política de saúde em nosso país. Com efeito, dentre as premissas do neocorporativismo estão presentes os movimentos de aproximação com a classe trabalhadora organizada, por parte dos empresários, com a mediação dos governos, no sentido de incorporar o movimento sindical nas decisões de seus interesses materiais imediatos, bem como nas formulações de política econômica e social.

Assim, conforme identificado no Capítulo 4 deste trabalho, a classe trabalhadora posicionou-se, nos debates do tema Saúde que antecederam a Constituinte, bem como nos debates em torno do novo texto constitucional, favoravelmente a que o orçamento da Saúde fosse separado da seguridade, na perspectiva que os recursos da previdência não poderiam financiar os gastos em saúde dos não contribuintes.

Caracterizava-se, nesta seara, a defesa de argumentos egoísticos por parte de segmentos influentes do trabalhismo, reveladores de uma ausência de consciência de classe.

Da mesma maneira, a avaliação deste trabalho, de que parcelas dos defendentes da saúde pública, ao fim e ao cabo, aderem a planos de saúde, revela uma força resistente, identificada ante a opção, consciente, pelos esquemas privados de atenção à saúde. Remetemo-nos mais uma vez ao exemplificado anteriormente, de que possuem planos de saúde desde os servidores do Ministério da Saúde aos colaboradores da CUT. Enfim, são vastos os indícios de que existe uma demanda por planos de saúde por parte de muitos, inclusive dos defensores políticos do SUS.

Além desses claros interesses, há aqueles do próprio Estado, que quer evitar a todo custo, desde muito tempo, eventual pressão orçamentária sobre o SUS, que seria

produzida por aqueles quase 51 milhões de usuários de planos de assistência, contidos nas classes de renda média, média-alta e alta, e com alto poder de vocalização, os quais, sem a indústria de planos de saúde, produziriam significativo encargo sobre o já subfinanciado SUS, que, por seu turno, ainda tem de dar conta da assistência, de forma racionada, é verdade, das mais de 140 milhões de pessoas não cobertas pela assistência supletiva, privada, direcionada aos melhor posicionados, econômica e socialmente.

O Governo Federal, por meio da renúncia fiscal, prevista nas dedutibilidades dos gastos em saúde das pessoas físicas e jurídicas sobre o imposto de renda, incentiva, com isso, sobremaneira, o consumo de planos de saúde. Com efeito o próprio Governo Federal patrocina planos de saúde para a sua força de trabalho empregada na administração direta, o que será avaliado em item específico.

Por sua vez, o empresariado nacional, além de desfrutar dos incentivos fiscais, também têm o notório interesse no atendimento célere de suas forças de trabalho, administrando-se o absenteísmo, enquanto os trabalhadores organizados beneficiam-se dos planos alternativamente ao recurso ao SUS, eis que o argumento recorrente desse grupo “é não saber o que lhes espera no SUS”, espalhando-se a cultura do medo e da rejeição aos esquemas coletivistas.

Pesquisa de satisfação conduzida pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2015) e pelo Ibope, entre abril e maio de 2015, denominada “Avaliação de Planos de Saúde”, entrevistou homens e mulheres, com 18 anos ou mais, nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Manaus e Brasília (IESS, 2015).

Segundo o IESS (2015), as principais razões para a posse de plano é a segurança de não depender do serviço público. Além disso, 3 entre 10 entrevistados citam que o

possuem planos porque têm esse benefício oferecido pela empresa. Também se destaca a qualidade do atendimento dos planos, em contrapartida ao atendimento público.

No que se refere às taxas de satisfação, o maior grau de satisfação é observado entre mulheres, e entre os mais jovens. Idosos com mais de 65 anos é o grupo que menos recomendaria o atual plano ou seguro saúde. Da mesma forma, a recomendação é maior entre quem não precisou usar o plano nos últimos 12 meses. Grifo meu.

De um modo geral, os beneficiários apresentam opiniões favoráveis para a posse de plano de saúde. Grande parcela declara ter mais segurança no caso de doença ou acidente, que o plano é essencial, sobretudo para quem tem filhos pequenos (IESS, 2015).

Tabela 5.4 - Principais razões para ter um plano de saúde (Brasil, Mai/Jun 2015)

Motivação	Percentual
Segurança e respaldo com relação à saúde	44%
A saúde pública é precária, não quer depender dela	40%
Qualidade do atendimento dos Planos de Saúde	32%
Posse de plano empresarial (custo, preço da mensalidade, é coberto pelas empresas)	31%
Para ter respaldo em caso de emergência ou se precisar de uma consulta, internação, cirurgia	21%
Pode se consultar com maior rapidez	21%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Quanto a quem já teve plano de saúde, e perguntado por qual motivo deixou de ter, 54% responderam que saíram da empresa em que trabalhavam, ou perderam o direito de usar o plano da empresa; 21% afirmam não terem condições financeiras, e dentre outras respostas, apenas 2% alegaram ter tratamento de saúde gratuito pelo SUS (IESS, 2015). Grifo meu.

Relativamente aos ‘não-beneficiários’ de planos de saúde, a maioria nunca teve um plano, mas gostaria de ter, e valoriza a posse. 74% gostariam de ter posse de plano, sendo que a posse é mais valorizada entre os mais jovens: 86% deles valorizariam ter um plano de saúde (IESS, 2015). As Tabelas 5.5, e as Tabelas 5.6 e 5.7, apresentam essas intencionalidades em direção à saúde suplementar e suas motivações, segundo a classe social.

Tabela 5.5 - Desejo de afiliação a planos de saúde segundo a classe social (Brasil, Mai-Jun 2015)

	Classe social Opção		
	A/B	C	D/E
Gostaria de ter um plano	74%	75%	75%
Não gostaria de ter um plano	26%	25%	25%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.6 - Importância de ter um plano de saúde (Brasil, Mai-Jun 2015)

de importância	Classe social Grau		
	A/B	C	D/E
Muito importante	53%	55%	50%
Importante	31%	32%	36%
Mais ou menos importante	7%	6%	8%
Pouco importante	6%	5%	3%
Nada importante	3%	2%	4%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.7 - Principais razões para ter um plano de saúde (não beneficiários)  
(Brasil, Mai-Jun 2015)

Motivação	Percentual
Qualidade do atendimento dos planos de saúde (atendimento rápido, qualidade do atendimento, qualidade dos médicos, bons hospitais)	84%
Necessidade de acompanhamento médico	49%
A saúde pública é precária, não quer depender do SUS	30%
Por segurança, para sentir-se tranquilo em caso de doença	23%
Para ter respaldo em caso de emergência	15%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Assim, a insegurança no que se refere ao atendimento oferecido no SUS é o terceiro motivo frente ao desejo de afiliação a planos (segundo motivo para aqueles que possuem planos), com a alegação de que a saúde pública é precária, portanto, não se quer depender dela. O índice é de 40% entre aqueles que possuem planos, e de 30% entre os que não possuem. Desses últimos, apenas 2% alega não ter a posse porque a saúde pública é gratuita.

Outro ponto de destaque na pesquisa do IESS é que o desejo de ter um plano é praticamente igual em todas as classes, de A a E, em torno de 75%. No que se refere ao grau de importância atribuído à posse de um plano, há um cenário semelhante. Entre as classes C, D/E, o grau atribuído é de 87% e 86%, respectivamente, enquanto para as classes A/B o grau é ligeiramente menor, 84%.

Ante todas esses achados e informações, os indícios que apontam o desejo pelo produto plano de saúde são robustos. Todavia resta ainda demonstrar que a classe trabalhadora organizada, alvo de nosso estudo, efetivamente deseja a cobertura de um esquema privado, financeirizado, para dar conta dos seus gastos assistenciais em saúde, o que será abordado no item a seguir.



### **5.3 A posição dos trabalhadores nas instâncias de negociação coletiva e a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde**

#### **5.3.1 Observação empírica da pauta reivindicatória dos trabalhadores em torno dos esquemas privados de atenção**

Conforme expresso na Introdução (item Metodologia), esta tese também se sustenta em estudo empírico que utiliza a base de dados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Foram analisadas 2.516 cláusulas relacionadas à assistência à saúde do trabalhador, presentes em dissídios coletivos de 225 categorias de trabalhadores organizados, negociadas entre 1993 e 2012, ou seja, correspondem a 20 anos de observações relativamente às reivindicações de trabalhadores no que tange à assistência, em Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho.

Considerado como o maior banco de dados sobre negociações coletivas no Brasil, o SACC/DIEESE alcança 18 unidades da Federação, e serve, dentre outras coisas, para constatar que o momento decisivo do vínculo sindical com a cobertura supletiva de saúde se dá nas mesas de negociação coletiva (Santos, 2014).

Com efeito, “a intensa presença sindical nesses acordos, e o fato de que as definições desta instância assumem força de lei, para todo um setor produtivo ou categoria trabalhista de uma empresa, entende-se que é possível problematizar as perspectivas que apontam a aquisição de “planos coletivos de saúde” como “exclusiva benesse patronal”, ou produto da imposição unilateral das burocracias públicas. Sendo verdade que a preocupação com o “absenteísmo dos trabalhadores para o processo produtivo” constitui

parte do cálculo patronal em ofertar planos de saúde, não menos verdadeiras seriam as evidências do interesse sindical nesta questão” (Santos, 2014).

Os resultados dessa pesquisa encontram-se expressos nas tabelas que se seguem. Amostras dos conteúdos das cláusulas encontram-se expressas no Apêndice deste trabalho.

Tabela 5.8 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a temática (DIEESE, 1993 a 2012)

PLANOS DE SAUDE ASSISTÊNCIA	1.421	56,5%
FARMACÊUTICA	425	16,9%
AUXILIOS DE SAÚDE	291	11,6%
SAÚDE OCUPACIONAL	185	7,4%
<u>EM BRANCO/N. IDENTIF</u>	<u>194</u>	<u>7,7%</u>
<b>TOTAIS</b>	<b>2.516</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Das 2.516 cláusulas relacionadas, 1421, 56,5% do total, referem-se a planos de saúde. Uma abordagem específica desse quesito será feita logo mais à frente.

Continuando, do total da amostra, 16,9% referem-se à assistência farmacêutica, em geral esse tipo de assistência é reembolsada parcialmente pelas empresas, quando a empresa não possui um dispensário de medicamentos em suas próprias instalações. Representa um desembolso direto, tanto dos empregadores, quanto dos trabalhadores.

Em seguida, o terceiro benefício mais negociado é o Auxílio de Saúde, normalmente relacionado ao empregado vítima de acidente do trabalho. Em geral, delibera-se nas convenções ou acordos que a empresa arcará, em caso de acidente, com as despesas de internação, medicamentos, remoção, dentre outras, podendo o benefício ser extensivo aos acompanhantes. Esse benefício aparece em 11,6% da amostra.

No quesito Auxílio de Saúde aparece também a figura dos adiantamentos, para óculos, próteses diversas, tratamento odontológico, que, posteriormente, o empregado devolve ao empregador, de forma facilitada. Figura ainda, dentre as condições de Auxílio, a cobertura de planos de saúde por prazo determinado, geralmente para os casos de demissão sem justa causa.

Por fim foram classificadas como ‘Não Identificadas’ cerca de 194 cláusulas em branco, perfazendo 7,7% do total, comuns principalmente nos primeiros anos de construção do banco do DIEESE, entre 1993 e 1995. E ainda 185 cláusulas (7,4%) relacionadas à saúde ocupacional. Essas preveem avaliações permanentes das empresas sobre seus programas de saúde, a apresentação de relatórios sobre a situação da saúde laboral, dentre outros assuntos, conforme se demonstra no Apêndice, ao final deste trabalho.

A Tabela 5.9 expressa o quantitativo de cláusulas separadas segundo o provedor do serviço:

Tabela 4.9 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a provisão do serviço assistencial (DIEESE, 1993 a 2012)

OPERADORAS	869	34,5%
AUTOGESTÕES	313	12,4%
SINDICATOS	216	8,6%
REEMBOLSOS	23	0,9%
DESEMBOLSOS DIRETOS	716	28,5%
SAÚDE OCUPACIONAL	185	7,4%
<u>NÃO INDENTIFICADO</u>	<u>194</u>	<u>7,7%</u>
<b>TOTAIS</b>	<b>2.516</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Assim, no que tange à provisão do serviço, do total de 2.516 cláusulas, em 34,5% a provisão relaciona-se com as operadoras de saúde, 12,4% é de iniciativa das autogestões, 8,6% é de responsabilidade dos próprios sindicatos, que possuem serviços próprios, ou contratados de terceiros, dentre eles as operadoras de saúde, e 0,9% relaciona-se à reembolsos, quando a empresa não possui programa próprio, mas reembolsa os gastos diretos dos funcionários com saúde, conforme expressa a Tabela 5.9 da página anterior. Nesta tabela os desembolsos diretos correspondem ao somatório da assistência farmacêutica com os auxílios de saúde (28,5% da amostra), e o restante é correspondente com as cláusulas em branco e de saúde ocupacional.

Fazendo-se um recorte apenas da provisão relacionada a planos de saúde, o cenário é o seguinte, conforme demonstra a Tabela 5.10:

Tabela 5.10 - Planos de saúde - provedores do serviço

Entidade	Nº	Percentual
Operadoras	869	61%
Autogestões	313	22%
Sindicatos	216	15%
<u>Reembolsos</u>	<u>23</u>	<u>2%</u>
<u>Total</u>	<u>1.421</u>	<u>100%</u>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

As operadoras lucrativas são, efetivamente, o principal prestador, presente em 61% das cláusulas.

Em seguida, ressalte-se a presença das autogestões como provedoras. Elas se originaram, predominantemente, no tempo do regime militar, quando o projeto de Estado-empresa definia uma gama de benefícios para os empregados das empresas estatais, benefícios esses geralmente generosos, o que é perceptível na amostra.

Posteriormente, a quase totalidade dessas empresas, que foram privatizadas, mantiveram as suas autogestões, de direito privado e reguladas pela ANS. Correspondem às empresas do setor de mineração, siderúrgico, telefonia e elétrico, principalmente.

Compõem ainda o segmento das autogestões aquelas entidades que continuaram com a participação estatal em seus capitais. Elas ainda mantêm suas autogestões, de direito privado, e reguladas pela ANS. São as empresas do setor petroquímico, de bancos e seguradoras, purificação de água e processamento de dados, principalmente.

Nestas autogestões, operantes na esfera da administração indireta do setor Governo, a empresa patrocinadora geralmente cobre 70% de todos os procedimentos, cabendo ao empregado 30%.

Em algumas delas são dispensados medicamentos de alto custo, situação a coexistir com a distribuição gratuita pelo SUS. Neste grupo há ocorrência de benefícios bastante generosos, como a disponibilização de UTI aérea, classificada como Auxílio de Saúde, pois no caso sob comento, tal iniciativa não seria coberta pela autogestão, mas paga diretamente pela empresa.

Em seguida, os sindicatos, em 15% dos casos analisados, também assumem a dianteira da assistência à saúde de seus afiliados. Os sindicatos possuem atuação destacada nos setores da construção civil e de transportes urbano de passageiros, principalmente.

No que concerne aos setores da economia, as cláusulas, segundo o setor de origem, encontram-se expressas na Tabela 5.11.

Tabela 5.11 - Cláusulas de assistência à saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo o setor econômico (DIEESE, 1993 a 2012)

PRIMÁRIO (Agric./Pec.)	8	0,3%
SECUNDÁRIO (INDÚSTRIA)	1.641	65,2%
TERCIÁRIO (COMERCIO E SERVIÇOS)	<u>867</u>	<u>34,5%</u>
<u>TOTAL</u>	<u>2.516</u>	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Diante dos dados, é pacífico afirmar que os planos de saúde são um subproduto do corporativismo histórico gestado na indústria, que a partir dos anos 2000 disseminou-se pelo setor serviços, já sob a égide do neocorporativismo. Assim, do total amostral, 65,2% das cláusulas originam-se do setor industrial, e 34,5% do setor terciário, que inclui o comércio e os serviços.

Do total geral da amostra de 2.516 cláusulas de saúde, apenas 0,3% estão classificadas no setor primário, isto é, agricultura e pecuária. São apenas 8 cláusulas, tão somente relacionadas à assistência farmacêutica. Com efeito, os planos de saúde parecem não ter chegado ao campo. A título de observação complementar, o DIEESE desenvolve atualmente um sistema de acompanhamento específico das negociações trabalhistas no campo.

No que se refere ao quantitativo de cláusulas de assistência médica pertencente às categorias, ou às empresas (acordos coletivos), distribui-se praticamente igual entre esses dois tipos: 50,2% relacionam-se às empresas, e 49,8% às categorias. Todavia, a diferença se faz sentir no quesito planos de saúde, formalmente negociados nas empresas (55,9%), e menos presentes nas categorias (44,1%). A tabela 5.12 apresenta essa distinção.

Tabela 5.12 - Cláusulas de saúde (total) e de planos de saúde discriminadas segundo Acordo ou Convenção Coletiva (DIEESE, 1993-2012)

ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	1.263	50,2%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	1.253	49,8%
Total	2.516	
PLANOS DE SAÚDE		
ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	794	55,9%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	627	44,1%
Total parcial (cláusulas específicas relacionadas a planos)	1.421	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Trata-se de um benefício hierarquicamente superior aos demais. Assim, os empregados das grandes empresas, com maior poder de barganha, conseguem mais esse tipo de benefício do que as categorias.

Com efeito, nas categorias a assistência farmacêutica ganha certa importância. Do total de 425 cláusulas prevendo convênio com farmácias, 64% pertencem às categorias, o que não quer dizer que as cláusulas assistenciais de planos de saúde não sejam predominantes nas categorias. Ao contrário, dentre as 1.253 cláusulas de saúde das categorias, 627 relacionam-se a planos de saúde, e 272 são específicas dos convênios com farmácias, para utilizar o jargão.

Pelo observado até o momento, os resultados deste estudo empírico corroboram as impressões imediatamente a seguir de Cardoso (1999), para quem existia um processo de diferenciação em curso no interior do próprio trabalhismo.

Segundo Cardoso (1999, p.29) “os ganhos crescentes obtidos pelos trabalhadores ao término do regime militar implicaram no acirramento das disparidades intra-classe, tendo-se como exemplo o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, eis que os acordos coletivos obtidos nas negociações com a FIESP indicavam que o sindicato conseguia mais

das empresas fortes do que das pequenas e médias, para quem valiam os acordos oficiais, assim, o sindicato não conseguia universalizar os ganhos no interior da sua própria categoria”.

Nesses termos, no que se refere à nossa investigação, os empregados de empresas que possuem autogestões coordenando a sua saúde ocupacional encontram-se melhor posicionados que aqueles cujos empregadores garantem a provisão assistencial por meio de operadoras lucrativas.

Por seu turno, as grandes corporações empresariais, cujas negociações são consubstanciadas nos acordos coletivos, possuem uma gama de benefícios mais favoráveis a seus trabalhadores do que aqueles negociados no âmbito das convenções coletivas de trabalho, ou seja, das categorias.

Essa diferenciação em torno de uma assistência fragmentada tem origem no regime militar, senão antes, ainda em 1930, conforme evidenciado noutros momentos desta tese (Santos, 1979; Cohn, 1980; Costa, 1995[1996]). Assim, no cenário por ora avaliado, verifica-se, incontestavelmente, uma disparidade entre os benefícios obtidos pelos trabalhadores nos Acordos Coletivos relativamente ao obtido por aquelas das categorias, segundo as Convenções Coletivas, sendo ainda evidente que as autogestões possuem as melhores coberturas do que as demais formas de organização da provisão da assistencial.

Vale destacar que os acordos são firmados entre trabalhadores, sindicatos e uma empresa específica. Já as convenções abrangem o pactuado entre as empresas, trabalhadores e sindicatos de uma mesma categoria.

Há ainda evidências de padrões de diferenciação perceptíveis quando se averigua o contido nas coberturas contratadas nos planos de saúde das corporações e das categorias.



Há os mais generosos, a coexistir com aqueles de padrão básico. A Tabela 5.13 logo em seguida apresenta o contido nas 1.421 cláusulas relacionadas com planos de saúde, que correspondem a 56,5% do total amostral.

A referida tabela apresenta os dados discriminados segundo o alcance e destinação da cláusula: se o conteúdo trata do custeio do plano, se é plano de saúde para os ativos, para os ativos e dependentes, se para aposentados, ou para todas essas vinculações. Assim, a Tabela 5.13 apresenta o recorte dessas cláusulas segundo o tipo de contratação, se por intermédio de acordo coletivo, ou convenção coletiva.

Tabela 5.13 – Conteúdo principal das cláusulas de planos de Saúde segundo os acordos coletivos e convenções coletivas de trabalho; discriminado segundo o custeio e a destinação/favorecido (DIEESE, 1993-2012)

Segmentação/cláusulas	Tipos de acordo			
	Acordos Coletivos		Convenções coletivas	
CUSTEIO	269	33,9%	367	58,5%
ATIVOS E DEPENDENTES	360	45,3%	125	19,9%
ATIVOS	59	7,4%	102	16,3%
APOSENTADOS	26	3,3%	11	1,8%
TODOS OS VÍNCULOS	80	10,1%	22	3,5%
SOMA	794	100%	627	100%

Fonte: SACC/DIEESE

Com efeito, a Tabela 5.13 oferece indícios da diferenciação dos benefícios no interior da própria classe trabalhadora. O custeio do plano é a grande preocupação contida nas cláusulas de planos de saúde das categorias, enquanto isso perde importância nas cláusulas negociadas no âmbito dos acordos coletivos, podendo-se inferir que o financiamento do plano é cristalizado nas grandes empresas, que efetivamente estão à frente dos Acordos Coletivos.

Contudo, a diferenciação emerge de forma incontestada quando o benefício é estendido aos dependentes do empregado. Nos acordos, esse tipo de plano abrange 45,3% das 794 cláusulas, enquanto nas categorias esse benefício restringe-se a 19,9% do total das 627 cláusulas.

O mesmo ocorre com os planos de saúde extensíveis aos aposentados. No âmbito das empresas e de seus acordos coletivos, as cláusulas que tratam especificamente dos aposentados representam apenas 3,3%, enquanto nas categorias esse número é ainda menor: 1,8%.

A bem da verdade, nas empresas, no curso do tratamento dos dados, foi comum observar, no conteúdo das cláusulas, a menção à cobertura de aposentados combinada com as demais categorias de empregados, por isso a existência da classificação metodológica “Todos os vínculos”, que objetivou captar a menção a esse beneficiário, geralmente idoso.

Não obstante, o resultado, relativamente às observações referentes ao aposentado decepcionam. Nos acordos coletivos, “todos os vínculos” corresponde a 10,1% das cláusulas de planos, ante 3,5% nas negociações das categorias. Se somarmos os quesitos “aposentados” com “todos os vínculos”, nas duas situações, verificaremos que os aposentados aparecem em 13,4% das cláusulas de planos, no âmbito dos acordos coletivos (segundo empresa), contra apenas 5,3% nas categorias.

Dentre as cláusulas que estendem a cobertura supletiva aos aposentados, reunidas no Apêndice, é possível identificar que a assistência concedida tem prazo certo, ônus integral, além de outras exigibilidades, sendo, no entanto, mais inclusivos nas empresas públicas.

Com efeito, os empregados quando se aposentam não raro deixam de ser prioridade para a vasta maioria dos negócios. No mercado, não há generosidade possível em direção àqueles que não pertencem mais ao time da produção. Destarte, emerge mais uma iniquidade produzida pelos esquemas de assistência de financiamento privado, que, no Brasil, negligenciam o empregado que contribuiu para a história da produção.

Ademais, não pode mesmo ser considerado surpreendente que a esmagadora maioria do empresariado não promova ações solidárias dirigidas ao aposentado. Os capitalistas apoiam o Estado do Bem-Estar Social por conta disso: transfere-se o problema da esfera microeconômica para a macro política. Trata-se, portanto, de um problema de Estado, sendo certo que o Estado do Bem-Estar Social foi concebido para esse fim, contornar as situações de dependência, e manter a ordem, quando o mercado *per se* não consegue dar conta das questões sociais.

Esse tipo de seleção de risco, até o presente, seria inimaginável nos esquemas coletivistas de assistência à saúde. Assim, para a grande maioria dos aposentados, o SUS, senão já o é, ainda será o prestador de última instância. E este indivíduo que se aposenta, geralmente com mais idade, é o que apresenta os custos assistenciais mais expressivos, o que cria mais constrangimentos para o já comprometido orçamento da saúde pública.

Sendo certo que futuramente muitos dos aposentados possivelmente ainda serão expulsos da cobertura supletiva, por absoluta incapacidade financeira de arcarem com seus prêmios de seguros em elevação, que, tornar-se-ão impagáveis para muitos, tema a ser problematizado no capítulo final desta tese.

Frente a essa situação, é evidente que no Brasil os aposentados não encontram guarida assistencial segura, consistente, qualitativa, no modelo duplicado que os próprios

trabalhadores brasileiros contribuíram para sustentar desde os anos 1980. Um modelo de seguridade claudicante, conforme debatido no Capítulo 4 desta tese.

Como complicador, o prestador assistencial de última instância, o SUS, é ainda um sistema cronicamente subfinanciado, racionado e de qualidade irregular. Este trabalho prescinde de uma perspectiva científica para identificar que no Brasil pode haver um SUS muito qualitativo, o qual convive com um SUS muito precário. Tampouco, e por isso mesmo, não constitui novidade o elevado nível de incerteza, muitas vezes superdimensionado, gerado nos indivíduos expostos à cobertura assistencial coletiva e universal.

Dessa forma, não fora por acaso que a pesquisa IESS/Ibope, de 2015, cujos resultados foram apresentados no item 4.2, identificara, entre os detentores de planos de saúde, uma das principais motivações de sua demanda: 40% destes considera que “a saúde pública é precária, não quer depender dela”. Preocupa, ainda, o fato de que 30% dos não-beneficiários de planos expressaram a mesma opinião. E desses não-beneficiários, apenas 2% afirmara que não precisaria de planos de saúde, porque o SUS é gratuito.

Para concluir esta parte, conforme visto logo no início deste capítulo, a interpretação da pesquisa IESS/Ibope identificou que o brasileiro de todas as classes sociais deseja a posse de um plano de saúde, segundo as variadas razões ali apresentadas.

Em seguida, o resultado da pesquisa empírica em torno do banco de dados do DIEESE, tratado aqui neste item, pôde confirmar que os planos de saúde são destaque na pauta reivindicatória de muitas categorias de trabalhadores, o que é bastante para identificar os trabalhadores organizados de forma incontestada com os planos de saúde, à luz dos resultados ora apresentados.

Da mesma forma os trabalhadores do setor Governo, atuantes na administração direta da União, desejam e mantêm planos de saúde patrocinados pelo Estado.

Cumpre observar que o banco de dados do DIEESE traz a vinculação de empregados do setor Governo, isto é, das estatais, empresas públicas ou de economia mista, atuantes na administração indireta da União. Contudo, a avaliação dos dados da cobertura supletiva à saúde na administração direta poderá ser verificada a seguir.

### 5.3.2 Saúde suplementar e o copatrocínio do Governo Federal

Segundo o *status* da referida base de dados SACC/DIEESE, resultado de nossa pesquisa expressa no item imediatamente anterior, 45,2% das cláusulas relativas a planos de saúde encontram-se na indústria privada, 30,5% no setor privado de serviços, e 24,3% no que caracterizamos como Governo. Essa decupagem no banco de dados do DIEESE, ao incluir na análise o setor governo corporativo, isto é, as empresas públicas e de economia mista, revela um apoio indireto do Governo à saúde suplementar, para além dos incentivos fiscais previstos no mecanismo da renúncia fiscal.

O gasto público com a assistência médica dos empregados de empresas públicas e de economia mista deve ser correlacionado com o observado no banco do DIEESE, relativamente ao setor corporativo da União. Esse grupo corporativo-estatal patrocina suas próprias empresas de autogestão para a assistência de seus empregados, regidos pela CLT.

Tabela 5.14 - Contribuição patronal à assistência médica dos funcionários – administração pública indireta (Brasil, 2005-2006) - em R\$ mil

Ano	Setor produtivo estatal	Instituições financeiras	Total
2005	166.236	781.440	947.676
2006	189.690	823.753	1.013.443

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea. TD 1637. Elaboração própria.

Com efeito, o setor público-corporativo, que possui empresas estatais tanto na indústria quanto em serviços, patrocina planos de saúde para os empregados. E o incentivo ao consumo de planos de saúde pelo setor Governo pode ser ainda melhor caracterizado, quando o Estado passa também a patrocinar planos de saúde para os empregados da administração direta.

Assim, dada a sua tradição corporativa, o Estado brasileiro, ainda que sustentando um sistema de assistência à saúde público e universal, estende o benefício ‘planos de saúde’ para a totalidade da sua força de trabalho, conforme ainda será atestado neste item.

Dados complementares, não relacionados ao gasto, mas tão somente relativos aos vínculos a planos de saúde de parcelas significativas da administração direta, podem ser obtidos a partir da GEAP. Essa autogestão estatal, de direito privado, portanto, regulada pela ANS, reúne entre seus beneficiários, os servidores federais da administração direta.

O Estatuto Social da GEAP define:

Art. 1º A GEAP Autogestão em Saúde, nova denominação da GEAP Fundação de Seguridade Social, (...) é uma Fundação com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada juridicamente como operadora de plano de saúde, na

modalidade de autogestão multi-patrocinada, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira (GEAP, 2015).

O *website* da GEAP traz o *link* com os seus patrocinadores, e congrega, entre eles, uma série de ministérios, como os da Saúde, Previdência, Fazenda, Justiça, Educação, Defesa e Cidades, dentre outros tantos; a Polícia Federal e outras autarquias; fundações estatais; agências reguladoras, dentre elas a ANA, a ANAC, a ANTT, a Anvisa, a Anatel, menos a ANS, que deve possuir contrato com operadora privada, muito provavelmente por intermédio da associação de seus servidores, a Assetans. Entretanto, conta com patrocínio financeiro do Estado.

A GEAP traz, ainda, entre seus patrocinadores, a Presidência da República, o Ipea, o CNPq, a Capes, e uma dezena de universidades federais, dentre outros tantos patrocinadores ligados ao Governo Federal. Dados da ANS indicam uma carteira de 648.951 beneficiários na GEAP, na data-base de janeiro de 2015.

Conforme destacado, o estudo empírico em torno do banco de dados do SACC/DIEESE não pôde considerar as categorias de servidores públicos da administração direta, eis que essa categoria não se encontram contempladas no referido banco de dados.

Não obstante, buscamos identificar noutras fontes a demanda adicional pela saúde suplementar desse grupo de servidores da administração direta, para além dos dados da GEAP, conforme será visto a seguir.

Nesses termos, dentre os servidores federais detentores de planos de saúde, há ainda aqueles outros cobertos por entidades assistenciais de direito público, e, portanto, fora do alcance da Lei Geral dos Planos de Saúde (9.656/98), e da regulação da ANS. Essas unidades assistenciais são programas próprios administrados pelos departamentos de gestão de pessoas dessas instituições. Um exemplo concreto é o caso do Banco

Central do Brasil, que possui plano próprio (<https://www3.bcb.gov.br/portalsbc/Home/>).

A Portaria Normativa Nº 5, de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), estabelece, dentre outras coisas, a participação do Governo Federal no custeio de planos de saúde para todos os servidores. Reproduz-se aqui trechos dessa portaria:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

§ 1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar (...).

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (...)



Duas breves observações quanto à norma: 1) sanciona a cobertura duplicada brasileira, quando define que a assistência à saúde dos servidores será prestada no SUS, e de forma suplementar, pelas operadoras de saúde, dentre ainda outros provedores com financiamento misto; 2) define que a assistência suplementar deva ter, no mínimo, o padrão normativo da ANS, o que pode estar a revelar uma intenção de não coibir, portanto, benefícios mais generosos do que aqueles obtidos pelo beneficiário comum de planos regulados pela ANS, e pelos usuários do SUS. Pois em vez de ‘no mínimo’, a referida Portaria poderia trazer o termo ‘equivalente’.

Segundo Santos (2014), no caso dos servidores públicos, “a força da reivindicação corporativa de direitos comparece em eventos como o Seminário CUT/GEP, realizado em 2008. Promovido por iniciativa da CUT, tal evento contou com a expressiva participação de 36 sindicatos da administração pública federal, consistindo, essencialmente, em pressionar o Governo Federal pela definição de política de saúde suplementar para os servidores, implicando, dentre outras coisas, no aumento da participação governamental no financiamento da fundação” [possivelmente a GEAP].

E a resposta a esse movimento pode ser sentida com a regulamentação financeira da Portaria nº 5, de 2010, a qual se fez referência acima, que é dada pela Portaria Nº 625, de dezembro de 2012, do mesmo MPOG. A norma fixa os novos valores para o subsídio mensal, relativo à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor, ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas. A Tabela 5.15 apresenta esses valores:

Tabela 5.15 - Participação da União no Custeio da Assistência à Saúde Suplementar do Servidor Público Federal (Brasil, 2013) Renda / Idade

	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU +
Até R\$ 1.499	121,94	127,69	129,42	134,60	138,62	143,22	154,98	157,44	159,90	167,70
de 1.500 a 1.999	116,19	121,94	123,67	127,69	131,72	136,32	147,42	149,76	152,10	159,90
de 2.000 a 2.499	110,44	116,19	117,92	121,94	125,97	130,57	139,86	142,08	144,30	152,10
de 2.500 a 2.999	105,84	110,44	112,16	116,19	120,22	124,82	133,56	135,68	137,80	144,33
de 3.000 a 3.999	100,08	105,84	107,56	110,44	114,46	119,07	127,26	129,28	131,30	137,80
de 4.000 a 5.499	90,88	93,18	94,91	95,48	99,51	104,11	105,84	107,52	109,20	111,80
de 5.500 a 7.499	87,43	88,58	90,31	90,88	94,91	99,51	100,80	102,40	104,00	106,60
de 7.500 ou mais	82,83	83,98	85,70	86,28	90,31	94,91	95,76	97,28	98,80	101,40

Fonte: Anexo da Portaria 625/2012/MPOG. DOU 24/12/2012 Seção 1

Estimar o quantitativo de servidores públicos da administração direta detentores de planos de saúde com o copatrocínio do Governo Federal não é uma tarefa trivial. A assistência à saúde supletiva do servidor federal reúne tanto entidades assistenciais de direito privado, ao alcance da regulação da ANS, quanto as de direito público, desobrigadas de prestar informação e tampouco de seguir a regulação estatal da ANS. Ademais, a GEAP, com 700 mil vínculos, não tem a exclusividade da prestação da assistência à saúde suplementar dos servidores civis da União. Entretanto, o gasto tributário federal com esse contingente de pessoas foi mapeado por Ocké-Reis, Santos (2011), com base em dados disponibilizados pela Receita Federal.

Tabela 5.16 - Gasto público com assistência médica e odontológica dos servidores federais e dependentes (Brasil, 2003-2006) Em milhares de reais

Ano	Valores
2003	R\$ 881.344
2004	R\$ 960.954
2005	R\$ 1.059.028
2006	R\$ 1.140.080

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea TD 1637. Preços correntes.

De outro lado, a referida portaria nº 625 do MPOG, que fixou o subsídio para a assistência supletiva do servidor federal traz uma matriz com 80 grandezas monetárias diferentes, conforme pode ser observado na Tabela 5.15, da página anterior. Os valores variam segundo a renda e a idade do servidor, a uma razão inversa. Assim, a maior renda, na menor faixa etária, fixa o subsídio em R\$ 82,83, e a menor renda para a maior faixa etária define o subsídio mensal em R\$ 167,70 (valores para 2013).

Trata-se de estimativa necessária para a mensuração de um valor *per capita* mensal, estimado, que é dispendido pela União com a tecnoburocracia. Mas qual o uso? Comparar o *quantum per capita* que a União dispende anualmente em planos de saúde para a tecnoburocracia da administração direta, em contraposição ao valor médio anual dispendido por usuário do SUS.

Dados de Ocké-Reis, Santos (2011) indicam que o gasto público federal em saúde, segundo a execução financeira do Ministério da Saúde, foi de R\$ 40,75 bilhões no ano de 2006. Da mesma forma, esse número, trazido para 2013, atualizado pelo IPCA, seria de R\$59,74 bilhões.

Assim, o gasto *per capita* do Governo Federal com a saúde do cidadão, atendido no SUS - por simplificação, aquele que não é coberto pelo setor suplementar - *versus* o gasto *per capita* com o custeio da saúde suplementar do servidor federal podem ser expressos na Tabela 5.17. Registre-se que as referidas estimativas possuem tão somente valor para comparabilidade. Com efeito, apresentaremos na Conclusão números atualizados da conta satélite de saúde do IBGE, com valores destinados à rubrica Saúde segundo os orçamentos públicos de todas as esferas, nacional e subnacionais.

Tabela 5.17 - Gasto *per capita* estimado da União com planos de servidores *vis-a-vis* o gasto federal *per capita* com a população atendida no SUS (Brasil, 2013)

Tipo do gasto	Valores em reais
Gasto <i>per capita</i> federal anual com servidores da administração direta	1.576,92
Gasto <i>per capita</i> federal anual com usuários do SUS (exclui gasto dos Estados e municípios)	426,71

Fonte: Estimativas a partir de dados da RFB e MPOG. Elaboração própria

Cumprir observar o quão inequitativo é o sistema de saúde brasileiro. Chega-se ao estágio da comprovação de um estado de coisas em que o Governo Federal patrocina planos para seus servidores, e entrega uma assistência gratuita de forma racionada e reconhecidamente precária a contribuintes, geralmente de baixa renda, não cobertos por planos privados.

Por seu turno os trabalhadores melhor organizados conseguem benefícios assistenciais privados superiores àqueles trabalhadores com menor poder de barganha. As autogestões, muitas delas patrocinadas pelo Governo, oferecem uma gama de benesses, classificadas como generosas, aos celetistas das empresas públicas, valendo o mesmo para a maior parte das autogestões das ex-estatais privatizadas nos anos 1990.

Um percurso sobre as 2.516 cláusulas assistenciais permite verificar essa enorme disparidade de benefícios naquelas 225 categorias alcançadas pelo banco de dados do DIEESE, que acaba sendo disseminada por toda a classe trabalhadora, o que confirma, corrobora e ratifica as iniquidades de nosso sistema de saúde - por demais tratada pela literatura especializada. Tudo isso com a sanção do Estado e com a anuência dos trabalhadores. O item seguinte faz um balanço da demanda por planos de saúde no Brasil. A quem eles interessam?

### 5.3.3 Governo, empresariado e trabalhadores: a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde

A caracterização efetuada no item anterior da participação do setor Governo Federal enquanto co-patrocinador de planos de saúde para servidores da administração direta e indireta, insere-se no contexto de uma concertação neocorporativa em torno da qual o produto plano de saúde emerge com destaque. A todos interessa.

Como vimos, o desejo expresso do funcionalismo público pela cobertura supletiva ficou evidenciado no Seminário CUT/GEP, realizado em 2008, e que reuniu 36 sindicatos de servidores públicos da administração federal (Santos, 2014).

A resposta do Governo Federal veio com a atualização, em norma, de valores a serem transferidos mensalmente para o copatrocínio da saúde suplementar dos servidores públicos federais.

Assim, de forma clara, o próprio Governo não recomenda o SUS para os seus colaboradores, eis que ainda pode estar tendo um dispêndio, com a administração direta e indireta, a cifra estimada, a preços de 2014, de R\$ 3,4 bilhões, a título de copatrocínio de planos de saúde, conforme verificado no item anterior.

Ademais, conforme já abordado, ao governo interessa a indústria de planos de saúde, pois ela em tese contribui para mitigar a sua responsabilidade no baixo patamar de financiamento do SUS. Da mesma forma, nunca é demais lembrar que o Governo admite uma renúncia fiscal quando uma pessoa física ou jurídica comprova gastos privados com a assistência à saúde.

O argumento é que o artigo 196 da Constituição Federal assegura que a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e se este último, ao comparecer com uma

assistência de baixa qualidade, descumpra o dispositivo constitucional, há que se tornar os gastos privados em saúde como dedutíveis do imposto sobre a renda. Trata-se de argumento que reforça e evidencia o retorno inequitativo dos impostos, no caso, para os mais ricos.

O estudo de Ocké-Reis, Santos (2011) discrimina a renúncia fiscal presente no âmbito do Imposto de Renda Pessoa Física, ao tempo que, para o Imposto de Renda Pessoa Jurídica, ela é tão somente informada. A Tabela 5.18 traz os números da renúncia fiscal de 2003 a 2006.

Tabela 5.18 - Renúncia fiscal do IRPF segundo o tipo de gastos, e IRPJ total (Brasil, 2003-2006) - Em milhões de reais

IRPF - Tipo do gasto	2003	2004	2005	2006
Hospitais clínicas Brasil	715	870	897	1.055
Hospitais clínicas exterior	14	17	16	16
Planos de saúde	1.940	2.362	2.736	3.232
Profissionais da área de saúde Brasil	1.020	1.242	1.268	1.414
Profissionais da área de saúde exterior	55	66	58	58
Sub-total	3.744	4.557	4.975	5.775
IRPJ (geral)	2.283	2.786	3.235	3.154
Total da renúncia	6.027	7.343	8.210	8.929

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea. TD 1637. Elaboração própria.

Observações: Não inclui a renúncia fiscal relacionada às filantrópicas. A renúncia com medicamentos foi inserida no montante das PJ. Interpretação combinada do art. 304 do Regulamento do Imposto de Renda com o 2º do art. 74. da Lei nº 8.383 /91.

Atualizando-se os grandes números, de 2006 para junho de 2015, pelo IPCA do IBGE, a renúncia fiscal atual estimada do IRPF, seria de R\$ 9,56 bilhões, e do IRPJ, R\$ 5,22 bilhões.

Em tese, no somatório, o Governo Federal deixa de arrecadar todos os anos R\$ 14,8 bilhões por meio desse expediente que faculta às pessoas físicas e jurídicas deduzirem gastos assistenciais, pessoais e com a força de trabalho, nas suas respectivas declarações de ajuste anual do Imposto de Renda, e ainda despense R\$ 3,4 bilhões com o patrocínio de planos de saúde para os seus servidores públicos.

Aos empresários, a gama de interesses na saúde suplementar é variada. O interesse que originalmente costuma ser mais evidente a manutenção da produtividade do trabalho em face da redução do absenteísmo, confirmada pela literatura (Cordeiro, 1984; Oliveira, Teixeira, 1984).

Defende-se ainda que, na atualidade, os planos de saúde podem se transformar em um diferencial para atrair e fixar os bons profissionais, isto é, correlacionam-se com a competitividade, um dos vieses da produtividade do trabalho. De outro lado, corresponde à autorrealização do princípio da dádiva, caracterizado por Gomes (1988 [2005]), a quem recorreremos novamente nesta tese: “Quem dá cria sempre uma relação de ascendência sobre o beneficiário, principalmente quando espera o retorno. Quem recebe cria um tipo de vínculo de compromisso, que implica na necessidade de retribuir”.

Essa ‘ideologia da outorga’ pode ser ilustrada pelas cláusulas de saúde pactuadas entre empresários e trabalhadores, disponibilizadas no Apêndice. Verificam-se pactuações de reciprocidade: o empregador oferece o patrocínio do plano de saúde ao trabalhador em troca de uma maior dedicação à empresa.

Da mesma forma interessa aos empresários a fixação do trabalhador mediante a oferta desse tipo de benefício indireto, o que não supera a relação de troca e de obrigação prevista na ideologia da outorga.

Por fim, parcela dos empresários tão somente disponibilizam planos de saúde a seus trabalhadores em função dos incentivos fiscais previstos na legislação, o que também é destacado em algumas cláusulas apresentadas no Apêndice. Há casos em que há previsão de suspensão do benefício ‘plano de saúde’ em situações de crise econômica.

Desse ponto de vista puramente financeiro verifica-se que pode não ser estável a cobertura supletiva para a assistência à saúde do trabalhador. Nesses casos a continuidade

da cobertura supletiva condiciona-se às disponibilidades do empresário, ou à continuidade das benesses estatais, consubstanciadas nos benefícios subsidiados da renúncia fiscal.

Contudo, o trabalhador é o principal interessado nessa cobertura privada, eis que ela já se apresenta como cristalizada em seu desejo de satisfação material, de diferenciação, e de obtenção de segurança assistencial, ao mesmo tempo.

Assim, esta tese pretende comunicar a desconstrução do ‘mito da demanda induzida’, evocado por parte daqueles que absolutamente creem que a demanda por planos de saúde é sempre induzida pelos empresários, interessados na pronta recuperação das suas forças de trabalho.

O mito de desfaz quando confrontado com a análise do banco de dados SACC/DIEESE. Os resultados empíricos de nosso estudo em torno das negociações coletivas entre patrões e empregados indicam que, das 1.421 cláusulas com identificação precisa de tratar-se de pauta reivindicatória de planos de saúde, exatamente 636 cláusulas, ou 45% do total, relacionam-se ao custeio do plano. Aos trabalhadores interessa salvaguardas relativamente ao custeio do plano posto que não se trata de um benefício gratuito. Cabe-lhes uma responsabilidade.

Os percentuais que cabem aos empregadores *vis-a-vis* aos trabalhadores variam. Vão desde a totalidade paga pelos empresários, à totalidade paga pelos trabalhadores. São os extremos, mais raros. Na esmagadora maioria, a conta é compartilhada, conforme cláusulas de custeio selecionadas, e demonstradas a seguir, sendo que a cláusula nº 39, abaixo, estabelece nenhum ônus para os trabalhadores.

Se de um lado há quem defenda que a concessão dos planos de saúde é uma escolha das empresas, de outro há que se considerar tratar-se, antes de tudo, de uma opção dos



trabalhadores, isto é, a eles é facultada a escolha de contratar o plano de saúde, ou não. O Anexo I traz os exemplos desse tipo de pactuação.

A Tabela 5.19 demonstra o quantitativo de todas as cláusulas de planos de saúde em que esteja prevista a participação dos trabalhadores no custeio. Mais importante, a Tabela 4.19 informa, a partir desse total, o *quantum*, relativamente ao qual, é tacitamente deferida a possibilidade do trabalhador em poder declinar da provisão de planos de saúde ofertada pelas empresas.

Tabela 5.19 - Planos de Saúde: cláusulas de custeio com condições para não-optantes (DIEESE, 1993-2012)

Cláusulas	Quantidade	%
Livre opção caracterizada	207	33%
<b>Total de cláusulas de custeio</b>	<b>636</b>	
Categoria (CCT) Livre opção caracterizada	166	
Total de cláusulas de custeio segundo as CCT	367	45%
Empresas (ACT) Livre opção caracterizada	41	
Total de cláusulas de custeio segundo os ACT	269	15%

Fonte: SACC/DIEESE

A opção pelo “não” poderia ser caracterizada, de um lado, como uma clara preferência pelo SUS, ou ainda, evidenciar uma possível dificuldade de renda, isto é, mesmo co-patrocinado pelo empregador o plano sai caro para o empregado, podendo ser considerada a alternativa renda como mais provável, perante os achados da pesquisa Ibope/IESS (2015), segundo a qual apenas 2% dos brasileiros rejeitariam os planos de saúde, tendo em vista a existência do SUS universal, sendo certo que, na hipótese de rejeição ao plano, o SUS será sempre o recurso de última instância.

Assim, os trabalhadores, ao contrário do que se possa imaginar, desejam planos de saúde, o que está expresso nos resultados do estudo empírico conduzido por esta tese com base em observações no banco de dados das contratações e dissídios coletivos de trabalho. Os dados da Tabela 5.19 denotam que não se trata de uma aceitação compulsória, mas de uma reivindicação, que expressa um desejo de consumo de um bem que possa trazer maior segurança assistencial.

A interpretação dos dados da Tabela 5.19 permite aferir que, em 33% das cláusulas de saúde que tratam especificamente do custeio do produto planos de saúde, é facultada aos trabalhadores a condição de não-optante, ou seja, cabe a ele a exclusividade de declinar ou aceitar. É preciso acrescentar que a inexistência desse tipo de ressalva nos demais 67% das cláusulas não implica que esteja caracterizada uma ‘opção forçada’.

O referido índice de possibilidade de escolha é maior ainda entre as categorias, isto é, nos acordos firmados que resultam das convenções coletivas de trabalho. 45% das cláusulas de custeio de planos preveem a livre escolha do trabalhador no que se refere à adesão a esquemas suplementares de atenção à saúde.

Esse mesmo índice cai a 15% na situação dos acordos coletivos, firmados entre as empresas, em geral médias e grandes corporações, as quais oferecem benefícios generosos aos trabalhadores, de sorte que a condição de não-optante seja comparável a um *outlier*, em termos estatísticos.

Para concluir essa parte, verificou-se aqui o posicionamento dos empresários, do Governo e dos trabalhadores em torno dos planos de saúde, uma concertação que assume caráter neocorporativo no instante em que esses grupos de interesses distintos reúnem-se em torno de um objetivo comum, a proteção social que assegura uma cobertura privada

de saúde para o trabalhador, o que assegura a manutenção da ordem, e contribui para a produtividade do trabalho.

Com efeito, este capítulo reuniu os elementos decisivos para a verificação das hipóteses desta tese, segundo as quais, de um lado, o neocorporativismo teria influenciado as políticas de saúde no Brasil, notadamente a expansão e a consolidação da saúde suplementar, ocorrida a partir dos anos 2000; e de outro, averiguar se os pactos neocorporativos foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou pela adesão a planos de saúde em vez de aderir ao SUS.

Será possível identificar, nas relações neocorporativas, as forças motrizes da saúde suplementar no Brasil contemporâneo? O neocorporativismo trouxe mudanças favoráveis ao mundo do trabalho? As respostas a essas perguntas poderão ser obtidas no Capítulo 6, a seguir.

## 6 NEOCORPORATIVISMO E SAÚDE SUPLEMENTAR: LIGAÇÕES PERIGOSSAS

*“Uma ilusão não é a mesma coisa que um erro; tampouco é necessariamente um erro (...) Foi uma ilusão de Colombo acreditar que descobrira um novo caminho para as Índias. O papel desempenhado por seu desejo nesse erro é bastante claro. (...) O que é característico das ilusões é o fato de derivarem de desejos humanos (...) Podemos chamar uma crença de ilusão quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação”*  
Sigmund Freud, (1927 [1974]).

Os elementos indiciários do predomínio das relações neocorporativas no Brasil foram sistematicamente sendo reunidos, de forma incremental, nesta tese. Eles podem ter se estendido para o campo da saúde suplementar, a partir da administração Lula.

Promoveu-se a identificação conceitual das relações neocorporativistas no Capítulo 3, até a constatação da presença dos primeiros traços dessas práticas no Brasil, ao longo do processo constituinte, após a redemocratização dos anos 1980, assuntos tratados no Capítulo 4.

Por iniciativa preliminar do sindicalismo de resultados de Medeiros e Magri, esses traços neocorporativos difundem-se no movimento sindical a partir da adesão da CUT ao sindicalismo de negociação, em meados dos anos 1990. Posteriormente verifica-se a consolidação desse método com a eleição do ex-presidente Lula em 2003.

Complementa-se o argumento com as impressões de Alves (1993), para quem “o novo sindicalismo, ao expressar a emergência de uma reordenação neocorporativa do movimento sindical, de perfil mais mercantil e utilitarista, estaria presente, na forma da noção de interesse, tanto no sindicalismo ‘cutista’, quanto no ‘sindicalismo de resultados’ de Medeiros e Magri, bem como na Força Sindical”.

Com efeito, na fase neocorporativista experimentaram-se no país tempos de paz nas relações capital-trabalho. O grevismo, e seu patrono, o sindicalismo de confrontação,

viu esmaecer o seu ímpeto nas duas últimas décadas. A agitação, o conflito permanente, deram lugar ao espírito da cooperação e participação dos trabalhadores no jogo político. Vale registrar que a partir da eleição de Lula membros da CUT passam a participar do governo.

Em seguida, o Capítulo 5 destacou uma notória articulação entre Estado, capitalistas e trabalhadores, de caráter informal, conforme soe acontecer no neocorporativismo, para assegurar, no âmbito do mundo da produção, uma assistência à saúde com cobertura eminentemente privada, com o patrocínio de recursos do Estado, do empresariado, e dos próprios trabalhadores, sejam eles do setor público ou do setor privado. Enfim, com financiamento tripartite.

Naquele capítulo foram discutidas as razões, o contexto econômico, e as preferências claras da população, e dos trabalhadores organizados, pelos planos de saúde.

Em suma, verificou-se até o momento que o Governo estimula o setor privado da saúde suplementar em duas frentes: com os subsídios da renúncia fiscal, e com o copatrocínio de planos privados para os servidores públicos; o empresariado aporta recursos para o financiamento dos mesmos esquemas, também a título de copatrocínio; e os trabalhadores, com apoio dos sindicatos, aderem aos esquemas particularistas por sua própria vontade, em busca de satisfação do interesse material imediato.

Por seu turno, o empresariado setorial, isto é, os capitalistas proprietários das operadoras e seguradoras de saúde, também atuam fortemente influenciando a regulação, e sua ação estaria a revelar os elementos contemporâneos do assentamento tácito das práticas neocorporativas em nossas relações políticas, de sorte que o apogeu do neocorporativismo enunciado no título do Capítulo 5 é absolutamente sacramentado no Governo Dilma (I), quando este parece atingir o seu ápice.

Antes, porém, o processo de discussão das hipóteses, que associam a consolidação da saúde suplementar ao neocorporativismo, passa pela evolução político-institucional da ANS, e do respectivo processo de implementação do marco legal regulatório de responsabilidade da Agência. Esta tese separa o processo evolutivo em duas fases, dois instantes: o primeiro, de 2000 a 2009, quando o marco legal se consolida. E o segundo, de 2010 aos dias atuais, quando se tornam evidentes os indícios de captura regulatória.

Assim, as hipóteses serão demonstradas de forma intercalada entre esses dois períodos da regulação setorial, o da consolidação, e o da captura. É o que se segue.

## **6.1 O processo político-institucional da ANS e avanços do marco regulatório até 2010**

### **6.1.1 Marco inaugural da regulação setorial**

Preliminarmente, cumpre nesse instante uma breve visão geral sobre os primeiros 10 anos da regulação ANS, que procedeu à regulamentação da Lei 9.656/98, que define o marco regulatório da saúde suplementar.

A ANS foi criada no ano 2000, para regular um setor que já operava com desenvoltura desde os anos 1980, a partir da extinção dos convênios-empresa, que podem ser considerados como o programa-piloto do atual vigoroso setor da saúde suplementar.

Com efeito, a regulação da ANS se distingue das demais agências reguladoras pois, se de um lado o setor da saúde suplementar apresenta um perfil econômico, afinal as operadoras recolhem contraprestações antecipadas de seus clientes a preço pré-estabelecido para uma prestação ulterior de procedimentos médico-hospitalares, portanto, gerenciam riscos atuariais e financeiros; de outro, o setor também tem um perfil assistencial, eis que provê assistência médica aos beneficiários dos planos de saúde. O

regulador tem a missão de acompanhar, simultaneamente, a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira do mercado regulado.

Trata-se de um mercado que praticamente não contou com a presença efetiva da regulação estatal até o advento das leis 9.656/98 (marco regulatório) e 9.961/2000 (cria a ANS), o que levou esse setor a práticas consideradas abusivas: a) reajustes nos prêmios elevados; b) prazos excessivos de carência; c) restrições no atendimento, em função da exclusão ou limitação, em contrato, da cobertura de procedimentos de alto custo (Gouveia, 2004).

Assim, iniciada a regulação da ANS, foram adotadas as principais diretrizes (Gouveia, 2004):

- 1) criação de mecanismos para exigir das operadoras a responsabilidade pela manutenção e qualidade da atenção à saúde prestada;
- 2) estruturação de política de informação e de coleta de dados do mercado de saúde suplementar;
- 3) disciplinados critérios de ingresso, operação e saída do setor;
- 4) definição dos instrumentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras;
- 5) formação do cadastro de beneficiários (SIB);
- 6) definição de condições essenciais para registro de produtos;
- 7) regulamentação preliminar do arcabouço legal fiscalizatório;
- 8) definição de critérios para o saneamento econômico e profissionalização do mercado;

9) exigência de apresentação de plano de contas contábil padrão e do envio periódico de informações econômico-financeiras;

10) instituído o Sistema de Informações de Produtos - SIP, com dados sobre a produção em saúde;

11) fixação de normas para reajustes dos contratos individuais e definição de sistemas de acompanhamento da variação de preços dos contratos coletivos empresariais;

12) iniciados os estudos para a atualização do rol de procedimentos.

Por fim, é importante destacar que o período inicial de dez anos da regulação, isto é, desde as indicações da administração FHC, que correspondem ao primeiro mandato de três anos dos gestores da ANS, até a composição dos quadros da ANS no período 2003 a 2010, indicados durante a administração Lula, muito se avançou no marco regulatório.

Assim, tanto nos instantes iniciais da ANS, quanto nos anos seguintes, até meados de 2010, o marco institucional regulatório foi construído para que uma gestão eficaz da ANS sobre o mercado regulado fosse possível. Esse ponto de vista favorável pode ter se alterado na contemporaneidade.

#### 6.1.2 Os dois marcos: avanços do marco regulatório na Era Lula e a presença de traços neocorporativistas na ANS

Em 2003 toma posse uma segunda geração de dirigentes, já no Governo Lula. Essa fase pode ser considerada como uma fase de consolidação das melhores práticas regulatórias possíveis para a saúde suplementar brasileira, isto é, constrói-se um modelo eficaz de regulação, o que não implica na desejada eficiência dessas mesmas práticas.



Não obstante, novos avanços foram alcançados na regulação econômica, notadamente quanto ao efetivo gravame das garantias financeiras pela ANS, importante para prover a continuidade assistencial em situações de insolvência de operadoras.

Avanços também ocorreram no campo da regulação assistencial, em que houve a atualização do rol de procedimentos médicos, que incluiu uma série de novos procedimentos, a despeito da resistência do mercado regulado, que entendia que a maior extensão do rol de procedimentos tornaria o negócio menos rentável, e encareceria os novos produtos a serem comercializados, afetando-se a competitividade e expondo as operadoras a maiores riscos financeiros.

São desse período os seguintes avanços institucionais e do marco regulatório, conforme trechos extraídos do Relatório de Gestão ANS 2003-2010:

(...) Formulação da política de informação da ANS para desenvolvimento da ação regulatória, eis que a Tecnologia de Informação (TI) é imperativa para o processo regulatório da saúde suplementar; (...)

(...) Indução de um novo paradigma de modelo assistencial: esforço da ANS visa ao desenvolvimento de modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nesses termos foram empreendidas as seguintes ações: revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Produtos (SIP); elaboração dos Manuais Técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar; inclusão de profissionais não médicos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; (...)

(...) Regulação dos produtos (planos de saúde): efetivadas a contratualização nas relações entre operadoras e prestadores de serviços médicos, hospitalares e de odontologia; adequação dos instrumentos jurídicos firmados entre operadoras e clientes individuais ou corporativos, de sorte a refletirem o estabelecido no marco legal do setor; (...)

(...) Monitoramento das Operadoras e o Saneamento do Mercado: estabelecidas regras prudenciais fundamentadas em parâmetros técnicos com vistas à maior segurança ao beneficiário na busca pela solvência do setor. As exigências podem ser divididas entre regras patrimoniais, margem de solvência e patrimônio mínimo ajustado

e constituição das provisões técnicas, entre elas a Provisão de Risco, Peona, provisão para remissão e demais provisões técnicas com metodologia própria a ser aprovada pela ANS (ANS, 2010).

Aqui cabe um parêntese: segundo Gouveia (2004), “a exigência de constituição de ativos garantidores de provisões técnicas [acima referidas no Relatório] pelas operadoras levou, até dezembro de 2003, à acumulação de um patrimônio na ordem de R\$ 1,36 bilhão, devendo-se ressaltar que as seguradoras acumulam 68% do total provisionado, o que representam quase R\$ 1 bilhão”.

Pois, então, a esse respeito é importante registrar que o volume total das garantias financeiras a serem aprovisionadas não sofria o gravame direto pela ANS. Apenas no caso das seguradoras esse gravame ocorria, uma vez que essa modalidade de operadora de saúde seguia desde muito o arcabouço regulatório da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda. Mesmo assim o gravame era feito pelo DEMAB, do Banco Central do Brasil. Dessa forma, apenas a partir de 2007, com a edição da RN 159, o referido gravame passa a ocorrer no âmbito da ANS.

Assim justifica o Relatório de Gestão (ANS, 2010):

“A evolução do normativo de ativos garantidores veio com a publicação da RN nº 159, em julho de 2007, lançada simultaneamente com as novas regras de garantias financeiras, e que, além de modernizar a norma, trouxe a necessidade de vinculação à ANS dos títulos, valores mobiliários e imóveis destacados pelas operadoras como lastro das provisões técnicas. A partir de então, a ANS passa a controlar de forma direta o volume de recursos orientados para fazer frente aos riscos assistenciais das operadoras”.

Outros fatos considerados avanços do marco regulatório estão registrados no referido Relatório (ANS, 2010):

Desenvolvimento institucional: a Lei n.º 10.871/2004, possibilitou, mediante a realização de concurso público, a criação de carreiras e a organização dos quadros efetivos das agências reguladoras, estabelecendo as condições finais necessárias ao pleno exercício de suas atribuições. (...)

(...) Dinamização do processo sancionador e das ações fiscalizatórias: desconcentração administrativa e decisória; mudança metodológica dos processos fiscalizatórios implicando maior agilidade no atendimento às demandas individuais e aumento da capacidade de intervenção coletiva. (...)

Articulação institucional: garantir a interlocução entre diferentes instituições com objetivos similares, dentre eles os órgãos e entidades do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e as centrais sindicais e potencializar, junto com a ANS, suas ações em prol do interesse público. Dessa forma, vêm sendo construídas parcerias entre a ANS e o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e as Centrais Sindicais por meio da assinatura de Acordos de Cooperação Técnica.

As parcerias buscam desenvolver ações para fortalecer a consciência dos consumidores/beneficiários sobre seus direitos e deveres em suas relações de consumo de planos de saúde, bem como para os instrumentalizar para as negociações coletivas nesse campo, no caso dos trabalhadores. Grifos meus.

De 2007 a 2009, foram assinados 23 acordos de cooperação técnica com parceiros que incluem órgãos de defesa do consumidor estaduais e municipais, Defensorias Públicas e Centrais Sindicais (...).

Dessa forma, correspondendo ao receituário neocorporativista que inclui capital, trabalho e governo na formulação das políticas públicas, a administração da ANS na era Lula favorece a aproximação da regulação setorial com o mundo do trabalho, o DIEESE, e as centrais sindicais.

Sobre esse aspecto, segundo Alves (1993), uma vez que o Estado “detém os recursos da autoridade pública, mantém-se um fator de sujeição dos grupos ou classes sociais, que dependem de sua anuência para entrar no jogo político institucionalizado. Ao conceder a estes [grupos de interesse] autoridade pública e poder de intervenção política, o Estado neocorporativo legitima o interesse particular identificado na organização social”.

Sobre o envolvimento dos trabalhadores com a ANS recorreremos ainda ao registro de Santos (2014):

“O movimento de aproximação das Centrais Sindicais junto à ANS está documentado ainda em eventos como o Fórum de Saúde

Suplementar, organizado em 2003 pela Agência, e o Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, de 2008. Tais eventos, contando com a expressiva presença das centrais sindicais, assumia como tema básico a melhoria e estruturação da oferta supletiva dos serviços de saúde no Brasil, a partir da capacitação de lideranças sindicais. Esta lógica de aproximação entre o campo sindical e o setor supletivo, compareceria em muitos eventos que se realizaram posteriormente, como o seminário nacional intitulado O trabalhador e a saúde suplementar, e suas quatro edições regionais, realizadas pela ANS em convênio com o DIEESE”.

Com efeito, o neocorporativismo na ANS só é realçado no período que coincide com a administração Lula, que permite que trabalhadores sejam ouvidos no âmbito de uma das diretorias da ANS, participando indiretamente da formulação da política regulatória.

Essa política, que aproxima os trabalhadores do processo decisório, poderia corresponder a um contraponto, perante a mesma política de cunho neocorporativo, que recepciona quadros do empresariado das operadoras de saúde nas diretorias da ANS, conforme o registro contemporâneo de Bahia, Scheffer (2013), os quais denunciam a ‘porta giratória’ regulação-mercado.

Vale ressaltar que a informação pública no sítio da ANS nunca procurou omitir esse vínculo de diretores com o mercado, salvo quando não informado pelo interessado, conforme o ruidoso caso de ex-diretor da ANS, demitido pela presidente Dilma em outubro de 2013 por ter omitido, em seu currículo enviado ao Senado Federal - que o havia sabatinado e aprovado a sua indicação para uma das diretorias - ter advogado para uma das maiores operadoras de saúde do país.

Em suma, na Era Lula participavam da gestão da ANS diretores indicados por partidos políticos, sustentados por operadoras de saúde, e ainda apoiados pelo mundo do trabalho. O neocorporativismo ascende à esfera da regulação da saúde suplementar, e,

posteriormente, passa a ter o domínio sobre os rumos da regulação da saúde suplementar no Brasil pós-Lula, já na administração Dilma I.

Não obstante, o relato feito até então procurou evidenciar que, tanto nos primeiros anos da ANS, no período FHC, quanto na Era Lula, o marco regulatório avançou, de forma correspondente: logo de início, no período de sua implementação, e em seguida, em seu desenvolvimento nos anos seguintes, e, aqui, é importante registrar que as gestões da ANS foram exitosas nesse particular.

Em tão pouco tempo, cerca de dez anos, construiu-se, tornou-se viável, ante a busca de *compliance* por parte dos próprios regulados, e pôs-se em prática, ainda que parcialmente, um arcabouço regulatório sofisticado. Cabe ainda registrar que a ANS conta com um corpo técnico concursado, altamente qualificado, e bem remunerado.

Continuando, já sob a égide do neocorporativismo de Lula, as indicações para compor a diretoria da ANS, da mesma forma, seguiam critérios técnicos. No entanto, no que concerne à gestão da ANS, Lula recepciona a política, o empresariado do setor, e ainda o movimento dos trabalhadores, seguindo intuitivamente o receituário da teoria neocorporativista.

Assim, a partir da Era Lula, surgem as primeiras evidências da presença de relações políticas neocorporativistas, não mais apenas no País, mas também na ANS e na saúde suplementar.

Ex-colaboradores das operadoras de saúde, ou pessoas indicadas por elas, passam a ocupar diretorias da ANS, nas duas gestões coincidentes com o mandato presidencial de Lula. Ao mesmo tempo, os trabalhadores são ouvidos no processo da formulação da

política regulatória, sobre assuntos de seu interesse, e seu apoio se transmuta em capital político.

Contudo, ainda em 2009, toma posse na diretoria da ANS um proprietário capitalista de operadora de saúde, do segmento administradora de planos de saúde, que agora vai se juntar a outro indicado pelo mercado, ampliando a presença do capital no comando, e na gestão regulatória pública, da saúde suplementar.

A influência dos capitalistas do setor, e o interesse em ocupar o espaço formal da ANS, crescem ao término do 2º mandato do médico nomeado por Lula para presidir a ANS, lá atrás, ainda nos idos de 2003.

Assim, ao fim do mandato deste primeiro nome indicado por Lula para presidir a Agência, toma assento na cadeira de Presidente da ANS, no 2º trimestre de 2010, um capitalista do setor. Para compor a direção da ANS, desvinculou-se dos seus empreendimentos capitalistas.

Assim, após termos concluída essa visão geral dos primeiros 10 anos da regulação da saúde suplementar, entende-se que esta tese reúne as condições para a demonstração de sua primeira hipótese.

## **6.2 A discussão da hipótese primeira: o neocorporativismo influenciou a consolidação da saúde suplementar no Brasil?**

Estabelecer um elo entre as relações neocorporativistas e a consolidação da saúde suplementar é uma tarefa que requer aproximações analíticas sucessivas, até se chegar a bases vinculantes aceitáveis.

Em primeiro lugar, “a concertação neocorporativa é essencialmente informal, seus fundamentos refletem o desejo de promover o consenso social e de assegurar uma trajetória econômica estável”, conforme nos ensinou Harcourt (2000).

Assim, como estabelecer um vínculo formal entre neocorporativismo e saúde suplementar a partir de uma relação informal?

Desde que fundamentados em fatores multidimensionais caracterizadores da presença das relações neocorporativas no ambiente socioeconômico e político, relações essas capazes de terem induzido a consolidação da indústria de planos e seguros saúde em nosso país.

Conforme abordado no Capítulo 3 desta tese, a concertação neocorporativa teve seus primeiros movimentos identificados no Brasil durante o Governo Sarney. O Governo coordenava o processo, articulava o consenso entre trabalhadores e empresários em torno da meta maior do crescimento econômico, e do controle da inflação.

A concertação envolvia a ação do sindicalismo de resultados de Medeiros e Magri, na tentativa de se estabelecer um pacto de união nacional após o término do regime militar. A tentativa de Sarney não foi bem-sucedida, o que não foi suficiente para descaracterizar que a busca de um pacto naquele tempo correspondesse ao momento embrionário das relações políticas neocorporativistas no país.

Na ocasião, os capitalistas criaram o Fórum Informal de Empresários para o encaminhamento de suas propostas, fazendo emergir, *de facto*, o não-formalismo, como uma característica desse tipo de relação política, o neocorporativismo, que, de resto, encontra-se bastante caracterizado no Capítulo 3.

Conforme se avaliou ainda no Capítulo 3, a CUT não participou da concertação neocorporativa de 1987, preferindo continuar alinhada ao sindicalismo de confrontação que caracterizara sua atuação nos anos 1980.

Medeiros, que nunca foi da CUT, propalava, na ocasião, que o sindicalismo brasileiro deveria aprender com os sindicatos da Europa a negociar, posto que os sindicatos de contestação não haviam vencido em parte alguma do mundo. Tratava de repercutir no Brasil, de forma intuitiva, o instante do florescimento, na Europa, do neocorporativismo como alternativa ao sindicalismo de confrontação, para o fito da governabilidade e da estabilidade econômica.

O dado importante a destacar é que, nas relações neocorporativas, o movimento sindical é trazido para o centro das decisões harmônicas, tripartites, entre Estados, mercados e representações sindicais.

Posteriormente, no início dos anos 1990, a CUT cede ao neocorporativismo, no instante em que passa a integrar as câmaras setoriais da indústria automobilística, durante a administração Itamar, e posteriormente, FHC (Alves, 2001).

Contudo, é a partir do Governo Lula que são fornecidos os registros importantes de que o neocorporativismo no Brasil se firmava como relação política predominante.

A vitória de Lula em 2002 é comemorada pelos trabalhadores no 8º CONCUR, em 2003: “após anos de derrotas do sindicalismo combativo impostas pelos sucessivos governos neoliberais, a ascensão de Lula à Presidência da República dá um novo alento à estratégia da central de alterar a correlação de forças na sociedade, no que marcaria um novo e promissor período histórico na política brasileira”. (Sória-Silva, 2005).



Segundo Sória-Silva (2005), concomitante à posse de Lula a CUT migrava da lógica do sindicalismo-movimento, de aspirações anticapitalistas, para a lógica do sindicalismo-organização, em que a institucionalização do movimento sindical o converte em estrutura reformadora do sistema social e econômico”.

De forma contundente o próprio presidente da República recém-eleito, em seu discurso de abertura no 1º Fórum Nacional do Trabalho (FNT), afirmara, em 2003, que o tempo de ser sindicato apenas de contestação já havia passado (Sória-Silva, 2005).

Conforme também destacado no Capítulo 3, a Carta ao Povo Brasileiro não deixava dúvidas dos evidentes traços de uma promissora concertação neocorporativa, pronta a unir o governo, os trabalhadores e o empresariado, em torno da meta maior do crescimento econômico, do respeito aos contratos, e da efetiva distribuição de renda com controle da inflação.

Com efeito, a partir do Governo Lula “viu-se progressiva reativação do mercado de trabalho formal, das oportunidades de negócios e do trabalho autônomo melhor remunerado, reforçados pela expansão do crédito ao consumo e pela política de aumento real do salário mínimo, que também se refletiu nos benefícios previdenciários” (Quadros, Gimenez, Antunes, 2013).

A política de aumento real do salário mínimo, estendida aos menores benefícios previdenciários, assegurou da mesma forma a distribuição da renda aos aposentados que percebiam rendimentos nesta faixa de renda. A esse grupo também foi estendido o crédito.

E a própria a expansão generalizada do crédito refletiu-se no aumento da capacidade de consumo, o que favoreceu o ambiente de negócios, contribuindo para que os empresários auferissem ganhos extraordinários.

A conjugação desses elementos, associados aos bons ventos da economia internacional, geraram taxas de crescimento moderadas, porém contínuas. Nesse tempo experimentava-se no país a consolidação dos fundamentos do neocorporativismo, nas variadas relações socioeconômicas.

Alguns dados econômicos são oferecidos a título de ilustração, conforme as Tabelas 6.1, e 6.2.

Tabela 6.1 - Salário Mínimo e Inflação (Brasil, 2003-2010)

	Salário (R\$)	variação nominal do SM	IPCA (nº índice)	nº de meses	IPCA - Variação no período
1.04.2002	200		1839,61		
1.04.2003	240	20,0%	2144,49	12	16,6%
1.05.2004	260	8,3%	2279,15	13	6,3%
1.05.2005	300	15,4%	2463,11	12	8,1%
1.04.2006	350	16,7%	2571,83	11	4,4%
1.04.2007	380	8,6%	2647,88	12	3,0%
1.03.2008	415	9,2%	2759,83	11	4,2%
1.02.2009	465	12,0%	2906,74	11	5,3%
1.01.2010	510	9,7%	3017,59	11	3,8%
<b>Variação acumulada</b>		<b>155,0%</b>			<b>64,0%</b>

Fontes: Guia trabalhista, Disp. em [http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario\\_minimo.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm); IBGE (para IPCA).

A Tabela 6.1 aponta com clareza o processo de distribuição de renda. O salário mínimo teve um aumento muito superior à inflação acumulada durante os dois mandatos do presidente Lula. Evolui 155%, enquanto que a inflação medida, para os períodos exatos em que ocorreram os reajustes, correspondeu a 64%. Assim, o aumento real do salário mínimo na Era Lula foi de generosos 55,5%.

Tabela 6.2 - Relação Crédito/PIB (Brasil, 2002-2010)

dez/02	24%
dez/03	26%
dez/04	27%
dez/05	30%
jun/06	32%
dez/07	35%
dez/08	40%
dez/09	43%
dez/10	44%

Fonte: Banco Central do Brasil.

A Tabela 6.2 confirma a expansão do crédito no país. Em 2002, término da gestão FHC, a relação ‘nível de crédito relativamente ao PIB’ era de 24%. Ao final de seu mandato, Lula havia estimulado a expansão do crédito em 20 pontos percentuais, elevando-o a 44% do PIB.

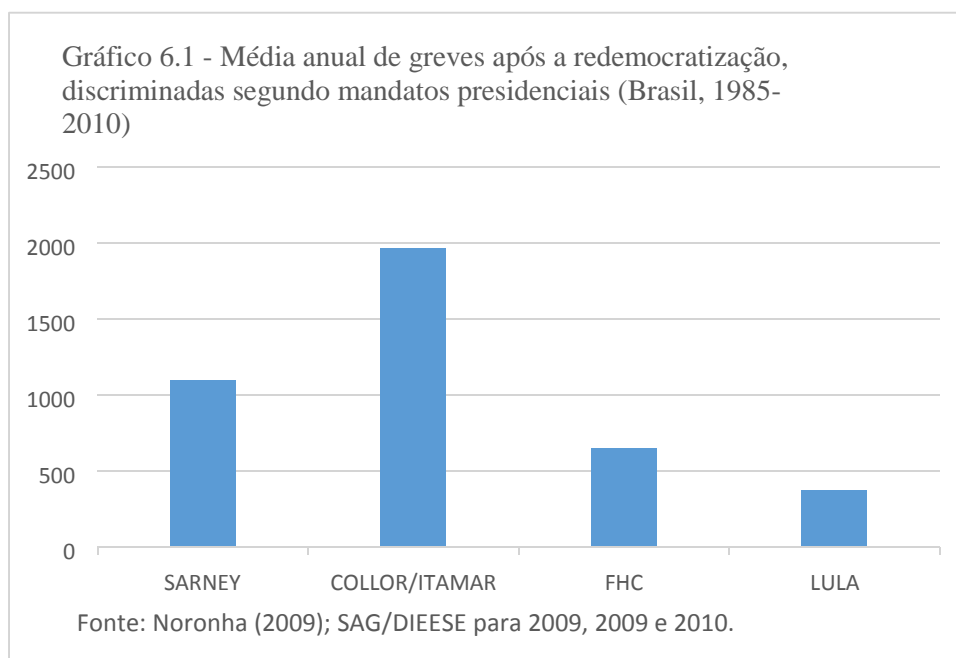
Conforme apontado no Capítulo 3, esse ambiente de crescimento econômico com distribuição de renda era esperado no país, ainda no Governo Sarney. A concertação em torno de um pacto social, que a bem da verdade fracassara, previa, por parte dos trabalhadores, dentre outras demandas, a manutenção do poder de compra dos salários, leia-se, controle da inflação; a retomada do investimento produtivo, capaz de gerar emprego e renda; e a remuneração justa aos aposentados. Da parte do empresariado esperava-se o incentivo governamental à retomada do investimento produtivo e, sobretudo, uma trégua nas greves.

Pois essa cena projetada ainda no Governo Sarney, no período que chamamos de

“primórdios da concertação neocorporativa no Brasil”, tornou-se realidade factual na Era Lula.

Nesses termos, o crescimento do PIB brasileiro se fez acompanhar da distribuição da renda, da expansão do crédito, e teve o benefício de conviver com uma taxa de inflação comportando-se dentro das metas fixadas pelo Banco Central, tendo efetivamente se verificado evidências de um crescimento sustentado no país durante essa fase. E os conflitos capital-trabalho reduziram-se sobremaneira, conforme indica o Gráfico 6.1, a seguir.

Cumprir antes ressaltar que as greves começam a se arrefecer ao longo do mandato presidencial de FHC. Data dessa época o início da participação da CUT nas Câmaras Setoriais do setor automobilístico, segundo evidenciado no Capítulo 3 deste trabalho. A bem da verdade, entre o primeiro e o segundo mandatos de FHC, já era perceptível uma forte redução do ritmo das greves no país. Em FHC I a média anual fora de 865 greves, enquanto em FHC II a média caíra para 440 greves anuais (Noronha, 2009).



Com efeito, o item 3.2.4 desta tese, intitulado “A CUT rende-se ao neocorporativismo”, marca em definitivo o início da consolidação das relações políticas neocorporativistas em nosso país. Em seguida o grevismo atinge seu piso na Era Lula. Ex-dirigentes da CUT passam a compor o governo, como é o caso de Luiz Marinho, que foi presidente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC por três mandatos, em seguida, em 2003, elegeu-se presidente da CUT, e em 2005 assume o Ministério do Trabalho de Lula.

Relativamente ao nosso contexto, o da saúde suplementar, tendo em vista toda a abordagem do último subitem do Capítulo 5, “5.3.3. Governo, empresariado e trabalhadores: a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde”; e ainda levando-se em conta as considerações do item 6.1 do presente capítulo, que traz importantes registros dos efeitos da presença das relações políticas neocorporativistas no país; há por fim que se registrar que o cenário político e econômico favorável da Era Lula sensibilizou a demanda, pelos trabalhadores por planos de saúde.

Esse mercado, conforme se viu nesta tese, é sensível ao aumento do emprego e da renda. Como na Era Lula observou-se progressiva reativação do mercado de trabalho formal e também das oportunidades de negócios, conforme evidenciado por Quadros, Gimenez, Antunes (2013), com efeito, ‘o espetáculo do crescimento’ foi estrelado pela saúde suplementar. No entanto, apenas o aumento da renda não é suficiente para explicar o desempenho do setor, pois segundo Bahia (2013), os períodos recessivos também foram favoráveis às transações que envolvem a assistência à saúde.

Para além dos registros da teoria econômica, o *boom* dos planos de saúde de assistência médica de contratação coletiva sobrepôs-se ao crescimento do PIB, conforme discutido no Capítulo 5.

Tabela 6.3- Crescimento econômico médio e acumulado *vis-a-vis* o desempenho da saúde suplementar (Brasil, 2003-2010)

Varição acumulada do PIB no período	37,1%
Taxa média anual de crescimento do PIB	4,02%
Varição acumulada dos vínculos a planos de saúde no período	42,6%
Taxa média anual de crescimento dos planos de saúde	4,53%

Fonte: SIB/ANS e Séries Temporais do Banco Central do Brasil segundo cálculos atualizados do IBGE.

Conforme se depreende da Tabela 6.3, o crescimento real do PIB acumulado na administração Lula superou os 37%, todavia os planos de saúde na modalidade de assistência médica avançaram praticamente 43%. Isso não é trivial.

Soma-se a esse feito o incentivo governamental dado ao setor, não aquele promovido pela renúncia fiscal, mas o incentivo dado ao setor de forma direta, via patrocínio de planos privados de saúde para a tecnoburocracia pública.

O auxílio à saúde do servidor fora regulamentado na Era FHC, conforme estabelecido no Decreto nº 2.383, de 12.11.1997, do qual reproduzimos trechos a seguir:

Art. 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, suas autarquias e fundações instituídas ou mantidas pelo poder público e as empresas constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, para a concessão de benefícios com assistência à saúde de seus servidores e dependentes, não poderá [exceder] à dotação consignada nos respectivos orçamentos de 1998.

Art. 2º Fica vedado, no exercício de 1998, o encaminhamento ao Ministério do Planejamento e Orçamento de solicitação de crédito adicional para custear benefícios com assistência, qualquer que seja a fonte de recursos.

Art. 3º Os órgãos e entidades abrangidos por este Decreto deverão, até 31 de dezembro de 1997, adequar seus planos de assistência à saúde, ao limite estabelecido ni "caput" do artigo 1º desde Decreto.

Art. 4º Fica autorizada a inclusão de pensionistas vinculados aos órgãos e entidades, abrangidos por este Decreto, nos respectivos planos

de assistência à saúde, desde que integralmente custeado pelo beneficiário.

Art. 5º Fica autorizada a ampliação de benefícios que impliquem custo superior ao limite estabelecido no "caput" do artigo 1º desde Decreto, desde que a diferença de valor seja custeada pelos beneficiários.

Art. 6º As disposições deste Decreto aplicam-se, também, aos casos de plano de assistência à saúde administrado pelo próprio órgão ou entidade.

(...)

O Decreto em si não tem grande importância. Sua característica principal foi ter sido o marco legal de uma prática vigente desde o regime militar, ou, segundo Santos (1979), desde o Império. A matéria foi tratada no bojo de um conjunto de reformas administrativas promovidas pelos 'tucanos', no mesmo instante em que se debatia no Congresso a Lei Geral dos Planos de Saúde, sancionada um ano depois, a lei 9.656/98.

Com efeito, o Decreto de FHC denota preocupação em impor limites, conforme os artigos 1º, 2º e 5º, além de estabelecer ônus integral para o pensionista (Art. 4º). Todavia não restou claro no texto o benefício pecuniário médio estendido ao servidor.

Contudo, foi na Era Lula que a matéria teve um tratamento especial, sendo observável a incorporação tácita do segmento das operadoras privadas de saúde como provedoras da atenção à saúde dos servidores da União. Nesses termos a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG trata de maneira especial, em seus normativos, da assistência suplementar à saúde do servidor federal, conforme demonstrado no Quadro 6.1, a seguir.

Cumprido salientar que o Decreto 2.383/97 de FHC foi revogado pela norma imediatamente expressa no Quadro 6.1, valendo o mesmo para a sequência de portarias,

a última sempre a revogar a anterior. Entretanto, o Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, de Lula, continua a vigor.

Quadro 6.1 – Regulamentação da assistência suplementar ao servidor federal

NORMA	ASSUNTO	PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES/ACRÉSCIMOS
Decreto Nº 4.978, de Fev 2004 (Obs.: a redação foi alterada, pontualmente, pelo Dec. 5010 de Março 2004)	Dispõe sobre a assistência à saúde do servidor.	A assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, cujo custeio é de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante: I- Convênios (com autogestões estatais) II – Contratos
Portaria MPOG/SRH nº 1.983, de Dez 2006	Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo e seus dependentes e pensionistas.	Art. 2º A assistência à saúde suplementar dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada mediante: I - rede do SUS; II - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão; III - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde (...) IV - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou V - auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento. Art. 11. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 5º desta Portaria é de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações, (...) e dos próprios servidores (...).
Portaria Normativa MPOG/SRH nº 1, de Dez 2007	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Altera o Caput do Art. 2º da Portaria 1.983/06: Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante: Seguindo-se inalterado o demais estabelecido no Art. 2º.
Portaria Normativa MP/SRH nº 3, de Jul 2009	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Inclui um §2º que trata das autogestões patrocinadas. Art. 2º (...) § 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.
Portaria Normativa nº 5, de Out 2010	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Traz alterações nos anexos, não relevantes para a tese.



Pouco mais de dois anos após o decreto presidencial 4.978/04 a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, posteriormente apenas do MP, passou a definir tudo sobre a matéria. As portarias passam a apontar o SUS como prestador. Registramos que após a análise comparada das normas no Quadro 6.1, o que importa acrescentar nesse instante é que o vocábulo ‘operadora de saúde’ surge claramente nos decretos em 2006, sancionando a cobertura supletiva para o servidor federal, a ser provida pelo mercado da saúde suplementar.

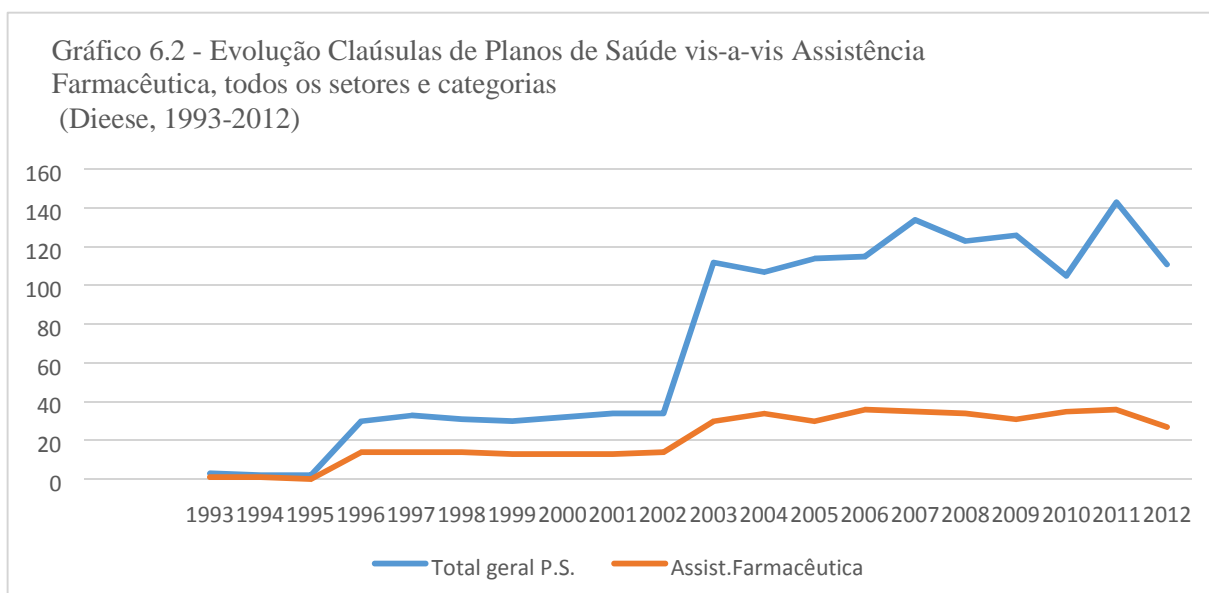
Nesses termos, os normativos foram capazes de conferir maior transparência do Governo Federal, desvelando uma prática que doravante se assentava e se disseminava por toda a força de trabalho da União, com o significado de não restar mais exclusiva às carreiras influentes da tecnoburocracia, ou das empresas públicas e estatais de economia mista.

O custeio da saúde suplementar do servidor é uma realidade disseminada, tratada com bastante transparência. Outro ponto de destaque no Quadro 6.1 é a Portaria Normativa nº 3, do MP/SRH, de 2009, que adicionou o §2º, ao Art. 2º da norma, por meio do qual se estabelece que as contratações de serviços de saúde suplementar com autogestões dependem do vínculo entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Esse fato pode estar a indicar uma vontade inequívoca dos burocratas em calibrar a atuação do Governo Federal também na saúde suplementar, pois o referido §2º privilegia a GEAP no que se refere à assistência dos servidores, ao induzir uma aproximação das unidades administrativas do Estado com uma fundação estatal de direito privado, organizada sob a forma de autogestão patrocinada, com registro na ANS. Ela possui atualmente 650 mil vidas. É uma operadora de grande porte para os padrões nacionais.

A GEAP nada mais é do que uma operadora de saúde do Governo Federal, patrocinada pelos ministérios, autarquias, fundações, universidades, dentre outros entes públicos.

Do ponto de vista dos trabalhadores organizados, cabe ainda nesta tese uma visão complementar sobre o banco de dados SACC do DIEESE, alvo de estudos no Capítulo 5, para avaliar como as cláusulas de saúde se comportaram no tempo, isto é, de 1993 a 2012, período da amostra. Os gráficos 6.2, 6.3 e 6.4, que se seguem, tratam desse particular.

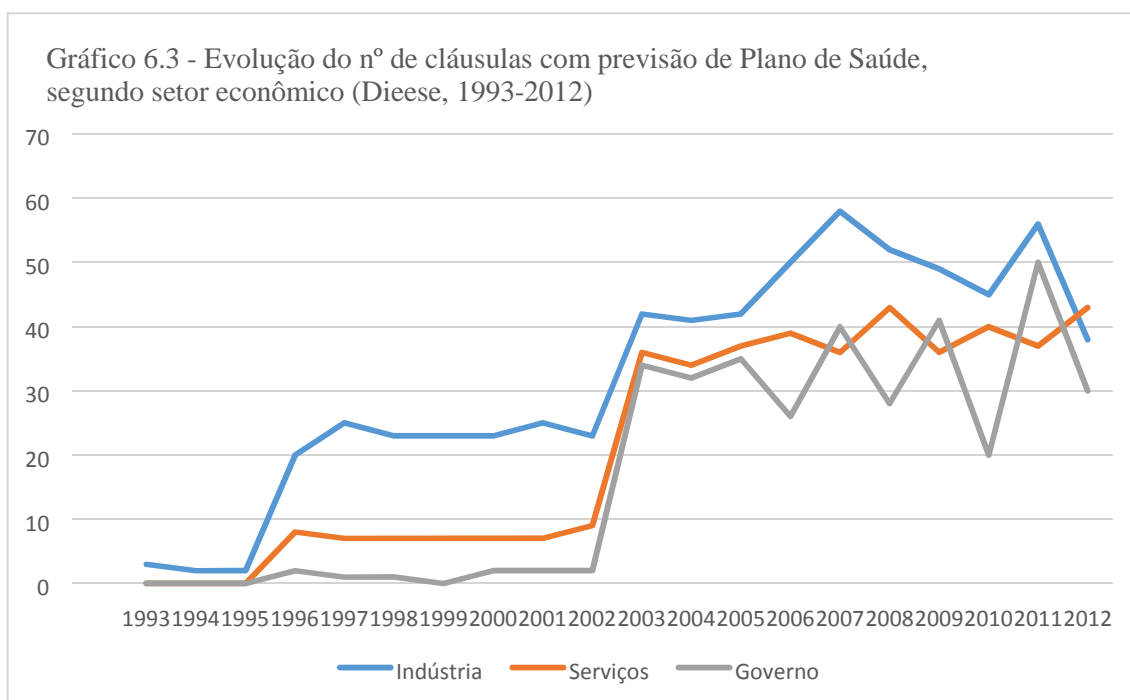


Fonte: SACC/DIEESE.

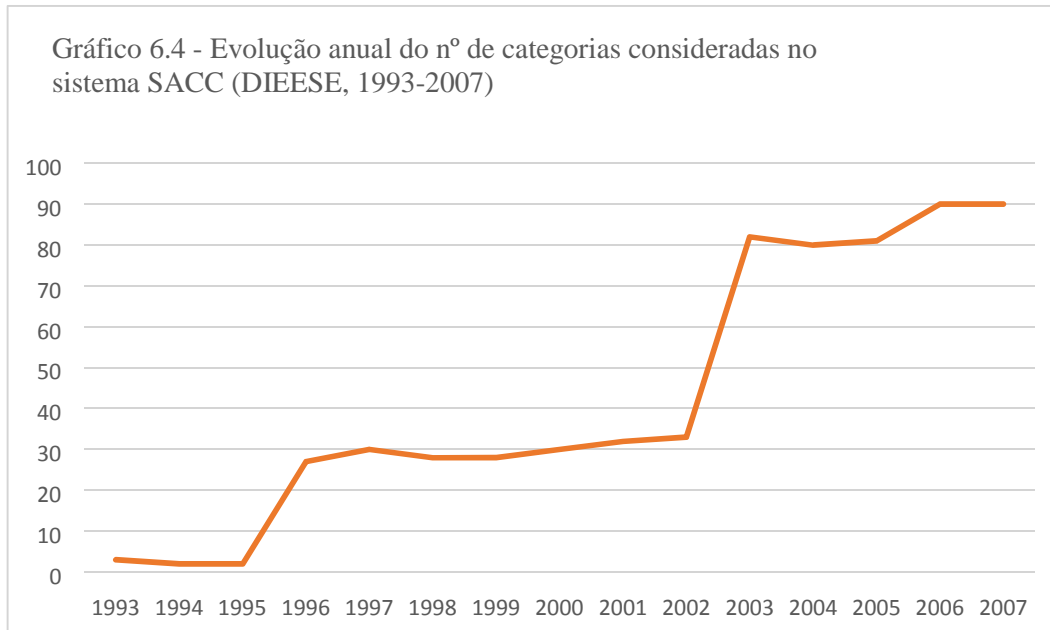
Algumas observações importantes. Destacam-se no Gráfico 6.2 duas questões:

1) é perceptível um aumento acentuado na detecção de cláusulas de assistência médica cuja temática seja plano de saúde, nas contratações coletivas de trabalho, a partir de 2003; 2) no caso da assistência farmacêutica a inclinação é menor, revelando a importância relativa que os planos de saúde passam a ter, no tempo, relativamente aos convênios com farmácias. Com efeito o interesse em torno dos planos de saúde é crescente nos anos observados.

O Gráfico 6.3 traz as cláusulas planos de saúde negociadas entre 1993 e 2012, todavia segregadas por setor econômico. O gráfico demonstra que a indústria ainda é o principal *locus* de reivindicação desses privilégios assistenciais, contudo o setor serviços aparenta uma forte adesão aos planos de saúde nos últimos anos. O setor governo, aqui representado tão somente pelas empresas estatais e de economia mista, também é um consumidor presente nas mesas de negociação. A oscilação no Gráfico 6.3 no setor governo é explicada pela periodicidade das negociações coletivas em algumas empresas, que é bienal.



Fonte: SACC/DIEESE.



Fonte: SACC/DIEESE.

Por seu turno, o Gráfico 6.4 objetivou explicar o porquê da forte inclinação percebida entre os anos de 2002 e 2003 em todas as representações gráficas. Relatório do DIEESE (2015) dá conta de que o sistema SACC teve fases evolutivas que ampliaram, por estágios, a inserção de novas categorias na base de dados do SACC. Assim, não se pode afirmar que esse salto abrupto nas cláusulas guarde relação estrita e direta com a concertação neocorporativa, que ganha impulso, coincidentemente, exatamente nesse período, isto é, em 2003, com a ascensão de Lula, o que não tem o condão de descaracterizar a influência do neocorporativismo na expansão da saúde suplementar.

O que é importante destacar é que a análise das cláusulas de saúde presentes no banco de dados SACC/DIEESE foi fundamental para essa tese no que se refere à efetiva comprovação de que a temática plano de saúde faz parte do desejo de consumo dos trabalhadores, e por isso, o tema comparece às mesas de negociação entre patrões e empregados.

Com isso, os interesses dos trabalhadores se juntam aos interesses do governo e do empresariado, este último interessado nos aspectos de melhoria da produtividade, e da atração e fixação da mão-de-obra.

Frente a esse apanhado do interesse específico na cobertura privada de assistência à saúde, de cada vértice da relação triangular, neocorporativa, cumpre nesse instante rememorarmos os marcos conceituais do neocorporativismo, e correlacioná-los mais uma vez com a Era Lula, e com a consolidação da saúde suplementar no Brasil.

Conforme ensinam Bobbio et al. (1998), a solução neocorporativista se impõe unicamente naqueles países em que o governo é dominado pelos partidos da classe operária. Nesses termos, o neocorporativismo consolida-se no país no instante da chegada de Lula ao Governo do Brasil.

Com efeito, governos operários representam para as organizações sindicais a garantia política de que o Estado será o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar (Bobbio et al., 1998).

Conforme abordado no Capítulo 3, os receituários neocorporativistas representam uma articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias para conter as tendências geradoras de ameaças (Almond, 1983). Não se pode negar que a assistência à saúde, num contexto de subfinanciamento do SUS, é uma ameaça relevante para a classe trabalhadora organizada.

Daí resulta que as articulações neocorporativistas implicam em que a segurança social seja dada ao nível da sociedade civil e não ao nível institucional-estatal, mediante subsistemas autônomos do sistema político (Bobbio et al., 1998) e, nesse contexto, o plano de saúde, autônomo relativamente ao Estado, torna-se alternativa real para a provisão da

segurança assistencial da classe trabalhadora organizada. Assim, a segurança assistencial desse grupo de interesse passa a ser garantida para além das fronteiras do Estado.

Isto posto, tendo-se em vista todas essas articulações de interesses de grupos, em torno da assistência médica provida pelos planos de saúde, condensadas neste capítulo, após terem sido longamente descritas nesta tese, através das quais ficou evidenciado:

- 1) o interesse do Governo, do empresariado, e dos próprios trabalhadores organizados, na cobertura assistencial provida pela indústria da saúde suplementar;
- 2) o que, ao fim e ao cabo, contribuiu para consolidar o setor;
- 3) e uma vez identificado que as relações neocorporativistas passaram a influenciar a própria regulação setorial, leia-se ANS, a partir da administração Lula, é que entende-se restar demonstrada a 1ª hipótese desta tese, sendo plausível afirmar que as relações políticas de caráter neocorporativista influenciaram, sim, a consolidação, no Brasil, do setor da saúde suplementar.

O segmento das empresas atuantes na chamada saúde suplementar é hoje muito mais sólido do que ao final dos anos 1980. Muito mais poderoso, possui força no Parlamento, eis que é relevante patrocinador de campanhas políticas (Bahia, Scheffer, 2015). Esta indústria também se articula com grande desenvoltura junto aos agentes públicos para a sua reprodução.

Da mesma forma articula-se com o movimento sindical gerando neste uma expectativa da oferta de serviços de saúde de qualidade e pronto acesso. Assim, grupos tradicionalmente mais organizados conseguem coberturas supletivas assistenciais de qualidade, enquanto, para outros, os planos de saúde podem ser uma promessa.

O poder dessa indústria será abordado nos itens seguintes, que avaliam se a classe trabalhadora organizada, consumidora convicta dos planos de saúde, logrará a segurança social necessária, no que se refere à assistência à saúde dos próprios trabalhadores e de seus dependentes.

### **6.3 A outra face da ANS: evidências de captura**

Desde o final de 2009, e notadamente a partir de 2010, a correlação de forças na ANS começa a se alterar. A ANS desta feita não possui mais na sua diretoria apenas um agente do mercado, mas dois: um proprietário capitalista afastado temporariamente de seus negócios, e um indicado por operadora, que já ocupava uma diretoria-adjunta desde algum tempo, guindado ao posto de diretor, ainda em 2009.

Os trabalhadores organizados seguiram apoiando uma das diretorias até o ano de 2013, quando o último indicado pelo Partido dos Trabalhadores na diretoria da ANS tem seu mandato expirado.

O cenário parece deteriorar-se. O adequado arcabouço regulatório construído ao longo dos 10 primeiros anos torna-se menos potente para proteger o consumidor dos planos de saúde, e o interesse público é suplantado pelos interesses capitalistas. A ação com vistas a preservar o equilíbrio entre a relação triangular ‘mercado-prestadores de serviço-beneficiário’ submerge.

A Câmara de Saúde Suplementar transforma-se no *locus* ideal para as consultorias norte-americanas exercitarem o seu *lobby*. É desse tempo palestras de consultores da *Towers Watson*, empresa norteamericana de gestão de risco em saúde, os quais atuam para regulamentar os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Essa regulamentação é o tema central desse item, e será tratado, portanto, em subitem à parte, logo mais adiante.

Continuando, o processo liquidatório de empresas insolventes passa a recepcionar o cancelamento direto de alguns registros, consignados em Resoluções Operacionais, sem passar pelo devido crivo de inquérito administrativo para apurar as causas do deprecimento patrimonial da ex-operadora, ora liquidada. Uma vez cancelado o registro, os bens do administrador, inicialmente bloqueados, segundo o rito legal das liquidações extrajudiciais, são liberados inadvertidamente.

Sobre esse aspecto legal da regulação financeira, Gouveia (2014) destaca que “a legislação do setor [de saúde suplementar], bem como a regulamentação da ANS, foram fortemente influenciadas pelos normativos do Sistema Financeiro Nacional”.

Nesses termos, esse referido processo liquidatório tem o seu rito definido pela Lei 9.656/98 combinada com a Lei 6.024/74. Esta última dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras. Uma vez identificado pelo respectivo inquérito, que apura eventual dano financeiro em função de gestão temerária ou fraudulenta, cabe ao órgão responsável, seja o Banco Central do Brasil, ou a ANS, aplicar uma suspensão ao dirigente sobre o qual recaiu a culpa, sendo cabível, portanto, a inabilitação temporária para o exercício do cargo de administrador, seja na instituição financeira, ou na operadora de saúde. A pena máxima atual de banimento do mercado é de 20 anos.

Não obstante, vale dizer que, nos últimos 15 anos, isto é, desde a criação da ANS, o Banco Central inabilitou dirigentes de instituições financeiras aos milhares. Por seu turno a ANS jamais aplicou essa penalidade a nenhum ex-administrador de operadoras de saúde. Nunca um administrador de operadora de saúde sofreu quaisquer constrangimentos dessa ordem perante o mercado e os seus pares, apesar de que centenas de operadoras foram liquidadas nesse período, podendo-se inferir que os capitalistas do setor podem, de



fato, se sentir confortáveis com a regulação financeira contemporânea da ANS, que pode ser, e parece que tem sido, leniente, *market-friendly*.

Elementos acerca desses registros factuais de leniência da regulação financeira podem ser obtidos em trabalho deste pesquisador apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Salles Dias Filho, 2013).

Continuando, o mercado demorou dez anos para ocupar a Presidência da ANS, e doravante atuará para defender os seus interesses, quais sejam, incrementar o faturamento e as receitas, reduzir os riscos da operação nesse mercado, e abrir espaço para a entrada do capital estrangeiro. A confiança no ambiente de negócios por parte do operador de planos de saúde parece atingir o seu nível máximo.

Pois, verifiquemos o lado das receitas. Observe-se que não estamos nesse instante trazendo ao debate o faturamento do setor em Reais, que pode ser influenciado por uma política expansionista dos preços e também pelo aumento da base de clientes. Assim, do ponto de vista dos preços, reajustes maiores autorizados para o setor influenciam as receitas operacionais e o lucro das operadoras.

Assim, os reajustes dos planos individuais, que historicamente vinham sendo superiores à inflação, descolam-se ainda mais do índice oficial de preços a partir de 2011. A Tabela 6.4 apresenta os reajustes anuais da última década *vis-a-vis* a inflação anual oficial do período.

Tabela 6.4 - Reajustes anuais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos vis-a-vis a inflação oficial (Brasil, 2006-2015)

Ano	Reajuste	IPCA
2006	8,89%	4,63%
2007	5,76%	3,00%
2008	5,48%	5,04%
2009	6,76%	5,53%
2010	6,73%	5,26%
2011	7,69%	6,51%
2012	7,93%	5,10%
2013	9,04%	6,49%
2014	9,65%	6,28%
2015	13,55%	8,17%
<b>ACUMULADO</b>	<b>118,41%</b>	<b>72,32%</b>

Fontes: ANS; IBGE.

Obs.: Inflação acumulada anual entre maio do ano anterior e abril do ano seguinte, conforme critério adotado pela ANS, que divulga os reajustes no mês de maio

Com efeito, a inflação acumulada de 2006 a 2015 (calculada de abril a maio, segundo os critérios de reajuste da ANS) foi de 72,3%, no entanto os reajustes autorizados para os planos individuais, que são regulados pela Agência, corresponderam a 118%.

Contudo, essa margem favorável ao setor pode estar a aumentar ainda mais, conforme se se pode verificar na Tabela 6.5 e no Gráfico 6.5, a seguir, que demonstram o descolamento ampliado dos reajustes relativamente à inflação, a partir de 2011, primeiro ano em que o reajuste foi autorizado por um presidente de ANS acionista de operadora (afastado temporariamente dos seus negócios). Em 2015, esse mesmo expresidente da ANS preside o Conselho de Administração da Qualicorp.

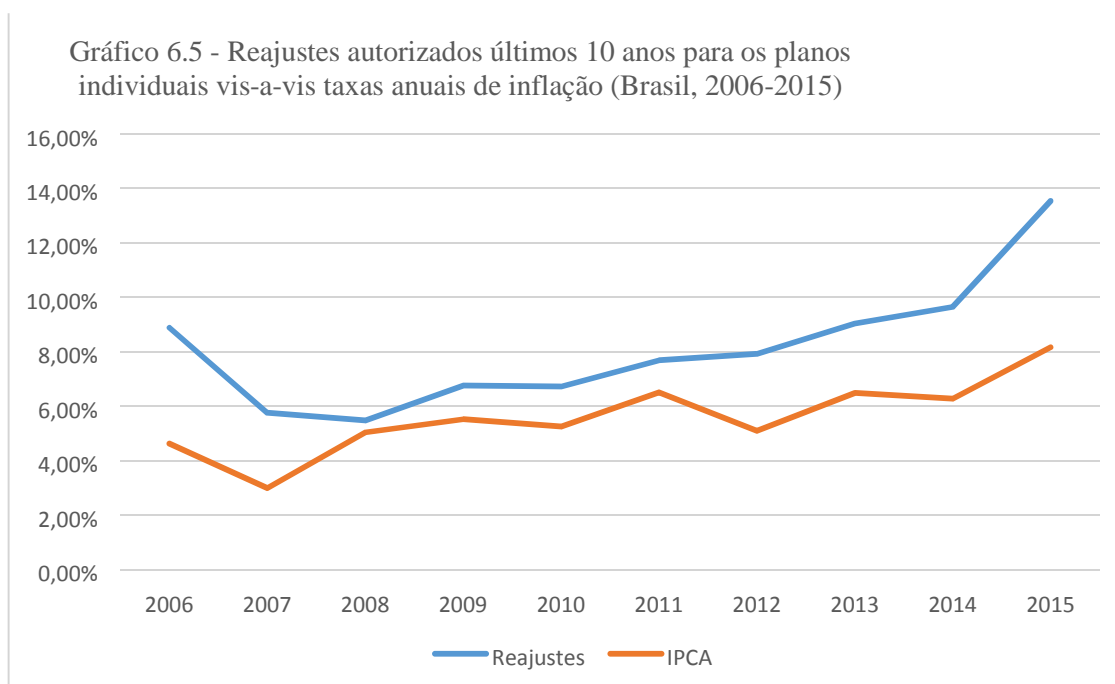
Tabela 6.5 - Reajustes quinquenais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos vis-a-vis a inflação oficial acumulada a cada 5 anos (Brasil, 2006-2010 e 2011-2015)

Quinquênio	Reajuste acumulado	IPCA acumulado
2006 a 2010	38,41%	25,74%
2011 a 2015	57,80%	37,04%

Fontes: ANS; IBGE. Elaboração própria.

Obs. IPCA acumulado de maio a abril do ano seguinte no período de cinco anos

Conforme se verifica, de 2006 a 2010, os reajustes foram autorizados pelo diretor-presidente cujo mandato se encerrou em abril de 2010. Os reajustes por ele autorizados em 5 períodos superaram a inflação oficial em 13 pontos percentuais. A partir da chegada de um capitalista à presidência da autarquia, a diferença entre os reajustes autorizados e a inflação oficial saltou para 21 pontos percentuais. Isso não é trivial. Critérios, justificativas, sempre os haverá. O que importa é o resultado: maiores lucros para os capitalistas, em contraposição aos maiores ônus para os beneficiários de planos de saúde.



Observe-se pelo Gráfico 6.5 que a curva dos reajustes (linha superior) se descola ainda mais da linha da inflação (inferior), a partir de 2011.

Nos idos de 2015 a ANS não é mais presidida por um acionista de operadora. Em junho daquele ano é nomeado para a Presidência da ANS um aliado histórico do setor suplementar, que presidiu por um longo período a Confederação Nacional de Saúde, uma entidade de classe poderosa que congrega oito federações de hospitais brasileiras, e ainda

representa quase uma centena de sindicatos médicos. Ademais, o atual presidente da ANS tem laços com o capital internacional privado em saúde, tendo sido presidente da *International Hospital Federation* (IHF), de 2009 a 2011, instituição que congrega os representantes dos hospitais e serviços de saúde públicos e privados de aproximadamente 100 países (ANS, 2015, *website*)

A CNS não representa o interesse direto da totalidade dos segmentos das operadoras de saúde. Com efeito, o setor da saúde suplementar tem uma base de capital ligada a bancos e seguradoras, uma base de capital cooperativado (de profissionais liberais da medicina), e outra base de capital independente, representada pelos proprietários de hospitais privados autorizados a operar planos de saúde, abrigados pelo segmento das medicinas de grupo, portanto, interessados nos rumos da saúde suplementar.

Pois o que importa registrar é que o presidente da ANS em 2015, que em 2003 estava à frente da CNS, foi o signatário da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1931-

8. O referido ato questionava:

- a) a constitucionalidade do ressarcimento aos cofres públicos dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde de operadoras privadas realizados e pagos pelo SUS, comumente, o ‘ressarcimento ao SUS’.

E requeria:

- b) a suspensão da prerrogativa de a ANS autorizar reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde individuais contratados anteriormente à Lei 9.656/98.

O Supremo Tribunal Federal não acolheu o requerimento da CNS relativamente à inconstitucionalidade do ressarcimento, contudo concedeu liminar para suspender a prerrogativa da ANS autorizar reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde individuais contratados anteriormente à Lei 9.656/98.

A esse respeito Gouveia (2004) aponta que “o Supremo Tribunal Federal declarou, em decisão liminar, a inconstitucionalidade do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, no julgamento da ADIn nº 1931-8,19 impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Ao se confirmar o entendimento da predominância do princípio da irretroatividade das leis (art. 5º, XXXVI da CF), restou vedada incidência da Lei nº 9.656, de 1998, sobre contratos antigos, deixando, assim, de estar sujeitos à regulação da ANS aspectos importantes da prática deletéria do mercado, como reajustes abusivos, limitação do tempo de internação hospitalar e rescisão unilateral de contratos individuais ou familiares, temas que, aliás, foram o ponto de partida para a discussão do marco regulatório e que, atualmente [em 2004] atingem a maioria do universo de planos de saúde existentes no mercado”.

Cumprido ressaltar que a CNS sob comento não se confunde com as demais CNS dessa mesma esfera, as Conferências Nacionais de Saúde, e o Conselho Nacional de Saúde. Registre-se que este último manifestou em sessão plenária de 2014, seu repúdio pela indicação do ex-presidente da CNS (dos capitalistas), para uma das diretorias da Agência, e, novamente, reuniu-se em 2015, para repudiar a nomeação do referido ex-dirigente da CNS para a Presidência da ANS (Conselho, 2015):

(...) considerando que, segundo o inciso I do Art. 18 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, é impedido de atuar em processo administrativo o servidor ou autoridade que tenha interesse direto ou indireto na matéria [o ressarcimento ao SUS];

considerando que [o indicado] ocupava, desde 2003 até sua indicação para a ANS, a presidência da Confederação Nacional de Saúde (CNS),

entidade que representa estabelecimentos de saúde, hospitais, laboratórios e operadoras de planos e seguros de saúde;

considerando que a Confederação Nacional de Saúde (CNS), presidida por quase 10 anos pelo indicado, é autora de uma ação contra o ressarcimento ao SUS. Trata-se da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1931-8, que está em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF); (...)

(...)Vem a público: Manifestar insatisfação quanto à desconsideração da posição do CNS por parte do Poder Executivo repudiando veementemente a indicação pela Presidenta da República de [o indicado] para exercer a função de diretor presidente da Agência Nacional de Saúde conforme publicado no DOU de 16 de junho de 2015 para mandato até 11 de maio de 2017.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), emitiram nota conjunta questionando a indicação do ex-presidente da CNS para dirigir a Reguladora, ao apontar o conflito de interesses envolto em sua nomeação, uma vez que o presidente da ANS em 2015, era o mesmo que questionara, junto ao STF, a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, conforme trecho a seguir:

“A participação [do indicado] na diretoria da ANS é incompatível com o princípio da eficiência na administração pública, conforme preconiza o art. 37, caput, da Constituição Federal. Antes mesmo de tomar posse o diretor já estaria impedido de votar nos processos administrativos envolvendo temas prioritários na fiscalização da ANS”.

Esta tese, nesse instante, prescinde da particularização. Não se trata mesmo de nomear pessoas. No caso, o que está em jogo são os interesses capitalistas. Nesses termos, é importante buscar a objetividade de Krugman (2010) para a compreensão dos interesses capitalistas envolvidos no mercado da saúde suplementar, para subsidiar a compreensão

de uma realidade possível que permita uma ação orquestrada, factual, do capital, quando este ocupa postos em segmentos do Estado, no caso, a ANS:

“As empresas de planos e seguros-saúde não ganham dinheiro ao custear a assistência à saúde. Elas ganham dinheiro na medida em que conseguem se safar arrecadando os prêmios e não pagando pela assistência prometida. (...) Entre as companhias de seguros privados de saúde, os gastos efetivos com assistência médica são literalmente chamados de “prejuízos médicos” [no Brasil, são chamados de sinistros].

As companhias de seguros tentam conter esses desastrosos prejuízos médicos de duas maneiras principais. Uma é usando a seleção de risco, a recusa em vender o plano para as pessoas com maiores chances de virem a utilizá-lo. Outra é cobrando dessas pessoas um preço muito alto. Quando podem, as seguradoras filtram seus requerentes. (...) Qualquer indicação de que o requerente tenha mais chances do que a média de precisar de grandes gastos médicos é adeus à esperança de conseguir um plano de saúde de custo acessível. (...) As pessoas [dirigentes] que fazem isso não são más. As consequências são más. (Krugman, 2010, p. 266-267).

O *website* da ANS divulga a principal diretriz do seu presidente em 2015: “A sociedade brasileira pode ter certeza de um trabalho intenso, pautado na transparência institucional e na sustentabilidade do setor para a garantia da proteção dos direitos dos consumidores, que são nossa razão de existir como instituição. (ANS, 2015). Grifo meu.

Pois o paradoxo da sustentabilidade do setor não se descola de melhores margens de lucro, ambiente regulatório favorável e garantias de reprodução capitalista nesse ambiente de riscos mitigados. Por certo a higidez financeira do setor repercute na qualidade assistencial, e conseqüentemente na garantia da proteção dos direitos dos consumidores, mas a que preço de operação dos planos? Conforme sustenta Krugman (2010), a sustentabilidade do setor será sempre uma razão inversa da qualidade assistencial e do comprometimento da capacidade de pagamento por parte dos beneficiários.

Por fim, é preciso ainda considerar um dado importante, que pode, à primeira vista, servir de atenuante. Em 2015, a ANS conta com três diretorias ocupadas por servidoras de carreira.

Porém, em 2015, o diretor indicado pelo mercado segue à frente da diretoria responsável pela regulação financeira. O novo diretor-presidente acumula a Presidência com a diretoria responsável pela regulação assistencial.

Aos servidores de carreira coube, em primeiro lugar, a fiscalização, que, salvo outro juízo, tem reduzido poder de formulação regulatória, bem como de intervenção nos rumos do setor. Trata-se de um órgão executivo, que protege até onde lhe compete o interesse do consumidor. Essa diretoria poderia ser caracterizada como uma potente ouvidoria, ao focar sua ação exclusivamente no consumidor.

Pois, no entanto, outras sendas fiscalizatórias, como a fiscalização econômico-financeira das operadoras, denominada pela ANS de “acompanhamento”, e a fiscalização técnico-assistencial das operadoras, chamada de “monitoramento”, não são atribuições previstas em regimento interno da Diretoria de Fiscalização da ANS.

A fiscalização econômico-financeira das operadoras e a fiscalização técnicoassistencial, correspondem a atribuições das duas diretorias comandadas por representantes dos interesses do mercado.

As demais diretorias ocupadas por servidores concursados estão relacionadas com as funções típicas de área meio da Agência, uma delas com relativo poder, por administrar a política de informação, e o ressarcimento ao SUS.

Assim, no enquadramento atual regulatório da ANS:

- os índices de reajuste dos planos de saúde;



- a regulação financeira e seus macroprocessos: o normativo, o de acompanhamento econômico, e saneamento/liquidação extrajudicial;
- a regulação assistencial e seus macroprocessos: a atualização do rol de procedimentos, a normatização, o monitoramento das redes assistenciais;

Tudo, absolutamente todos os macroprocessos dinâmicos, estão atualmente sob a influência plena do mercado. Isto tampouco é trivial.

Não constitui um sofisma a regulação da saúde suplementar estar-se diante de um evidente processo de captura do administrador pelo administrado.

Para concluir essa parte, no que se refere às ações para a expansão do faturamento desse mercado, no período pós-2010, foram tomadas ações e incentivos para o seu crescimento, com uma razoável possibilidade de ampliação do mercado consumidor de planos, isto é, da base de clientes das operadoras de saúde.

As ações acima referidas contribuem tanto para mitigar os riscos da operação nesse mercado, quanto para abrir espaço para a entrada do capital estrangeiro na saúde suplementar, o que será debatido a seguir.

#### 6.3.1 RN 279/2011-ANS: ajuste perpetrado sobre beneficiários vulneráveis

A edição da RN 279/ANS, de 2011, foi uma medida de grande impacto sobre os direitos dos atuais e futuros aposentados que compõem as carteiras de clientes dos planos coletivos empresariais. Pode-se dizer que foi a mais importante intervenção do primeiro presidente capitalista da Agência.

O ajuste implícito nessa resolução normativa tem também impactos sobre a sustentabilidade do setor, eis que reduz o risco de operação, ao tempo que abre frentes para a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde suplementar.

Contudo, o referido ajuste, favorável à sustentabilidade do setor, recai sobre o grupo de beneficiários mais vulnerável, os aposentados, portanto, sobre os idosos, tradicionalmente aqueles que mais precisam de cuidados médicos. Isto, da mesma forma, não é nada trivial.

A própria ANS demonstra em um estudo que carteiras de planos de saúde ‘envelhecidas’ geram mais custos, conforme expresso na Tabela 5.6, com dados extraídos do Caderno de Informação da Saúde Suplementar, editado pela Agência (ANS, Mar 2010).

Tabela 6.6 - Taxa de sinistralidade segundo faixas de percentual de idosos nas operadoras (Brasil – 2007-2008)

Percentual de idosos	Taxa de Sinistralidade
Menos de 10%	79,10%
De 10 a 20%	80,70%
De 20 a 30%	89,80%
De 30 a 40%	89,60%
De 40 a 50%	93,80%
50% e mais	90,00%

Fonte: ANS, Caderno de Informação (Março, 2010). Elaboração própria

Para contribuir para a interpretação da tabela, taxa de sinistralidade corresponde a um conceito contábil específico do setor suplementar em saúde, representa a razão entre o montante das despesas médicas e as receitas das operadoras. Assim tanto maior a presença de idosos nas carteiras, com gastos médicos previsivelmente maiores, a sinistralidade tende a aumentar; e a lucratividade tende a cair, salvo se ajustes forem feitos

nos preços: aumentando-se as receitas (o denominador), a taxa de sinistralidade tenderá à média do setor.

Pois, então é necessário apreender o estabelecido, em primeiro lugar, nos arts. 30 e 31 da Lei, bem como nas orientações da Consu nº 21.

A Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabeleceu, em seus artigos 30 e 31, o que se segue:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Resta claro que o legislador pretendeu estender a proteção aos beneficiários dos planos de saúde em situação de vulnerabilidade, os aposentados, mais idosos, assegurando-lhes o direito de continuar no plano dos ativos. O direito, vale dizer, é do aposentado.

A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, Consu nº 21, de abril de 1999, dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98. Com efeito, o art. 30 da Lei e a CONSU nº 20 tratam da permanência de ex-empregado demitido no mesmo plano empresarial dos ativos. E o art. 31, bem como a CONSU nº 21, definem a situação do aposentado. Assim, a Consu nº 21 já havia regulamentado a matéria, conforme indica o seu introito “Dispõe sobre a regulamentação...”.

Com efeito, é de interesse desta tese avaliar primordialmente a cobertura ao aposentado, muito embora o raciocínio seja análogo para a compreensão do caso dos ex-empregados. Contudo, a necessidade de proteção dos aposentados é aparente, tendo em vista tratar-se de grupo que requer atenção e cuidados à saúde ampliados.

A seguir trechos da Consu nº 21:

Art. 1º Para efeito do Art. 31 da Lei nº 9.656/98, aplicam-se as disposições desta resolução ao aposentado que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício (...).

Art. 2º Para manutenção do aposentado como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e aposentados.

§ 1º – É facultada a manutenção, em um mesmo plano, para ativos e aposentados, desde que a decisão seja tomada em acordo formal, firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos. Grifos meus.

Assim, a Consu ° 21 facultava tanto a ativos quanto a inativos permanecerem no mesmo plano, na mesma carteira. Tratava-se de assegurar a inexistência da seleção de risco, a mesma seleção aludida por Krugman (2010) logo acima, em que se descreve a segregação de grupos que tendem a uma maior utilização dos serviços médicos, impondo-lhes um sobrepreço, ou restringindo-lhes acesso ou cobertura.

A Lei 9.656/98 acima de tudo veda quaisquer seleções de risco. O legislador não pretendeu nada mais do que afastar essas possibilidades quando conforme o §2º do Art. 10 da Lei 9.656 estabeleceu que as pessoas jurídicas [operadoras] que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o [planos de saúde] desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. Grifos meus.

Ou, ainda conforme o Art. 14 institui, que em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. Grifos meus.

A RN 279, um dispositivo infra-legal, fez diferente. Mas, afinal, o que fez a RN 279/ANS? Dispor sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, e revogar as Resoluções do Consu nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Vale registrar que as Resoluções Consu nº 20 e 21, do Conselho de Saúde Suplementar, já regulamentavam a matéria.

O referido Conselho é um órgão consultivo da saúde suplementar, composto pelos Ministros de Estado da Justiça, Saúde, Fazenda, e Planejamento, sendo secretariado pelo Presidente da ANS. As atribuições do Consu estão definidas na Lei dos Planos de Saúde.

A seguir trechos da RN 279 da ANS:

#### **RN 279 Seção VII**

##### **Das Opções do Empregador Relacionadas à Manutenção do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado e as Regras Decorrentes**

Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

II - contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, separado do plano dos empregados ativos.

#### **Subseção I**

##### **Da Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado no Mesmo Plano em que se Encontrava Quando da Demissão ou Exoneração Sem Justa**

### **Causa ou Aposentadoria**

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.

§ 2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o caput ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

### **Subseção II**

#### **Da Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado em Plano Exclusivo para Ex-Empregados Demitidos ou Exonerados sem Justa Causa ou Aposentados**

Art. 17. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deverá ser oferecido pelo empregador (...).

Parágrafo único. O plano de que trata o caput deverá abrigar os empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados.

Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

Art. 20. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados será financiado integralmente pelos beneficiários.

Art. 21. A carteira dos planos privados de assistência à saúde de empregados de uma operadora deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.

Parágrafo único. A operadora deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação. (grifos meus).

Enfim, em linhas gerais, a RN 279 impõe uma seleção de risco, quando faculta aos empregadores a segregação de carteiras de seus ex-empregados demitidos e aposentados em um ‘pool de risco’.

Mais grave. Suprime o direito do aposentado em continuar no mesmo plano dos ativos. O art. 31 da Lei é claro ao assegurar ao aposentado o direito de continuar no mesmo plano desde que contribuísse integralmente. E a Consu nº 21 definiu que essa permanência no mesmo plano fosse de comum acordo entre patrões e empregados.

E por quê a RN 279 suprime direitos? Conforme traz o título da Seção VII, que pode ser revisto imediatamente acima, a opção é do empregador em oferecer o plano aos aposentados. Com efeito, o direito do aposentado é transmitido ao empregador.

E a subseção II da referida norma da ANS consagra a seleção de risco, eis que segrega um grupo de ex-empregados demitidos e aposentados, dos ativos (conforme Art.17). E mais, “em condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (Art.19).

Por fim o Art.21 define que o cálculo do reajuste deverá ser único para os ex-empregados demitidos e aposentados de toda a operadora, e que o respectivo reajuste deva ser divulgado no *website* da operadora.

E quais as prováveis consequências deste duro ato contra os direitos dos aposentados?

Em primeiro lugar: encarecimentos dos prêmios, tendo em vista que os reajustes anuais das mensalidades serão calculados em separado para um grupo em tese ‘envelhecido’.

No médio e longo prazos esses prêmios ficarão impagáveis, o que significará a expulsão desse grupo vulnerável da cobertura supletiva, para a qual, verteram recursos pessoais durante anos.

E quais as consequências possíveis sobre as operadoras de saúde. Romper-se o pacto intergeracional, e transferir-se a responsabilidade pelos custos mais altos ao grupo que mais consome, os aposentados, idosos.

Nesse instante, o custo da massa total de beneficiários ativos, sem agora a presença incômoda dos elevados custos gerados pelos idosos, tenderá a cair. Isso refletirá sobremaneira em argumento comercial, importante para as operadoras aumentarem a sua participação no mercado consumidor, incrementarem a base de clientes, e aumentarem seu faturamento.

E do ponto de vista do risco, ele foi parcialmente afastado, pois os custos da massa dos ativos encontrar-se-ão controlados e os “prejuízos médicos” serão repassados para o grupo idoso.

Num cenário projetado, reduzir-se-á a pressão sobre os reajustes anuais dos contratos dos empregados ativos e, principalmente, potencializará a competitividade dos preços de comercialização de novos planos.

Isso não é trivial, e pode impulsionar as vendas de planos de saúde direcionados aos empregados de empresas que ainda não contrataram um plano de saúde em função de restrições financeiras. O mercado da saúde suplementar pode desenvolver-se ainda mais. Essas projeções não são objeto desta tese, mas merecem estudos ulteriores de interessados no assunto, o que não prescinde de avaliações econométricas, estatísticas e atuariais.



Por ora, a observação dos resultados da RN 279 são modestos, mas indicam uma tendência, ao tempo que são suficientes para comprovar as previsões deste trabalho, em torno do encarecimento dos prêmios desse grupo.

Conforme citado, o Art. 21 da RN 279 define que o reajuste daquele grupo deverá ser unificado por operadora e divulgado no respectivo *website*. Nesses termos buscamos a informação nas quinze maiores operadoras de saúde do Brasil (ANS, tabnet), as quais reúnem em suas carteiras de beneficiários 21,4 milhões de usuários de planos de saúde de assistência médica, com ou sem odontologia, correspondentes a 42,3% do mercado total de 50,5 milhões de clientes na data-base de junho/2015. A Tabela 5.7, a seguir, faz esse apanhado.

Tabela 6.7 - 15 maiores operadoras do país segundo o nº de beneficiários e respectivos reajustes aplicados aos planos de saúde dos ex-empregados e aposentados (Brasil, Jun 2015)

Em milhares de beneficiários		
Nome	Beneficiários	Reajustes aplicados/observações
Bradesco Saúde	4.028	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Amil	3.766	Informação do <i>website</i> : o serviço de Histórico de reajustes é exclusivo para CLIENTE - Gestor de empresa. Indisponível.
Hapvida	2.099	Informação do <i>website</i> : Clique no botão CRIAR LOGIN, informe os dados e aguarde por email de ativação. Indisponível.
Sul America Saúde	1.709	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Central Nacional Unimed	1.693	Informação do <i>website</i> : Canais Exclusivos do Beneficiário. Indisponível
Notre Dame - Intermédica	1.405	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed BH	1.192	Reajuste anual segundo o mês de aniversário do contrato: Ago a Dez 2014, 25,34%; <b>Jan a Out de 2015, 19,08%.</b>
Unimed Rio	977	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.

Unimed Paulistana (*)	744	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Cassi (Banco do Brasil)	717	Indisponível.
GEAP	650	Indisponível.
Unimed Porto Alegre	629	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed Federação SP	603	Indisponível.
Unimed Campinas	579	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed Curitiba	566	22,41% (Jan/15); 19,66% (Fev/15); 18,01% (Mar/15); 19,89% (Abr/15); 21,57% (Mai/15); 23,62% (Jun/15); 21,46% (Jul/15); 23,13% (Ago/15); 27,99% (Set/15).

Fonte: ANS Tabnet. SIB/ANS/MS. Jun 2015 e *websites* das operadoras. Elaboração própria.

(\*) Beneficiários da operadora estão em processo de portabilidade especial de carências. Poderá ser liquidada em algum momento.

Com efeito, apenas as Unimed de Belo Horizonte e de Curitiba disponibilizavam a informação publicamente. Para as demais, enviamos e-mail, ou contatamos o serviço telefônico.

Dentre todos os correios eletrônicos enviados, obtivemos resposta da CASSI, uma autogestão, que se isentava de responsabilidade pela divulgação do cálculo, ao afirmar que a informação deveria ser buscada junto ao patrocinador (Banco do Brasil) e junto ao grupo de aposentados (PREVI). A Amil respondeu oferecendo outro e-mail para a consulta, que por sua vez não foi respondido. A Sul América gentilmente respondeu que não poderia atender a este pesquisador, ao tempo que oferecia o *website* da empresa para a obtenção de dados sobre a operadora, o que já não havia sido possível no caso dos reajustes dos aposentados e demitidos, informação que dependia de senhas de acesso.

Essa suposta intransparência indica que essa informação parece ser ainda um tabu, tendo em vista que a maioria, 80% das 15 *majors*, não dão publicidade aos reajustes aplicados a esse grupo.

Enquanto isso, cumpre observar que a ANS divulgou em 2015 o reajuste máximo para os planos de saúde individuais, índice que ela controla, e define, com base na média dos reajustes dos contratos coletivos empresariais. A metodologia é empregada desde 2001, conforme informação da ANS na *internet*:

“A metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média ponderada dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários” (ANS, 2014).

E como se viu, o reajuste autorizado pela reguladora para aplicação a partir de maio de 2015 foi de 13,55%, ou seja, 5,4 pontos percentuais superiores à inflação oficial média para o período de 12 meses compreendido entre maio de 2014 a abril de 2015.

E quanto foi o reajuste aplicado pelas Unimed BH e de Curitiba para os planos dos ex-empregados demitidos ou aposentados?

Conforme indica a Tabela 5.7, a Unimed BH aplicou a título de reajuste anual a esses contratos dois índices: 25,34% de agosto/2014 a dezembro/2014, e de 19,08% para contratos que aniversariem de janeiro a outubro de 2015.

Por sua vez a Unimed Curitiba aplicou uma série de reajustes segundo o mês de aniversário de seus contratos para aposentados e demitidos. Variam de 18,01%, o menor, a 27,99%, o maior.

Enquanto a inflação oficial acumulada nos últimos 12 meses, ao longo do ano de 2015, grosso modo, oscilou de 8% a 10%, o menor reajuste aplicado a este grupo de risco

correspondeu a 18%, e o maior, a 28%! Isso é insustentável para um aposentado. Com efeito, cada beneficiário de plano de saúde empresarial saudável, um dia, será um aposentado.

Não é necessária uma grande ciência para admitir que esses reajustes serão maiores à medida que as carteiras se envelheçam inda mais, e para também afirmar que esses reajustes podem ser considerados abusivos relativamente à renda do idoso, que diminui quando ele se retira. Enfim, os índices de reajuste são impagáveis, insustentáveis para os beneficiários no médio e longo prazos. No entanto, eles existem [os reajustes] em nome da sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

Ora, a garantia da sustentabilidade do setor abriu o mercado de saúde suplementar para o capital estrangeiro. Esses *rent seekers* desejam alta rentabilidade com baixo risco, tradição que o capital estrangeiro sempre seguiu ao investir em nosso país.

Menos de um ano após a edição da RN 279/ANS, a Amil, a segunda maior operadora de saúde do Brasil, foi adquirida pela United Health, a maior operadora de saúde norteamericana, por cerca de US\$ 4,9 bilhões. E depois de 28 meses da edição da norma RN 279, a Intermédica, outra gigante do setor, foi adquirida pelo fundo de investimento estrangeiro *Bain Capital*, de origem norteamericana, com representações nos EUA, Europa e Ásia. (Bahia, Scheffer, 2014; O Globo, 2012)

Por seu turno, os trabalhadores fizeram o que lhes era possível para impedir que a RN 279 tivesse prosseguimento. À época, correspondendo à concertação de interesses neocorporativos, os trabalhadores organizados, que conferiam apoio político informal ao diretor de Fiscalização da ANS, pelo menos até 2013, por certo tomaram ciência do aperto regulatório que estava por vir, e que lhes era desfavorável [havia nesse tempo um processo de consulta pública da ANS relativamente ao projeto de norma].

Era por intermédio da Diretoria de Fiscalização da ANS que os acordos de cooperação eram firmados com as centrais sindicais, conforme abordado no item 5.1.2 deste capítulo. Uma consulta detalhada ao referido Relatório de Gestão ANS 2003-2010 confirma esse vínculo.

Eis que o Diretor de Fiscalização da ocasião manifestou-se formalmente contrário à edição da Resolução Normativa 279 nos termos em que foi aprovada, conforme ata da 315ª reunião ordinária de diretoria colegiada da ANS, disponível no *website* da Agência. O diretor de Fiscalização, segundo a ata, divergiu da decisão acolhida pela maioria.

Nunca antes uma decisão da diretoria da ANS fora tomada sem que fosse de forma unânime. Não obstante, mais um tabu parece emergir. E a depender de um singelo erro de digitação, continuará supostamente a vigor salvo aos olhares mais atentos.

O texto publicado da RN 279 informa que a reunião da diretoria colegiada da ANS [que definiu a seleção de risco] ocorrera em 7 de novembro de 2010. Todavia, o ato, fora de 7 de novembro de 2011. Assim, não será uma tarefa simples, identificar, no *website* da Agência, a referida ata dentre as centenas de atas de reunião de diretoria colegiada da ANS. Aos olhares da sociedade, historicamente toda decisão que dali emerge parece ser unânime. Esclareça-se a verdade dos fatos.

De toda forma, o Diretor de Fiscalização de então votou contrário à norma que impingiu ajuste ao grupo dos aposentados, conforme trechos da ata da 315ª reunião, *in verbis*: “Aprovada por maioria a proposta de Resolução Normativa - RN que regulamenta os arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, com apresentação de voto divergente pelo Diretor Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales, Processo nº 33902.090487/2010-80 (documentação anexa)”.

Não identificamos o voto divergente no *website* da ANS. Invocada, a Lei de Acesso à Informação certamente traria os benefícios da transparência que a ética pública contemporânea está a exigir.

O neocorporativismo parece demonstrar a sua verdadeira face no âmbito da regulação da saúde suplementar: nada parece ser acintoso diante do paradigma da sustentabilidade do setor da saúde suplementar.

#### **6.4 A hipótese segunda: os trabalhadores beneficiaram-se dos esquemas de proteção protagonizados pela concertação neocorporativa, os quais contribuíram para a consolidar o setor de planos de saúde no país?**

Segundo Esping-Andersen, Kersbergen (1992), “as nações com economias abertas desenvolvem estruturas democráticas neocorporativistas para fortalecer o consenso doméstico, facilitar os ajustes econômicos e manter a competitividade internacional. Não obstante, os atores de real importância nas concertações neocorporativas são as federações empresariais, mais do que o movimento trabalhista. Grifo meu.

É neste sentido que se compreende o neocorporativismo como um meio de dominação de classe. Se por um lado, a adesão dos trabalhadores ao reformismo de caráter socialdemocrata lhes permite influir na formulação de políticas públicas e lhes possibilita participar dos resultados do desenvolvimento do capitalismo, por outro, ela reduz a intensidade do conflito de classes, sem que a dominação de classe deixe de existir (Sória-Silva, 2005).

A crítica marxista considera o neocorporativismo um mecanismo protetivo do capitalismo avançado que blinda as forças capitalistas contra os sindicatos e até mesmo contra os governos. Sindicatos são sempre vistos como em grande desvantagem nas

estruturas neocorporativistas relativamente aos grupos empresariais ou ao Estado. Outros enfatizam o papel do neocorporativismo europeu como meio de redução da sobrecarga governamental, uma vez que o neocorporativismo eleva a habilidade dos governos em satisfazer reivindicações de grupos por provisão de serviços no campo do bem-estar (Wilson, 1983).

O neocorporativismo é visto, neste caso, como uma maneira específica de formação das opções políticas em que as grandes organizações representativas dos interesses não se limitam a exercer pressões externas, mas são envolvidas diretamente, ou incorporadas, no processo de formação e de gestão das decisões (Lehmbruch 1977, apud Bobbio et al., 1998).

Nesses termos, diante do cenário em que dirigentes do setor da saúde suplementar ocupam, em 2015, os postos-chave da ANS, com a missão de dominar, conforme se viu, de um lado, a regulação econômica, e de outro, a regulação assistencial, e tendo-se ainda em vista os prejuízos trazidos à classe trabalhadora com a edição da RN 279/ANS, conclui-se, nesse instante, estarem reunidos os elementos para a demonstração da 2ª hipótese deste trabalho, segundo a qual os pactos neocorporativos não foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou, no passado, pela adesão a esquemas privados de atenção à saúde.

A resposta é NÃO. Na contemporaneidade parece inexistir alternativa favorável ao beneficiário da saúde suplementar senão pagar mais caro pela assistência no longo prazo. O advento da RN 279, que praticamente deixa à deriva os beneficiários mais idosos, os aposentados, faz cair o pano da ilusão. Eles podem ser expulsos da cobertura supletiva muito antes do que se possa imaginar.

Repetindo Krugman (2010), “as companhias de seguros tentam conter os prejuízos médicos de duas maneiras principais. Uma é usando a seleção de risco. Outra é cobrando dessas pessoas um preço muito alto”.

Pois foi o que o ajuste encerrado na RN 279/ANS enceta a seleção de risco que afronta a legalidade e leva ao encarecimento dos planos e aumentos de prêmios muito superiores às taxas de inflação, conforme observações do subitem anterior deste trabalho.

Vale lembrar que os arts. 10 e 14 da Lei 9.656/98 afastam a seleção de risco na saúde suplementar, restaurada por dispositivo infralegal, a RN 279/ANS.

E o referido encarecimento dos prêmios, resta evidente, não foi favorável à classe trabalhadora, ao contrário, parece comprometer significativa parte dos seus orçamentos futuros. Nesses termos, não valeu a pena, para a classe trabalhadora, participar do esquema neocorporativista. O empresariado da saúde suplementar, ao fim e ao cabo, saiu fortalecido dessa concertação.

Segundo Giddens (1984 [2009], pp.375-376), Marx sustentou que a classe trabalhadora, consciente da situação opressora que o regime capitalista lhe impunha, mobilizar-se-ia para alterar o estado de coisas, contudo ela [a classe trabalhadora] talvez não tenha dado conta da reação possível da classe dominante no sentido de adquirir uma compreensão suficientemente refinada do sistema para estabilizá-lo e conter as forças revolucionárias. O autor ainda enfatiza o peso das instituições estatais no sentido de amenizar conflitos, ao monitorarem as condições de reprodução do sistema com esse fim estabilizador (p.375-6).

Ao fim e ao cabo, a concertação neocorporativa, patrocinada pelo Estado, parece ter buscado apenas esse objetivo, administrar o conflito e garantir a ordem, a paz social,



para a adequada reprodução do sistema capitalista, no nosso caso específico, na saúde suplementar brasileira.

Contudo, não foi suficiente para dissipar as preocupações dos beneficiários de planos coletivos empresariais quanto à resolutividade futura da assistência à saúde provida por meio da indústria da saúde suplementar. A referida norma promotora de um ajuste desfavorável aos trabalhadores, a RN 279, é a segunda norma mais acessada no website da ANS.

Quadro 6.2 Normas mais acessadas no *website* da ANS (Brasil, set. 2015)

Norma	Assunto	Nº de acessos
Resolução Normativa nº 338	Cobertura Assistencial - Rol de Procedimentos	325.854 (média diária: 446,38)
Resolução Normativa nº 279	Aposentados e Demitidos	317.506 (média diária: 222,50)
Resolução Normativa nº 259	Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)	275.712 (média diária: 173,95)

Fonte: ANS

## 7 CONCLUSÃO

*“A concretização da seguridade não ocorreu no Brasil. A regulamentação dos preceitos constitucionais, nos anos 90, se deu de maneira a setorializar as ações de previdência, saúde e assistência. Cada setor recebeu sua própria Lei Orgânica, cada setor se instalou num Ministério (...). O desmonte da Seguridade, porém, impacta negativamente cada um dos setores em pelo menos duas dimensões interligadas: a do financiamento e a da solidariedade”. M<sup>a</sup> Lúcia Werneck-Vianna (2015)*

Esta tese fez um percurso histórico da privatização da Saúde no Brasil. Nossa avaliação tem início a partir do século XX, com destaque para o estabelecimento do marco legal inaugural da seguridade no Brasil, a Lei Elói Chaves, que organizou, no país, a provisão dos principais benefícios sociais reunidos em uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP dos Ferroviários). Esse esquema expandiu-se para as demais categorias, já sob a forma dos IAP, e teria sancionado uma prática que possuía precedentes no país desde o tempo do Império, qual seja, a organização de certas categorias profissionais, mais influentes, em caixas de socorro mútuo.

Segundo Santos (1979), no Brasil do século XIX havia ordens sociais independentes, as associações de socorro mútuo, mantidas por seus próprios membros: “fundam-se em 1834 a Sociedade Musical de Beneficência, e em 1838 a Sociedade Animadora da Corporação de Ourives, ambas privadas e ambas discriminatórias profissionalmente”. Outras delas abrangiam a burocracia estatal, ao amparar os empregados das estradas de ferro do Estado (Lei 3.397/1888), também sob a forma tradicional de caixa de socorro, provendo ajuda durante períodos de doença e assegurando auxílios-funerais.

No entanto, ainda segundo Santos (1979), o que diferenciava as CAP das anteriores caixas de socorro, é que a Lei Elói Chaves trouxe a questão social para a órbita do Estado, incluiu o financiamento tripartite das ações de previdência, assistência e saúde dos trabalhadores, a ser compartilhada entre o governo, a iniciativa privada e os próprios trabalhadores organizados em institutos, e, portanto, seu advento estaria a caracterizar um processo evolutivo de financiamento compartilhado da seguridade social no país, e que parecia enraizar-se na sociedade brasileira.

Contudo se a Lei Elói Chaves representou o marco inaugural da seguridade no país, os fundamentos da proteção social no Brasil foram assegurados pelo Varguismo, que estendia benefícios sociais aos trabalhadores em troca de apoio político. A proteção social organizada por Vargas, com destaque para a promulgação da CLT, possuía caráter fundamentalmente bismarckiano, associado à produção e de financiamento tripartite, e como tal essa arquitetura influenciou os esquemas subsequentes de proteção social e de assistência à saúde que se seguiram no Brasil, até o advento do SUS universal (Malloy, 1986; Santos, 1989)

E de resto, senão mais importante, existe, no campo da política, a dependência da trajetória. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção. Por isso Malloy (1986) advoga que a Lei Elói Chaves, de 1923, lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes de proteção social no Brasil. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas tão somente se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho, ou, conforme a concepção de Santos (1979), a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a

vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida no Brasil pré-SUS universal. Para esse autor restava consagrada no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

No Capítulo 2 desta tese verificou-se que, na contemporaneidade, em praticamente todos os Estados nacionais, os sistemas do bem-estar social passaram a ser ameaçados pelas questões fiscais. Apesar disso, esse construto de proteção social manteve-se de pé, em meio ao convívio com as acusações de ter sido o vilão dos déficits públicos dos estados nacionais, notadamente a partir da segunda metade dos anos 1970.

Tratava-se esse momento de uma reação conservadora, emanada da onda neoliberal protagonizada por Margareth Thatcher, no Reino Unido, e por Ronald Reagan, nos Estados Unidos, coincidente com a ruína do comunismo na União Soviética.

Nesses termos, a partir da Era Reagan-Thatcher a onda conservadora passou a responsabilizar os sistemas de bem-estar mundo afora, de forma ideológica, pelos déficits públicos crescentes, atribuindo-lhes a pecha de excessivamente generosos, onerosos e geradores de desequilíbrios financeiros.

Por certo o discurso conservador desconsiderava os efeitos que os choques do petróleo da década de 1970 tiveram sobre as contas dos estados nacionais. Não obstante, essa onda conservadora emergiu novamente, ficou evidente por ocasião da grande crise financeira de 2008, quando governos injetaram trilhões na banca privada para evitar a ruína de seus sistemas financeiros, ao tempo que fizeram cortes nos benefícios sociais para ajudar a conter os déficits crescentes e com causação distinta, o socorro aos bancos.

É admirável a resistência do Estado do Bem-Estar em meio a esses ataques, sem que, no entanto, as consequências sobre o moral dos trabalhadores lograssem ser superadas, ante a insegurança gerada quanto ao provimento e ao financiamento da proteção à saúde.

O Capítulo 2 conclui, portanto, que às ameaças econômicas e restrições fiscais segue-se a insegurança gerada sobre os trabalhadores, fenômeno que mina as bases de solidariedade dos sistemas de bem-estar, eis que a busca pelo bem-estar, e pelo *status* de ser saudável, passa a ser individualizada. Os trabalhadores, para o fito de permanecerem hígidos para a sua sobrevivência no mercado de trabalho, inclinam-se para os esquemas de provisão privada, presumivelmente de maior qualidade, em detrimento das soluções coletivistas.

Contribuem ainda para esse fenômeno as alterações estruturais, nas últimas quatro décadas, no próprio mercado de trabalho, fazendo aparecer diferenciações entre os trabalhadores qualificados e os menos especializados, e entre os próprios setores econômicos - entre os *tradables*, sujeitos à intensa competição do mundo globalizado, e os *non-tradables*, voltados para a demanda doméstica, e portanto menos vulneráveis; a resultante é que trabalhadores mais qualificados, que cofinanciam a sua assistência à saúde, leia-se, pagam prêmios a seguradoras e operadoras de saúde, bem como os setores empresariais, que também coparticipam do financiamento privado da saúde dos seus trabalhadores, ambos pressionam por sistemas de bem-estar menos generosos para os demais cidadãos que não podem contar com coberturas de base privada.

Concorre também para a proliferação dos esquemas privados de assistência a própria mudança pessoal de *status* do trabalhador, pois, segundo Offe (1990); Costa, Vaitsman (2014), quanto maior a renda do trabalhador, maior a sua disposição em aderir

a esquemas de proteção privados, relativamente aos esquemas coletivos, presumivelmente racionados.

Essa avaliação favorece a compreensão do paradoxo brasileiro, em que a classe trabalhadora organizada adere a planos de saúde, os quais não lhes assegura a adequada proteção a um preço justo no futuro (vide ajustes da RN 279 debatidos no Capítulo 6), ao tempo que se tenha um SUS gratuito.

Identificou-se também nesta tese que há quase um século a classe trabalhadora teve oficializado no Congresso Nacional o modelo de atenção à saúde de base bismarckiana, associado à produção, de caráter corporativo, e com financiamento tripartite, por intermédio das CAP e dos IAP, tendo esse modelo corporativista de assistência à saúde mantido intacto até o fim da ditadura militar, executado por meio do INPS, e posteriormente via Inamps, e que ganha novo fôlego a partir da década de 1980, até os dias de hoje, por meio da assistência privada dos planos de saúde.

E, em grande parte, a assistência médica dos trabalhadores organizados sempre foi prestada por organizações privadas. Com efeito, embora havia previsão no estatuto das CAP de prestação própria de serviços de saúde, isso praticamente não acontecia, as CAP contratavam serviços privados de terceiros, o que também ocorria no modelo dos IAP; e posteriormente, no INPS/INAMPS, conforme atestam as Tabelas 3.2 e 3.3, para, em seguida, a assistência assumir o caráter eminentemente privado dos planos de saúde.

Nesses termos, no Brasil, a preferência da classe trabalhadora organizada vem sendo sedimentada há quase um século em torno do modelo industrial-corporativo, meritocrático. Do ponto de vista das relações políticas que fundamentaram essa escolha, estas se sustentam nos pilares doutrinários, inicialmente, do corporativismo, e posteriormente, do neocorporativismo, conforme o detalhamento verificado no Capítulo

4 desta tese.

Com efeito, quando da opção nacional, ainda nos anos 1920, pelo modelo industrial-corporativo, que situa a proteção social vinculada à produção, ao emprego, ao mérito, ainda não era realidade a opção universalista, que surge na Inglaterra, durante a 2ª Guerra Mundial, e que tem seus fundamentos definidos no *Report on Social Insurance and Allied Services*. Conhecido como Relatório Beveridge, representou um marco institucional do moderno Estado do Bem-Estar Social, correspondendo a uma revolução do ponto de vista da inclusão social desassociada de uma base contributiva resultante da participação do mundo do trabalho na produção capitalista.

No Brasil dos anos 1980 vivia-se também um momento ímpar. Grande efervescência política a partir do fim do regime militar. Redemocratização e liberdade de organização política. Foi nesse contexto em que fora realizada a 8ª CNS, e os pressupostos universalistas do NHS inglês passaram a ser defendidos pelo Movimento Sanitário, que, diante de sua força - o movimento reunia intelectuais, médicos residentes, gente oriunda das universidades, e burocratas progressistas - no instante que o país experimentava um momento libertário.

Conforme se debateu no Capítulo 4 desta tese, o movimento sanitário logrou criar um modelo de saúde universal no país, público e gratuito, sem que, no entanto, conseguisse superar a matriz privada existente desde as primeiras décadas do século XX. Mantivemos um sistema de saúde duplicado, sustentado por uma militância dúbia, que, de um lado, patrocina a defesa sistemática do SUS gratuito, e, de outro, esses mesmos ativistas aderem a planos de saúde para si próprios e suas famílias.

No Capítulo 4 verificou-se que o movimento sanitário agia descolado das bases sociais. Ativistas do próprio movimento cunharam o termo “fantasma da classe ausente”,

para ilustrar que a classe trabalhadora organizada, considerada a principal interessada na resolutividade dos sistemas de bem-estar, não participava efetivamente do movimento político pela universalização dos serviços de saúde no país.

Costa (1995[1996], p. 353), confirma que “o movimento sanitário teria adotado uma agenda de construção de reformas pelo alto, com pouca participação efetiva e mobilizadora das classes trabalhadoras”.

E aqui um importante parêntese. Enquanto foi destacado nesta Conclusão que a Lei Elói Chaves não se descolava da realidade pré-existente, isto é, ela regulamentava, aprimorava, e trazia para a órbita da regulação estatal a questão da proteção social, ao tempo que incorporava nas CAP o modelo ‘proto-corporativo’ presente nas caixas de socorro em operação no país no século XIX, tal evidencia que restou pavimentado, e posteriormente sedimentado, na classe trabalhadora organizada, o interesse pela adesão ao modelo corporativo, bismarckiano, associado à produção, e de financiamento tripartite.

Por outro lado, a opção universalista não encontrava antecedentes no país, não contava com o apoio maciço dos trabalhadores organizados, e tinha características de uma reforma feita pelo alto, sem adesão das classes populares e dos trabalhadores organizados. Rodriguez Neto (2003) enfatiza essa dificuldade, quando relembra que a Emenda Popular da Saúde, no tempo da ANC, de 1987, arregimentou menos de 60 mil assinaturas, dez mil a menos que a Emenda Popular que defendia a permanência e continuidade da prestação de serviços privados na órbita da saúde pública, capitaneada pelos capitalistas.

Ainda segundo Rodriguez Neto (2003), “o movimento sanitário que emerge da 8ª CNS era composto por membros originários da academia, dos sindicatos dos médicos e de movimentos dos médicos-residente (...) estava distante das entidades realmente



populares, de base, na sua prática cotidiana. (...) Isso evidenciou a necessidade de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados”.

Aqui é importante rememorar as observações de Escorel (1998) a esse respeito: “sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito “para ela” (em direção a ela), ou “por ela” (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário”.

Para enfatizar a fragmentação de interesses no período Constituinte, “os representantes sindicais concentraram a sua participação na Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e dos Servidores Públicos (Boschetti, 2008, p.148), aprofundando a distância, no Brasil, entre direitos do trabalhador e direitos sociais, que em tese deveriam ser a mesma coisa”.

Ou seja, enquanto a reforma sanitária, em tese de interesse dos trabalhadores organizados, era debatida na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, os sindicalistas concentraram suas forças na subcomissão que discutia os direitos trabalhistas, bastando dizer que o único direito social debatido nessa subcomissão era o seguro-desemprego (Boschetti, 1998). Por outro lado, a atuação dos sindicalistas na Subcomissão de Saúde serviu para afirmar que a Previdência não deveria bancar a Saúde, posto que esta ‘era dos trabalhadores’. A Saúde deveria ser financiada por recursos da União, e não da Previdência. Implodia-se a ideia de seguridade no país.

Sobre outro prisma, há que ainda que se levar em conta o interesse particular dos trabalhadores organizados na provisão privada de serviços de saúde. Conforme abordado no Capítulo 5, a sua adesão a planos de saúde não tem caráter compulsório, resulta das

pautas de negociações coletivas entre patrões e empregados, mediadas pelos sindicatos; conta com incentivos governamentais, e ainda tem o interesse direto do governo, quando este patrocina planos de saúde para a burocracia estatal das administrações direta e indireta; e, também, é sustentada pelo empresariado.

Ademais, em nome de *status* e diferenciação, variações positivas na renda favorecem a adesão dos trabalhadores organizados a esquemas de provisão de assistência privados, o que é ainda potencializado pelo ambiente contemporâneo de insegurança dos indivíduos, em face da obrigação em ser saudável num mercado de trabalho altamente competitivo.

Todas essas circunstâncias ilustram o quão desafiadora é a luta pela sustentabilidade do SUS, público e universal, que em tese deveria ser único; a própria Constituição Federal desqualifica tal unicidade. Esses dilemas que permeiam o nosso sistema universal de saúde superam em muito as reconhecidas dificuldades crônicas de financiamento da saúde pública e gratuita no Brasil. São forças que o modelo universal brasileiro, por mais dignos que sejam os seus pressupostos, enfrenta de forma desigual.

Num contexto de encarecimento contínuo dos planos de saúde, para o Estado brasileiro assumir todo o gasto assistencial dos seus cidadãos ele precisará mais que dobrar o seu dispêndio orçamentário com essa rubrica, o que implicaria em dizer que o país precisaria fazer um esforço fiscal de 5 pontos percentuais de seu PIB para tornar o SUS único.

A realidade está a indicar que o modelo de financiamento exclusivamente gratuito para a saúde pública no Brasil, extensível a todos, seria uma ilusão, ao tempo que novas fontes de receita pública para a saúde enfrentariam a resistência da sociedade, que se posta contra novos aumentos na carga tributária.

Assim, projeta-se um cenário para o SUS, que subfinanciado na atualidade, será pressionado ainda mais nos anos vindouros, no instante que acolher futuros ex-clientes da saúde suplementar, o que sugere que a União não poderá abrir mão de contar com recursos financeiros dos usuários de planos de saúde do presente.

Resta aparente que à ilusão da saúde para todos exclusivamente gratuita soma-se uma outra, a dos trabalhadores organizados, e das classes médias, em torno da provisão de assistência por meio dos planos de saúde. Não, as operadoras e seus planos não vão entregar ao aposentado aquilo que prometeram por todo um período em que o trabalhador permaneceu ativo, saudável. Isso restou evidente no Capítulo 6 desta tese.

Com efeito, essa polarização SUS e saúde suplementar em nada contribui para a cidadania, serve apenas para elevar o muro entre a solidariedade do cuidado coletivo e o individualismo oculto nas escolhas por provisão privada. Esse ambiente polarizado arrasta-se no país desde os anos 1980, é parte integrante de um processo que poderá culminar, um dia, numa nova política de Saúde para o país.

Essa polarização poderia ser classificada, na atualidade, de ‘a polarização das ilusões’. Recorrendo-se uma vez mais a Freud (1927): “uma ilusão não é a mesma coisa que um erro; tampouco é necessariamente um erro (...) O que é característico das ilusões é o fato de derivarem de desejos humanos (...). Podemos chamar uma crença de ilusão quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação”.

Assim, o desejo político-ideológico de se gerir uma gratuidade em saúde num país em desenvolvimento, se conecta a um outro desejo, de um cuidado privado, supostamente de ponta e de qualidade, o mesmo cuidado que cobrará no futuro, de seu usuário, um alto preço, leia-se impagável, quando, de fato, esse usuário bater à porta da assistência privada.

É esse usuário, de todas as classes sociais, que declara ao IBOPE (2015), sob encomenda do IESS, o *think-tank* das operadoras de saúde, considerar que a saúde pública é precária, daí a não querer depender dela (40% das respostas). Preocupa, mais ainda, o fato de que 30% dos não-beneficiários de planos expressem a mesma opinião. E dentre esses não-beneficiários, apenas 2% afirmaram que não precisaria de planos de saúde, porque o SUS é gratuito.

### **7.1 Rumo a um novo pacto social regulatório?**

*“O problema do pensamento unidimensional não é ocultar o que salta à vista; é ter conhecimento do que se passa e, mesmo assim, ser incorrigível pela crítica e pela experiência”. Jurandir Freire Costa (2015)*

Ocké-Reis (2012), em seu “SUS: o desafio de ser único”, constrói uma crítica ao modelo regulatório da saúde suplementar num contexto projetado de reforma institucional do mercado.

Instiga-nos a todos: a definição de um novo modelo, nele previstas concessões públicas ao setor privado; destaca-se a possibilidade do SUS tornar-se um *single payer*. Abrem-se novas possibilidades para o SUS ser verdadeiramente único. Sentencia o autor: “a intermediação do financiamento privado à assistência médica deveria ser atividade de responsabilidade exclusiva do Estado” (Ocké-Reis, 2012).

A despeito disso, no Brasil convive-se com um arremedo de sistema de saúde de operação privada, a denominada saúde suplementar, incapaz de atender as necessidades de indivíduos idosos, no momento da vida em que mais necessitam de cuidados médicos. Os reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde desse grupo seguirão praticamente impagáveis até o ponto em que não haverá outro caminho senão desistir dessa cobertura privada. Nesse instante, o SUS receberá uma carga de pacientes para o qual não está preparado, tendo-se em vista o seu sub-financiamento estrutural. E se o SUS

carrega esse problema crônico, ele, da mesma forma, não será capaz de operar a sua cobertura universal com dignidade. Esse estado de coisas não merece prosperar.

No que se refere à parcela da clientela dependente da assistência à saúde sobre a qual debruçamos a nossa atenção nesta tese, a classe trabalhadora organizada, ela, historicamente, sempre nutriu um sentimento, que na acepção do idioma inglês converte-se num termo clássico em saúde, em “*willing to pay*”.

Talvez essa propensão em desembolsar recursos pessoais para co-financiar a provisão de serviços de saúde se estenda ao conjunto da sociedade, eis o que, de forma indireta, está a nos revelar a pesquisa Ibope/IESS (2015). Ela aponta que 75% dos indivíduos em todas as classes sociais, de A a E, desejam planos de saúde, e que 86% de membros das classes D e E acreditam como ‘Muito importante’ e ‘Importante’ deter a posse de um plano de saúde. Com efeito trata-se de uma situação ilustrativa da predisposição em pagar por algo melhor.

Importante que se abra a possibilidade de estudos sérios em torno dos sistemas de bem-estar e respectivas coberturas assistenciais em saúde das modernas sociais-democracias europeias, avaliando-se as possibilidades de uma solução mista para o caso nacional, com a previsão de um híbrido entre sistema universal e modelo meritocrático-corporativo; assaz diferente do misto de universal para pobres [em breve também para a classe média], racionado, e residual-liberal para aqueles melhor posicionados, que expulsa idosos sem renda suficiente para esses elevados custos.

Esse concurso é correspondente com modelagens inequitativas, e nada efetivas, coexistentes no Brasil contemporâneo; requer-se um modelo com um ingrediente de solidariedade, que corresponda e satisfaça à tradição brasileira, de financiamento

tripartite: com recursos do empresariado, de todos os trabalhadores, e do Tesouro, esse último responsável pelos comprovadamente impossibilitados de pagar.

Restando, portanto, mantidos os principais princípios do SUS: integralidade, equidade, acesso universal, gratuidade para quem comprovadamente não pode pagar, descentralizado; e com algum grau de inovação, como, por exemplo, a escolha [e destituição] de gestores de capacidade comprovada, por meio do sufrágio universal, assegurando-se, à esse SUS reformulado, uma autonomia relativamente aos poderes executivos municipais; a existência de um fundo único, na esteira de um novo modelo de financiamento; são modelagens alternativas que se abrem, diante dos impasses contemporâneos da saúde suplementar e do modelo de financiamento do SUS.

Não se trata de simplesmente equacionar um problema crônico, insolúvel no médio prazo, de sub-financiamento do SUS, com o repasse marginal de receitas tributárias novas. Não, não serão os 10% das receitas correntes da União, pleiteados por emenda popular e pelo movimento sanitário [Saúde +10], que poderiam gerar talvez mais 100 bilhões de reais para o SUS a cada ano, sabe-se lá de qual origem; não será o imposto sobre grandes fortunas, não será a nova CPMF, não será o voluntarismo, não será o discurso fácil, que irão resolver o nosso problema, um problema da Nação. Trata-se de um problema cuja solução depende de geração de receita pública de pelo menos 5, ou 6 pontos percentuais do PIB! Isso não é trivial.

Inexistem receitas fáceis para um problema de saúde coletiva grave que se avizinha. Cumpra-se que se abra um debate sério com a sociedade. Sem isso, se projeta um futuro nada favorável para a assistência à saúde da população brasileira. Que assistência queremos? Continuar-se-á a pactuar com a ilusão? Privilegiar-se-á a indústria da negação?

Defender-se-á o SUS gratuito para todos, concomitantemente à contratação individual de um plano de saúde para os próprios defendentes?

Para terminar, recorreremos novamente a Ocké-Reis (2012), para quem “a hipótese [de reforma constitucional da saúde] reside na percepção segundo a qual um novo quadro institucional lançaria as bases para a elaboração de um contrato social regulatório, visando, a um só tempo, à aplicação específica do direito de acesso à saúde no mercado e à perspectiva de unicidade do SUS.”

A reforma constitucional é um caminho a ser debatido seriamente com a sociedade brasileira. Pode ser que esse novo caminho só se viabilize, como soe a qualquer processo revolucionário, a partir de um momento de crise aguda do modelo brasileiro de assistência à saúde, o que não parece constituir uma perspectiva longínqua. Cabe às autoridades de saúde o estímulo à pesquisa na busca de avaliar a efetividade das variadas experiências internacionais, e de sistemas de saúde recém reformados no mundo, a fim de contribuir para o debate de eventuais propostas alternativas para a Saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

Almond GA. Corporatism, pluralism and professional memory. Review articles. *World Politics*, V. 35, N. 2 (Jan., 1983), pp. 245-260. Cambridge University Press. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2010272>. Accessed: 05/02/2015

Alves G. Toyotismo e neocorporativismo no sindicalismo do século XXI. Outubro (São Paulo), São Paulo, v. 2, n.5, p. 47-58, 2001.

Alves WMB. O trabalho como interesse e a opção neocorporativa: um estudo do sindicalismo brasileiro nos últimos 20 anos. (Tese) Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ, 1993.

Amil. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [https://www.amil.com.br/portal/web/servicos/funcionalidade/acessorapido/historico\\_de\\_reajustes%3Fkeys%5B0%5D=historico\\_de\\_reajustes](https://www.amil.com.br/portal/web/servicos/funcionalidade/acessorapido/historico_de_reajustes%3Fkeys%5B0%5D=historico_de_reajustes) (Acessado em 9 Out 2015)

Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Cedoc/MS, 1987.

Andrade EIG. (Des)Equilíbrio da Previdência Social Brasileira: 1945-1997 (componentes econômico, demográfico e institucional). Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte: 1999.

Andreazzi MFS. O Seguro Saúde Privado no Brasil. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro: 1991.

\_\_\_\_\_. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

ANS. Website. Posse do novo diretor-presidente. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2898-jose-carlos-abrahao-edesignado-para-o-cargo-de-diretor-presidente-da-ans#sthash.TIIQFZU7.dpuf> (Acessado em 22 Out 2015).

Bahia L, Scheffer M. Sinistro na ANS. Folha de São Paulo, 24 de julho de 2013. Opinião. Tendências e Debates. São Paulo, 2013.



\_\_\_\_\_. Planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos. Associação Paulista de Saúde Pública. 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/Planos-de-Saude-Eleicoes-2014.pdf> (Acessado em 15 Out 2015).

Bahia L. Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. (In) Saúde, cidadania e desenvolvimento. Cohn A. (Org.). 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2013.

\_\_\_\_\_. Planos e Seguros Saúde: Padrões e Mudanças das Relações entre o Público e o Privado no Brasil. (Tese) Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 326 p.

Bauman Z. Em busca da política. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

\_\_\_\_\_. Individually, Together. Foreword (1999). In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

Beck U. A life of one's own in a runaway world. In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

\_\_\_\_\_. Institutionalized Individualism. Preface In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002b.

Beck-Gernsheim E. Health and responsibility in the age of genetic technology. In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

Beito DT. This Enourmous Army: The Mutual Aid Tradition of American Fraternal Societies before the Twentieth Century. In: Frankel-Paul E, Miller FD, Paul J. (Orgs.). The Welfare State. New York: Cambridge University Press, 1997. 20-38.

Bobbio et al. Dicionário de Política. V. I e II. Trad. Ferreira J et al. (Coord.). 11ª edição. Bobbio N [et al] (Orgs.). Brasília : Editora Universidade de Brasília, 11ª ed., 1998.

Boito Jr. A. Reforma e persistência da estrutura sindical. In: O sindicalismo brasileiro nos anos 80. Boito Jr. et al. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Editora UnB, 1998 [2008].

Bradesco Saúde. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.bradescosaude.com.br/acessibilidade/home.do> (Acessado em 9 Out 2015)

Braga JC, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro: Cebes/Hucitec, 1981.

Brasil. Constituição Federal de 1937. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm) (Acessado em 30 Abr 2015).

\_\_\_\_\_. Lei 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm) (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Beneficiários por Operadora. Brasil, Jun 2015. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def) (Acessado em 8 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Relatório de Gestão - Janeiro de 2004 a Abril de 2010. Rio de Janeiro : ANS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Resolução Normativa - RN N° 279, de 24 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1898> (Acessado em 8 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da 315ª reunião da diretoria colegiada da ANS. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/Atas\\_da\\_diretoria/Ata\\_2011\\_315.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Atas_da_diretoria/Ata_2011_315.pdf) (Acessado em 23 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Normas mais acessadas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/normas-maisacessadas> (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. CONSU nº 21, de 1999. Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjgz> (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª CNS. Brasília: 1986. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) (Acessado em 10 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. MPAS. Dataprev. Decreto 5.109 de 20 de dezembro de 1926. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1926/5109.htm> (Acessado em 6 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto 801/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0801.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0801.htm) (Acessado em 16 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto-lei 4682/23. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm) (Acessado em 5 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 8.689/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm) (Acessado em 16 Jun 2015).

Braudel, F. A dinâmica do capitalismo. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

Bresser-Pereira LC. A esquerda e a crise. Folha de São Paulo, São Paulo, 1 jun 2009. Dinheiro.

\_\_\_\_\_. Five models of capitalism. Revista de Economia Política, vol. 32, n. 1 (126), pp. 21-32, Jan-Mar, 2012.

\_\_\_\_\_. Moratória parcial no final de 1982. Folha de S. Paulo, 4 de janeiro de 1983.

\_\_\_\_\_. O colapso de uma aliança de classes. São Paulo: Brasiliense, 1987a.

\_\_\_\_\_. Pactos Políticos. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Kerstenetzky CL. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Cardoso AM. A trama da modernidade: pragmatismo sindical e democratização no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1999.

\_\_\_\_\_. A década neoliberal e a crise dos sindicatos no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

\_\_\_\_\_. Impeachment hoje serve a corruptores e corruptos. Entrevista a Eleonora de Lucena. Folha de São Paulo, domingo, 26 de abril de 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/04/1621134-entrevista-eleonora.shtml> (Acessado em 26 Abr 2015).

Cassi. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.cassi.com.br/index.php?option=com\\_content&view=featured&Itemid=101](http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101)

Central Nacional Unimed. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.centralnacionalunimed.com.br/beneficiario> (Acessado em 9 Out 2015)

Cohn A. Previdência Social e Processo Político no Brasil. São Paulo: Ed. Moderna, 1980.

Conselho Nacional de Saúde. Moção de Repúdio Nº 004, de 9 de Julho de 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/07/conselho-nacional-de-saude-repudia-aindicacao-de-jose-carlos-de-souza-abrahamo-para-presidencia-da-ans/> (Acessado em 22 Out 2015).

Cordeiro H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Costa JF. Tempo de perguntar. O Estado de S. Paulo, 26 dez 2015. Aliás.

Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13876988>. (Acessado em 1.04.2015).

Costa NR. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil, 1995. (In) Política de saúde: o público e o privado. Eibenschutz, C (org.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. 312p.

Crouch C. Trade Unions: the logic of collective action. William Collins Sons & Co. Glasgow: 1982

\_\_\_\_\_. Introduction: labour markets and social policy after the crisis. Etui. Vol. 20 (1). pp.7-22. UK: Sage Publications, 2014.

Davies S. Two Conceptions of Welfare: Voluntarism and incorporationism. In: Frankel Paul E, Miller FD, Paul J. (Orgs.). The Welfare State. New York: Cambridge University Press, 1997. 39-68.

Delfim-Netto A. As crises. Folha de São Paulo, São Paulo, 5 nov 2008. Opinião.

Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

Esping-Andersen G, Kersbergen K. Contemporary research on Social Democracy. Annual Reviews Sociology, 1992. 18:187-208. Disponível em: [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org).

Esping-Andersen G. Social Foundations of Post-industrial Economics. Oxford: Oxford University Press, 1999

\_\_\_\_\_. The three worlds of welfare capitalism. USA: Princeton University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. Towards the good Society, Once Again? In: Why we need a New Welfare State, Esping-Andersen G. et alli (Eds.). Oxford: Oxford University Press. 2002.

Fagnani E. política social e pactos conservadores no Brasil: 1964-1992. Economia e Sociedade (8): 182-238. Campinas: Jun 1997.

Faleiros VP [et alli]. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

Faoro R. Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. 3ª edição. São Paulo: Globo, 1957 [2001].

Faveret-Filho P, Oliveira PJ. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.3, pp.139-162, jun 1990, Rio de Janeiro: IPEA, 1990.

Ferreira AR. Programas de combate ao déficit habitacional brasileiro. Monografia. Ciências Econômicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2009.

Fleury, S. Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista versus universal publicista. (In) *Política de saúde: o público e o privado*. Eibenschutz, C (org.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994 [1996]. 312p.

Freud S. O futuro de uma ilusão. Rio de Janeiro: Imago, 1927 [1974].

Geap. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.geap.com.br/\\_beneficiarios/be\\_index.asp](http://www.geap.com.br/_beneficiarios/be_index.asp) (Acessado em 9 Out 2015)

GEAP. Estatuto. Brasília: 2015. Disponível em: <http://www.geap.com.br/download/planos/estatuto.pdf> (Acessado em 14 Jul 2015).

Gentile de Mello C. Medicina Previdenciária. In: *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Guimarães R. (Org). Rio de Janeiro: Graal, 1984. 5ª edição (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

Giddens A. A constituição da sociedade, 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1984 [2009].

Giovanella L, Stegmüller K. Sistemas universais de saúde e crise financeira europeia. *Revista Política Social e Desenvolvimento*, n.1, pp.19-24, 2014.

Gomes AC. A invenção do trabalhismo. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1988 [2005]. 320p.

Gouveia MTCS. O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar. (Dissertação) Mestrado profissional. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2004.

Habermas J. A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. São Paulo: CEBRAP. *Novos Estudos*, n.18. pp. 103-114, set 1987.

Hapvida. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/pk\\_ajuste\\_contrato.principal](http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/pk_ajuste_contrato.principal) (Acessado em 9 Out 2015)

Harcourt, GW. "The consequences of neo-corporatism: a syncretic approach", *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 20 n.8 pp. 1 – 22. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/01443330010789016> . Acessado em 05 Feb 2015.

IESS. Avaliação de Planos de Saúde (Ibope). São Paulo: Mai 2015. Disponível em: <http://www.iess.org.br> (Acessado em 11 Jul 2015).

Iversen T. The dynamics of Welfare State expansion. In: *The New Politics of the Welfare State*. Pierson P. (Ed.). New York: Oxford University Press, 2001.

Jessop B. *Liberalism, Neoliberalism, and Urban Governance: A State-Theoretical Perspective*. Blackwell Publishers. Oxford, UK. 2002.

Kerstenetzky CL. Notas sobre as tendências recentes do “Welfare State”, e possíveis lições para o Brasil. *Revista Política Social e Desenvolvimento*, n.1, pp.6-13, 2014.

\_\_\_\_\_. *O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Konder L. Gramsci e a crítica da modernidade. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 2 de junho de 2001. *Idéias-Livros*, 2001.

Krugman PR. *A consciência de um liberal*. Trad. Alexandre Oliveira Kappaun. Rio de Janeiro: Record, 2010.

\_\_\_\_\_. A mística do mercado. *Folha de São Paulo*, 28 mar 2009a. Dinheiro.

\_\_\_\_\_. *Pop internationalism*. Cambridge: MIT Press, 1996.

\_\_\_\_\_. Sem reforma financeira, crise atual será só início de dias piores. *Folha de São Paulo*, 11 abr. 2009b. Dinheiro.

Leal RM. *O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde*. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.

Loyola G. O futuro da regulação financeira. In: Giambiagi F, Garcia, M (Orgs.) Risco e regulação: por que o Brasil enfrentou bem a crise e como ela afetou a economia mundial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Luiz Inácio Lula da Silva. Carta ao Povo Brasileiro. Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/uploads/cartaaopovobrasileiro.pdf> (Acessado em 26 Abr 2015).

Malloy JM. A Política da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

Manow P. New Coalitions in Welfare State Reforms. In: The New Politics of the Welfare State. Pierson P. (Ed.). New York: Oxford University Press, 2001.

Martins, SP. Direito da Seguridade Social. São Paulo: Atlas, 2002.

Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007b. 320p.

\_\_\_\_\_. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. (In) Políticas Públicas no Brasil, Hochman G, Arretche M, Marques E. (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Morandi A, Firmo M. Regulação: errada, incompleta ou não aplicada. In: Giambiagi F, Garcia, M (Orgs.) Risco e regulação: por que o Brasil enfrentou bem a crise e como ela afetou a economia mundial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NHS Health Act. Pittsburgh Post-Gazette  
<http://old.postgazette.com/pg/10119/1054305-114.stm>

Noronha EG. Ciclo de Greves, Transição Política e Estabilização: Brasil, 1978-2007. Lua Nova, São Paulo, 76: 119-168, 2009.

Notre Dame Intermédica. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em:  
<http://www.notredame.com.br/web/portal/empresa/publico/contratos-agrupados>  
(Acessado em 9 Out 2015)

Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.



Ocké-Reis, Santos. Mensuração dos gastos tributários em saúde – 2003-2006. Texto para Discussão nº 1637. Brasília: Ipea, 2011.

OECD. National Accounts at a Glance 2014, OECD Publishing.014. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1787/na\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/na_glance-2014-en) (Acessado em 11 mar 2015)

\_\_\_\_\_. The OECD Jobs Study: Facts, Analysis, Strategies, 1994. Disponível em: [www.oecd.org](http://www.oecd.org) (Acessado em 11 mar 2015)

Offe C. Capitalismo Desorganizado. São Paulo: Brasiliense, 1990.

Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

\_\_\_\_\_. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Guimarães R. (Org). Rio de Janeiro: Graal, 1984. 5ª edição (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, Vol. 94, n. 2, pp. 251-267, Jun 2000.

\_\_\_\_\_. Investigating the Welfare State at Century's End. In: *The New Politics of the Welfare State*. Pierson P. (Ed.) New York: Oxford University Press, 2001.

\_\_\_\_\_. Post-industrial pressure on the mature welfare states. In: *The New Politics of the Welfare State*. Pierson P. (Ed.) New York: Oxford University Press, 2001b.

Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFS. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.11, v.3, pp.837-846, 2006.

Quadros W, Gimenez DM, Antunes DN. Não somos um país de classe média. *Carta Capital*: São Paulo, 9 Jan 2013. p. 50-53.

Ribeiro JM. Arranjos Neocorporativos e Defesa de Interesses do Médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (1): 05-20, jan/mar, 1993.

Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores. São Paulo: Brasiliense, 1970.

Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SACC/DIEESE A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil. Estudos & Pesquisas, Nº 76, São Paulo: DIEESE, mai 2015.

\_\_\_\_\_. Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas. Banco de dados. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 19932012.

Saes GAM. Militares e desenvolvimento no Brasil: uma análise comparada dos projetos econômicos da oficialidade republicana de fins do século XIX, do tenentismo e da cúpula militar do Estado Novo. (Tese). Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. 2011. 329p.

Safatle C. A mãe de todas as crises. Valor Econômico, 10 de agosto de 2012.

SAG/DIEESE. Sistema de Acompanhamento de Greves. Balanço de greves 2009 e 2010. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/balancodasgreves/2010/estPesq60balGreves20092010.pdf> (Acessado em 13 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Sistema de Acompanhamento de Greves. Balanço de 2008. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/balancodasgreves/2008/estPesq45balancoGreves2008.pdf>

Salles Dias Filho PP. Saúde Suplementar: autorregulação no contexto da financeirização da assistência à saúde. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Apresentação oral em painel. Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível em: [http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/064.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/064.pdf) (Acessado em 26 Out 2015).

Santos IS. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho. Dissertação. Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 126 p.

Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

Santos, RT. O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. Tese de doutorado. Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.

Schelkle W. Collapsing worlds and varieties of capitalism: how to step out of Weber's long shadow. Oxford Centre for the Study of Inequality and Democracy. UK: University of Oxford. Working paper OCSID\_01: (2-28). 2008

Sigerist HE. Civilization and Disease. USA: The University of Chicago Press, 1943.

Sória-Silva S. Reforma Sindical, CUT e Neocorporativismo. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista, Unesp: 2005.

Stiglitz JE. Os exuberantes anos 90: uma nova interpretação da década mais próspera da história. Trad. Sylvia M. S. C. dos Santos et al. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

Sul América Seguros. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <https://portal.sulamericaseguros.com.br/main.jsp> (Acessado em 9 Out 2015)

Temporão JG. Equação insustentável. Entrevista a Rodrigo Martins. Carta Capital: São Paulo, 9 Jan 2013. p. 56-59.

Titmuss RM. Social Policy, An Introduction. London: George Allen&Unwin Ltd., 1974.

Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. (In) História e Perspectivas do SUS. Trindade N. et al. (Orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Ugá, MAD. Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde. Saúde em Debate, v.30, n.72, p.80-88, jan/abr. 2006.

Unimed Campinas. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedcampinas.com.br/site.aspx/Mapa-Portal> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Curitiba. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://unimedcuritiba.com.br/wps/wcm/connect/portal/perfil/cliente\\_unimed/areas\\_abertas/reajuste\\_demitidos\\_aposentados/2015/](http://unimedcuritiba.com.br/wps/wcm/connect/portal/perfil/cliente_unimed/areas_abertas/reajuste_demitidos_aposentados/2015/) (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Federação SP. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://portalclientes.unimedfesp.coop.br/Login?ReturnUrl=%2f> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Paulistana. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedpaulistana.com.br/site/planos/> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Porto Alegre. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <https://www.unimedpoa.com.br/busca/geral/reajuste/1.aspx> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Rio. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedrio.com.br/contrato/ConsultaReajuste/> (Acessado em 9 Out 2015)

Werneck Vianna, MLT. A viabilidade de um Sistema Universal de Saúde no Brasil. Plataforma Política Social, 2015. Disponível em: <http://plataformapoliticassocia.com.br/a-viabilidade-de-um-sistema-universal-de-saudeno-brasil/> (Acessado em 7 Out 2015).´

Wilson, FL. Interest Groups and Politics in Western Europe: The neocorporatist approach. *Comparative Politics*, vol.16, no.1, oct 1983, p. 105-123. Disponível em [www.jstor.org](http://www.jstor.org). Acessado em 18.6.2011

Vianna ALD, Levcovitz, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana, ALD, Elias PEM, Ibañez N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, pp.15-57, 2005.

Villas-Boas B. Famílias gastam mais que o governo com saúde, aponta pesquisa do IBGE. *Folha de São Paulo*, 10 dez 2015. Cotidiano.

## APÊNDICE

Cláusulas de Saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo os variados interesses temáticos dos trabalhadores (DIEESE, 1993 a 2012)

### **Assistência Farmacêutica**

Cláusula nº 12, ACT de 1997, trabalhadores de multinacional do setor alimentos – SP: “A empresa concederá a todos os seus empregados uma bonificação na compra de medicamentos, cujo percentual vincula-se ao salário respectivo, conforme escala: até 5 salários mínimos 90%; de 5 a 15 salários mínimos 75%; de 15 a 20 salários mínimos 55%; de 20 a 30 salários mínimos 35%.”

Cláusula nº 91, CCT de 1993, metalúrgicos das montadoras do setor automobilístico

ABC/SP: “As empresas, sempre que possível, estabelecerão convênio com farmácias e drogarias para aquisição de remédios pelos seus empregados”.

### **Auxílio de Saúde**

Cláusula nº 12, ACT de 1996, papelheiros de empresa de papel e celulose – BA: “A XXX concederá um empréstimo social por ano, para tratamento odontológico de seus empregados e dependentes, que será concedido mensalmente para até 10% do efetivo de pessoal distribuídos proporcionalmente entre as áreas”.

Cláusula nº 41, ACT de 2005, bancários de empresa federal de capital misto: “Aos funcionários empossados a partir de 12/01/1998 será assegurado o acesso aos recursos do programa de Assistência Social, sob a forma de adiantamento, para tratamento psicoterápico relativo a 50% do valor estipulado na Tabela geral de Auxílio da XXX, condicionado ao esgotamento do limite de 200 sessões individuais disponibilizados ao associado da XXX”.

Cláusula nº 18, CCT de 2012, vigilantes – DF: “Fica convencionado que as empresas para fins de custeio assistencial e odontológico aos seus empregados, repassarão o valor de R\$ 7,00 mensalmente para o sindicato laboral por cada empregado contratado, a ser pago até o 20º dia do mês subsequente”.

Cláusula nº 26, CCT de 2012, metroviários – RJ: “Para aqueles empregados que no ato da demissão, sem justa causa, comprovem que são portadores de doenças crônicas: mio cardiopatia grave, neoplasias, mal de Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose em placa, insuficiência renal crônica terminal, AIDS e mal de Parkinson, será mantido, e arcando a empresa com o custo total, da mesma modalidade do plano de saúde que possuir o empregado demitido, excluindo seus dependentes, por 24 meses”.

### **Saúde Ocupacional**

Cláusula nº 52, CCT de 2000, metalúrgicos (XIX-III) - ABC/SP: As empresas não exigirão prévia requisição de guia para encaminhamento do empregado ao convênio médico, quando este necessitar de atendimento de urgência.

Cláusula nº 44, CCT de 2005, empregados empresas de telemarketing – SP: A empresa manterá convênios com clínica médica nas proximidades dos locais de trabalho, para atendimento preferencial de seus empregados. Pag119

Cláusula nº 19, ACT de 2008, eletricitários de empresa de energia – RJ: “A XXX se compromete com o aperfeiçoamento do Plano de Saúde oferecido ao seu quadro funcional mediante melhor divulgação dos esforços despendidos para ampliação da rede conveniada, assim como dos programas de prevenção da saúde e para a qualidade de vida agendados e, ainda, através da implementação de procedimentos internos de comunicação entre a empresa e os usuários, com sugestões e críticas, assegurada a resposta através da Gerência de Segurança e Medicina Ocupacional, visando propiciar aos mesmos participação e acompanhamento no desenvolvimento do plano”.

### **Plano de Saúde - Autogestões**

Cláusula nº 80, ACT de 2011, empresa de economia mista federal

“A companhia compromete-se em estudar modelos de atendimento e suporte aos pacientes idosos em instituições de longa permanência, tais como asilos, abrigos, lar, casa de idosos ou casa de repouso, assim como clínica geriátricas e clínicas e hospitais para idosos ou pacientes crônicos dependentes, disponibilizando como uma nova forma de cobertura assistencial aos beneficiários da AMS, com comprovada competência estrutural e assistencial”.

Cláusula nº 28, ACT de 2004, empresa setor financeiro – empresa pública federal: A XXX assegurará assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica, fonoaudiológica, fisioterápica, de serviços sociais e medicina alternativa reconhecidos pelo ministério da Saúde, aos seus empregados e respectivos dependentes, com participação contributiva mensal dos empregados (30%) e da XXX (70%). O titular do Saúde XXX (empregado ativo, aposentado e titular de pensão) contribuirá com mensalidade no valor de 2% da remuneração base.

Cláusula nº 10, ACT de 2007, autogestão de empresa privada do setor extrativista mineral – MG: "10.2.4. Atendimento Odontológico. A XXX participará nesse tipo de tratamento em 65%, no regime de credenciamento. 10.2.4.1. A XXX manterá o credenciamento de dentistas com especialidade em implante dentário. 10.2.5. Transplante de Órgãos A XXX, no regime de credenciamento, custeará em 99% as despesas hospitalares incorridas pelo doador externo (não empregado ou não dependente do mesmo), por ocasião da doação de órgão a empregado ou a seu dependente. (...) As despesas relativas a procedimentos de litotripsia extracorpórea e ultra-sônica (tratamento de cálculo renal), tomografia computadorizada, hemodinâmica, ressonância magnética, quando realizadas em regime de credenciamento, terão a participação da XXX estabelecida em 85%, exceto quando realizadas em regime de internação hospitalar, situação em que a participação da empresa nas despesas será de 99%. 10.2.6.2. Nas despesas relativas a procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no tratamento de câncer, e hemodiálise, todas no regime de credenciamento, a participação da empresa será de 99%. 10.2.7. Tratamento Fonoaudiológico; 10.2.7.1. A XXX renovará o tratamento fonoaudiológico, no regime de credenciamento, observados os seguintes percentuais em relação à participação da Companhia nas despesas efetuadas (...) A XXX considerará o cônjuge e, nos termos de seu regulamento, o (a) companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, como dependente do empregado para efeitos de assistência médica supletiva, independentemente da data de admissão do mesmo na empresa e da renda percebida. 10.4 Medicamentos Genéricos: A XXX cobrirá despesas com os medicamentos abrangidos pela Instrução DEHA 011/98 e também seus respectivos genéricos. 10.5. Medicamentos Especiais: A XXX tentará adquirir, diretamente de laboratórios, medicamentos não comercializados em farmácias, inclusive aqueles utilizados no tratamento da AIDS. A participação da empresa nessa despesa será de 60%. 10.6. AIDS 10.6.1. A XXX assumirá integralmente os custos do

exame de detecção do vírus da AIDS, quando solicitado pelo empregado ao médico da empresa e realizado na rede de laboratórios indicados pela XXX. (...)

Cláusula nº 40, ACT de 2008, setor financeiro – empresa de economia mista

“A todos os funcionários serão assegurados acesso aos recursos do Programa de Assistência Social para os seguintes eventos: (...) c) assistência e dependentes com deficiência; d) enfermagem especial; e) hormônio do crescimento; f) deslocamento para tratamento de saúde no país; g) deslocamento para tratamento de saúde no exterior; h) deslocamento para doação e recepção de órgãos e transplantes; (...) j) remoção em UTI móvel ou taxi aéreo; k) controle do tabagismo”.

### **Plano de Saúde - Sindicatos**

Cláusula nº 12, CCT de 2004, asseio e conservação – PR: “As empresas contribuirão para manutenção em favor de seus empregados, associados ou não, para os sindicatos profissionais que manterão um plano básico de assistência médica, no qual as empresas pagarão ao sindicato profissional respectivo, o valor de R\$ 15,00 por empregado, responsabilizando-se o sindicato assistência por consultas médicas”.

Cláusula nº 7, CCT de 1994, construção civil – SP: “As empresas representadas e integrantes da categoria do SINDUSCON-SP, são obrigadas a recolher mensalmente, a contribuição de 1% do valor bruto das folhas de pagamento de seus empregados, em favor do Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo - SECONCI/SP. Em decorrência desta contribuição, fica assegurada às empresas, assistência médico-ambulatorial aos seus empregados e respectivos dependentes”.

### **Plano de Saúde – Financiamento (Custeio)**

Cláusula nº 16, CCT de 2001, limpeza urbana – SP: “As empresas proporcionarão convênios médico-hospitalar aos seus empregados e dependentes legais, definidos na legislação previdenciária, nos moldes conveniados praticados pelo mercado, chamados de plano estander. O empregado, optante pelo convênio, pagará 2% do seu salário, através de desconto na folha de pagamento, para participar do convênio, e mais 2% por dependente, limitado o desconto total em 8% do seu salário base mensal”.



### **Plano de Saúde – Aposentados**

Cláusula nº 7, CCT de 2006, transporte coletivo urbano de passageiros - Goiânia/GO: “Ao empregado participante que for demitido sem justa causa ou que for aposentado, inclusive por invalidez, poderá optar por se manter no Plano de Saúde, com seus dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na fase laborativa, desde que assuma o pagamento integral”.

Cláusula nº 23, CCT de 2007, comércio GLP – SP: “As Empresas manterão convênio de Assistência Médica, para os atuais empregados aposentados, ainda em atividade, ou que vierem a se aposentar. A manutenção da citada Assistência Médica, extensiva aos seus atuais dependentes legais, nos mesmos padrões patrocinados aos seus empregados em atividade, terá duração de 02 anos. § 1º - O aposentado que venha a desenvolver qualquer atividade remunerada, ou que mudar seu domicílio para outra região, onde não exista atendimento da empresa de assistência médica, perderá o direito ao referido benefício”.

Cláusula nº 33, ACT de 1998, empresa de cimento de MG: “Fica assegurado aos trabalhadores que se aposentarem ao término do contrato de trabalho na Empresa e que tenham nela trabalhado por um período mínimo de 3 anos, assistência médica/odontológica pelo prazo de 4 meses”.

Cláusula nº 11, ACT de 2012, empresa pública federal: “A xxx oferecerá serviço de assistência médica, hospitalar e odontológica aos empregados ativos, aposentados na xxx com no mínimo 10 anos de serviços contínuos, bem como aos dependentes”.

### **Plano de Saúde – Cláusulas de Reciprocidade**

Cláusula nº 5, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “As partes esclarecem que desde a implantação via Acordo Coletivo de Trabalho, na Empresa, da jornada de 8 horas para turnos ininterruptos de revezamento, vem sendo em reciprocidade, concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e de benefícios, tais como: Pagamento de auxílio farmácia de 90% sobre valor dos remédios genéricos e 50% sobre o valor dos remédios normais, fornecimento de plano de assistência médica, entre outros”.

Cláusula nº 28, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “Para os empregados que trabalharem em turno de revezamento, em reciprocidade, será concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e benefícios, tais como:

fornecimento de plano de assistência médica, fornecimento de plano de assistência odontológica, entre outros”.

### **Plano de Saúde – Condicionalidades e Instabilidade**

Cláusula nº 18, CCT de 2008 e 2010, têxteis-PE: "As empresas se obrigam a manter assistência médica, hospitalar e dentária, inclusive em exames, radiografias, etc, nos moldes atualmente praticados.§ Único: As partes acordam que, havendo mudança na legislação dos planos de saúde, a qual inviabilize a manutenção desta cláusula, se reunirão para negociar alternativas para a mesma."

Cláusula nº 45, CCT de 2008, metalúrgicos setor eletroeletrônico de Manaus-AM: As empresas abrangidas por esta CCT, enquanto mantida a atual política de incentivos fiscais, concederão Assistência Médica a seus Empregados e dependentes respectivos, esses assim considerados de acordo com as normas da Previdência Social, a um custo simbólico.

Cláusula nº 10, ACT de 2010, empresa de telemarketing-PR: A empresa manterá plano de assistência médica arcando com 50% da mensalidade no plano básico, podendo esse optar pelo plano superior, arcando com a diferença. A empresa reserva-se o direito de substituir o plano de saúde a qualquer tempo caso não tenha recursos financeiros para sua manutenção.

### **Plano de Saúde – Livre Opção do Empregado**

Cláusula nº 19, CCT de 2009, refeições coletivas – SP: "As empresas concederão, obrigatoriamente, Assistência Médica Hospitalar aos seus empregados e dependentes legais.§ 1º - Fica facultado ao empregado, optar ou não pela sua inclusão no Plano de Assistência Médica. § 2º - Para manutenção do Plano de Assistência Médica as empresas poderão solicitar a participação financeira do empregado, ficando consignado o teto de, no máximo, 30% do custo mensal do plano adotado pela empresa. "

Cláusula nº 42, CCT de 2010, químicos do ABC-SP: As empresas que mantêm convênios de assistência médica, hospitalar ou odontológica permitirão que os empregados possam declinar expressamente do direito de uso para si e dependentes. Caso o empregado queira retornar ao plano deverá se submeter às condições contratuais constantes dos mesmos.

Cláusula nº 11, ACT de 1996, fumageiros empregados de multinacional-RS: A empresa concederá, durante a vigência deste acordo, assistência médico-hospitalar a seus

empregados contratados por prazo indeterminado e dependentes. Fica convencionado, porém, que a assistência médico-hospitalar ficará subordinada às condições e limites previamente estabelecidos pela empresa e terá caráter opcional e o empregado contribuirá, a título de participação, com importância mensal de R\$9,54 por usuário, até o limite máximo de R\$38,16 mensais.”

Cláusula nº 39, CCT de 1996, gráficos – RS: “As empresas com mais de 100 empregados deverão firmar convênios com prestadores de serviços médicos e odontológicos para assistência a seus empregados e dependentes sem ônus para os mesmos. Tal obrigação, em relação à assistência médica, limita-se a consultas e atendimento ambulatorial, em relação aos serviços odontológicos, limita-se a obturações e extrações”.

Cláusula nº 19, CCT de 2009, alimentação/panificação – SP: "As empresas pertencentes ao setor econômico abrangido pelo Sindicato das Indústrias de Panificação e Confeitaria de São Paulo, vinculadas a essa Convenção Coletiva, obrigam-se a subsidiar o convênio médico, plano de saúde ou equivalente, para os seus empregados (não abrangendo dependentes), com opção facultativa por parte do empregado, a ser concretizado durante a vigência da presente CCT. a) O custeio do Plano de Saúde, para as empresas que contém com até 40 empregados, será suportado a razão de 70% pelo empregado e de 30% pelo empregador. b) Para as empresas que tenham contratado à partir de 41 empregados a proporção de custeio de 60% para o empregado e 40% para o empregador. c) Fica estabelecido um limite máximo para a contratação do convênio médico de R\$ 55,00, para os termos de atendimento desta CCT”.

Fonte: SACC/DIEESE.

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho avalia a adesão da classe trabalhadora organizada brasileira a esquemas privados de atenção à saúde, representados no Brasil contemporâneo pelos planos ou seguros saúde de contratação coletiva. Essa perspectiva analítica compreende que, na contemporaneidade, o modelo de atenção à saúde de base privada, que no Brasil concorre com o sistema público universal de implantação tardia, é dependente da trajetória, isto é, guarda relações com o processo histórico da formação do sistema de saúde no Brasil, e com o papel desempenhado pela classe trabalhadora nesse processo.

Assim recorre-se preliminarmente nesse estudo ao conceito de *path dependence* para a compreensão das vicissitudes atuais e futuras que atingem a classe trabalhadora, que constroem a assistência à saúde dos trabalhadores inativos, e porquê também não falar, a dos empregados ativos, que enfrentam uma ameaça real de desassistência, no longo prazo, no âmbito da saúde suplementar.

Traduzida em um breve parêntese, a ameaça resulta de um processo de ajuste iniciado em 2011, cujos efeitos são preliminares na atualidade, ajuste esse contido na edição da Resolução Normativa nº 279/ANS, de novembro de 2011, que estabeleceu a segregação de carteiras de beneficiários de planos e seguros-saúde aposentados da massa de contribuintes ativos, em uma mesma operadora, para o fim de cálculo do reajuste anual das mensalidades dos planos e seguros-saúde.

Essa situação poderá gerar aumentos de prêmios insustentáveis para o grupo dos trabalhadores aposentados, e portanto, idosos, no médio e longo prazos. Esse estado de coisas poderá ser capaz de produzir inflexões futuras nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Pierson (2000) traz contribuições na seara da *path dependence*, ao apontar para a centralidade dos processos históricos enquanto geradores de variações na vida política. Segundo o autor, o conceito de *path dependence*, em sua concepção mais geral, considera a relevância causal dos estágios precedentes em uma sequência temporal. Numa concepção mais específica, se dada nação ou região, ou segmento social, definiu trilhar um caminho, os custos de revertê-lo são muito altos. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção.

Segundo Malloy (1986), a Lei Elói Chaves, de 1923, lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes de proteção social no Brasil. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas tão somente se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho.

Para Santos (1979), a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida no Brasil dos anos 1960. Consagrava-se no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

Para Santos (1979) até 1923 nada de relevante virá a ocorrer em termos da regulamentação pública do problema social no Brasil, pelo que a Lei Elói Chaves inaugura no país esse processo.

Do ponto de vista político, a despeito das discussões, a partir dos anos 1980, em torno da construção de um sistema de saúde público e universal, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), costumava predominar no país uma cidadania regulada, na acepção de Santos (1979), para quem a cidadania era exercida não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, definido em norma legal. Assim, a

cidadania estaria implícita na profissão, e os direitos do cidadão restritos ao lugar em que ocupava no processo produtivo.

É possível que esse estado de coisas não tenha se alterado substancialmente, ao menos no que se refere aos principais beneficiários das políticas sociais, os trabalhadores organizados, eis que, do ponto de vista da assistência à saúde, a existência do SUS universal não foi capaz de alterar a preferência da classe trabalhadora organizada, e mais bem aquinhoadada, pelos planos de saúde.

Assim, tendo em vista o conceito de ‘dependência da trajetória’, interessa-nos neste trabalho avaliar o posicionamento pretérito da classe trabalhadora na conformação das políticas de proteção social, Saúde em especial, desde os tempos que antecederam ao Estado Novo, e a partir desse momento, quando a classe trabalhadora é incorporada no cenário político da sociedade brasileira (Gomes, 1988 [2005]). Tal interesse vincula-se ao objetivo de verificar em que medida as escolhas do modelo de proteção social do passado possam ter influenciado a opção presente da classe trabalhadora pelos esquemas privados dos planos de saúde.

Dados empíricos contemporâneos expressos no banco de dados SACC/DIEESE, que reúne cerca de 2.500 cláusulas de negociações coletivas de trabalho, pactuadas entre 1993 e 2012, relacionadas à assistência à saúde do trabalhador, expressam essa realidade forjada desde os anos 1920, continuada sob o formato dos convênios médicos dos anos 1970, e consolidada por intermédio da saúde suplementar e dos planos de saúde de contratação coletiva, disponibilizados aos trabalhadores das mais diversas categorias, variando a qualidade e amplitude da cobertura dos serviços, segundo a capacidade organizativa e financeira das respectivas categorias profissionais.

Assim, ao avaliar o posicionamento político da classe trabalhadora relativamente à formulação da política social, dos anos 1920 até o presente, este trabalho estabelece um elo

conceitual com as políticas gerais do Estado do Bem-Estar Social, que tem a classe trabalhadora como principal interessada. Vincula, portanto, a política social, em seu eixo atenção à saúde, ao processo de acumulação capitalista no Brasil.

Com efeito, o marco conceitual dessa tese se situa nas relações políticas corporativas, e neocorporativas, que marcam a formulação das políticas de desenvolvimento econômico brasileiro por pelo menos oito décadas. Corporativismo e neocorporativismo, em consequência, moldam a evolução das políticas sociais, considerando-se que as políticas sociais carregam um sentido compensatório para os riscos de dependência inerentes ao modelo de desenvolvimento capitalista.

No Brasil, o corporativismo pavimentou a relação do mundo do trabalho com a política social, estando esta última vinculada à acumulação capitalista. Nas relações neocorporativas, que incorporam efetivamente a classe trabalhadora, a partir dos anos 1990, aos debates em torno da formulação das políticas sociais, e, portanto, de forma menos tutelada do que no corporativismo, ao fim e ao cabo, a despeito das discussões em torno de um sistema de saúde público e universal, tratou de consolidar a adesão dos trabalhadores a esquemas privados de atenção à saúde, em detrimento dos esquemas coletivistas representativos de um pertencimento a uma classe.

Nesses termos, a prestação de serviços previdenciários, e por extensão, dos serviços médicos, no Brasil, seria função da contribuição, isto é, a partir do contrato estabelecido entre o Estado, por meio da previdência social pública, e os cidadãos estratificados. Quanto mais aquinhoadas fosse a categoria profissional na esfera da produção, melhor também o seria na esfera da compensação. A forma como a previdência social fora implantada acabou por reforçar as disparidades econômicas existentes entre as diferentes categorias profissionais (Santos, 1979; Cohn, 1980).

Assim, este trabalho guarda claramente dois marcos conceituais que se complementam. As políticas do Estado do Bem-Estar, instrumentos claros de proteção do trabalhador, que no Brasil são função das relações políticas corporativistas. Esse tipo de relação política, resultante da doutrina corporativista, que vigorou no país a partir dos anos 1930, mirava o desenvolvimento econômico capitaneado pelo Estado com o apoio da burguesia, combinado com a tutela do trabalhismo. Já a partir dos anos 1990, ganham força no Brasil as relações políticas neocorporativistas, com a inclusão, paulatina, dos trabalhadores no processo político.

Segundo Malloy (1986), o Ministério do Trabalho, criado em 1930, iniciou uma articulação com abordagem claramente corporativista para a organização das relações econômicas no Brasil, e, por conseguinte, com reflexos na formulação das políticas sociais.

Bresser-Pereira (2012) aponta que a política social e a política econômica são complementares entre si, o que coloca a economia do bem-estar inevitavelmente no patamar da Economia Política. Para o autor, “sistemas econômicos são sistemas sociais e políticos, não são compostos apenas por relações de compra e venda, mas de relações econômicas reguladas pelo Estado”.

Esta tese inicia a abordagem teórica com a discussão, no Capítulo 2, da resiliência contemporânea dos Estados de Bem-Estar Social aos ajustes perpetrados pelas políticas econômicas restritivas, fiscalistas, nos últimos 40 anos. E, nos seus quatro capítulos seguintes, avalia como os esquemas de bem-estar de provisão privada, agora com o enfoque no Brasil, estiveram associados, inicialmente, ao doutrinamento político corporativista, e a partir dos anos 1990, ao neocorporativismo, reconhecendo-se que a política social no país é marcada pelo processo de acumulação capitalista.

Assim, corporativismo e neocorporativismo são trazidos em uma abordagem teórica logo em seguida, no Capítulo 3 da tese. O capítulo também destaca o papel dos trabalhadores



brasileiros no processo sócio-político, analisado de forma correlacionada com a presença dos regimes corporativo e neocorporativo. O capítulo avalia como no Brasil se processou politicamente a transição do corporativismo ao neocorporativismo.

O Capítulo 4 avalia a influência, no Brasil, do corporativismo enquanto patrocinador da construção da política de saúde de provisão privada, em contraposição ao denominado movimento sanitário, que pregava a implantação no país de um modelo de atenção à saúde universal, público e gratuito, alcançado com o advento do SUS.

O Capítulo 5 oferece um perfil da adesão dos trabalhadores a esquemas privados de atenção à saúde no país, com ênfase nos planos de saúde. Apresenta sobretudo os resultados da pesquisa empírica em torno do banco de dados do DIEESE, o Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), que reúne, num período de 20 anos, mais de 2.500 cláusulas relacionadas à assistência à saúde do trabalhador pactuadas nas negociações coletivas de trabalho de cerca de 225 categorias profissionais brasileiras.

O capítulo 6 dedica-se a demonstrar as hipóteses deste trabalho:

- 1) O neocorporativismo influenciou as políticas de saúde no Brasil, no que se refere à expansão e consolidação da saúde suplementar;
- 2) Os pactos neocorporativos não foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou pela adesão a esquemas privados de atenção à saúde.

No capítulo 6 abordam-se ainda aspectos contemporâneos da regulação da saúde suplementar no Brasil. As considerações finais desta tese estão expressas na Conclusão.

O estudo destaca a participação da classe trabalhadora no desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil, e considera que as pressões contemporâneas para a redução dos Estados

de Bem-Estar Social transmutam-se em poderosos incentivos à expansão de esquemas privados de atenção, em detrimento dos modelos universais, considerados muito generosos pelo pensamento conservador.

Titmuss (1974) justifica a necessidade de um Estado do Bem-Estar Social:

“O processo de industrialização tem produzido novos riscos para indivíduos e famílias. A cada inovação introduzida surgem novos riscos associados, como acidentes, contaminações e doenças. Os custos sociais relacionados à perda da vida, incapacitação, perda de status, limitações de qualificação técnica, e perdas de rendimento para o trabalhador e sua família, geradores de estados de dependência, consequências do avanço tecnológico e dos ganhos de produtividade. (...) Como fica se o Estado não toma nenhuma ação para salvaguardar os interesses da família?”

Sigerist (1943), apontara que as primeiras evidências de que a atividade econômica poderia ser danosa ou prejudicial aos indivíduos nela envolvidos, notadamente a classe trabalhadora, datam antes mesmo da revolução industrial. Segundo ele condições de saúde e riscos à saúde relacionados às doenças ocupacionais encontram-se descritos no clássico de Bernardino Ramazzini, *De morbis artificum diatriba*, originalmente publicado na Europa em 1700.

Segundo nos informa Sigerist (1943), Ramazzini examinou as condições de trabalho e riscos associados de 41 vocações, ampliando o estudo sobre doenças ocupacionais nas edições seguintes, obtendo o reconhecimento de especialistas da medicina que tempos depois discutiram sobre o assunto.

Ainda conforme Sigerist (1943), a literatura norte-americana sobre doenças ocupacionais data de 1837, a partir de um ensaio de Benjamin McCready, que atribuíra como causa das situações de doença não apenas as relações ocupacionais, mas também as condições gerais de vida, como más condições de moradia e ventilação, más condições de higiene, ausência de exercícios físicos e até a intemperança.

Segundo o autor, McCready admitia que boa parte dos problemas de saúde dos americanos derivava da própria sede de riqueza, atribuindo ao povo americano grande dose de ansiedade na busca da superação econômica.

Sigerist (1943) ainda nos traz que, na Inglaterra, o Relatório sobre Condições Sanitárias da População Ativa da Grã-Bretanha, de Edwin Chadwick, publicado em 1842, influenciou a melhoria das condições de trabalho e de vida, obtidas com a Lei da Saúde Pública, de 1848. A Inglaterra foi o país que primeiramente sofreu os impactos da industrialização, antes da Europa Continental e dos EUA.

No Reino Unido os trabalhadores tiveram reconhecido o direito de organizar-se em sindicatos entre 1824-25, de maneira que essa associação do mundo do trabalho focada na melhoria das condições de vida, e de saúde dos trabalhadores, mais cedo ou mais tarde influenciaria a adoção de legislação trabalhista protetiva noutros países (Sigerist, 1943).

O fato é que a industrialização torna a política social necessária, uma vez esgotado o modelo de reprodução social pré-industrial. Novos paradigmas modernizantes introduziram novas formas de mobilidade social, que alteraram o ambiente socioeconômico, como a urbanização, a dependência do mercado e o individualismo (Esping-Andersen, 1990).

Por isso situações de dependência, geradas pela desigualdade social resultante de fatores políticos, sociais ou culturais, justificam a criação dos sistemas de proteção social, para mitigar o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo, que passam a ser compartilhados pela Sociedade, Mercado e Estado por meio dos sistemas de bem-estar. (Viana e Levcovitz, 2005).

Outras vertentes de pensamento sobre a importância dos sistemas de bem-estar derivam de pesquisadores preocupados com o ponto de vista da firma, que se interessam nas formas em

que as políticas de bem-estar podem melhorar o desempenho dos mercados de trabalho, admitindo que elas podem constituir um fator de produção (Schelkle, 2008).

Esping-Andersen (1999), do ponto de vista macroeconômico, argumenta que o impacto do *welfare state* na equalização das chances de vida, por meio da mais ampla oferta de oportunidades iguais e de proteção social, é um ingrediente crucial para o crescimento sustentado.

Noutra dimensão, a classe hegemônica e a autoridade política imprimem ações de proteção para garantir a ordem e a paz social, com vistas a neutralizar possíveis situações de conflito (Viana e Levcovitz, 2005).

Ainda segundo Esping-Andersen (1990), economistas políticos, independente do espectro ideológico, estiveram sempre preocupados com as relações entre o capitalismo e o Bem-estar. Suas análises eram convergentes no que se refere às relações entre o Estado e mercados.

“Com a industrialização as massas proletárias emergentes ganharam mais poder a partir da democratização e do advento do sufrágio universal. A democracia tornou-se o meio de cercear os privilégios da propriedade, sendo que a correlação de forças se alterou quando a classe trabalhadora passou a desfrutar dos direitos sociais, uma vez que o salário social reduzia a dependência dos trabalhadores relativamente ao mercado e aos empregadores, tornando a classe trabalhadora ela mesma uma fonte de poder potencial” (Esping-Andersen, 1990).

Quanto ao individualismo apontado por Esping-Andersen, pode ser explicado a partir da análise da socióloga Elisabeth Beck-Gernsheim. Na visão dessa autora, o individualismo, que é posterior à sociedade pré-industrial - quando a forma dominante de assegurar o meio de vida era comunal, e a solidariedade nas emergências era garantida pelas famílias, que constituíam unidades econômicas – o individualismo emergiu a partir da industrialização,

quando os antigos meios de produção foram superados e fragilizados, e os indivíduos tornaram-se responsáveis por buscar a sua própria proteção (Beck-Gernsheim, 2002).

Ela [*a proteção*] deveria ser obtida através do ativismo pessoal e da afirmação no mercado de trabalho, dando espaço a uma nova moralidade em saúde, que precisa ser constantemente produzida. Assim, a saúde passa a não ser mais um dom de Deus, mas um dever e uma meta do cidadão responsável. Para sobreviver no mercado de trabalho é preciso estar bem (Beck-Gernsheim, 2002).

Nesses termos, a saúde do trabalhador revela-se como o único capital com o qual ele concorre para o desenvolvimento nacional, constituindo-se assim em preciosa propriedade a ser mantida em uma sociedade de mercado (Gomes, 1988 [2005], p.243).

O Capítulo 2 deste estudo, apresentado em seguida, enfoca o Estado do Bem-Estar Social e sua importância para a classe trabalhadora, considerada beneficiária direta. Discute as tendências contemporâneas desse construto de proteção social, no contexto de importantes transformações estruturais nos mercados de trabalho.

## 2 ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL: CONSTRANGIMENTOS E CONTEMPORANEIDADE

*“O mercado prospera na incerteza (chamada alternativamente de competitividade, desregulamentação, flexibilidade) e a reproduz em quantidade crescente como seu principal alimento. Longe de ser um veto à racionalidade do mercado, a incerteza é sua condição indispensável e seu inevitável produto”.*

*Zygmunt Bauman (2000)*

“O desenvolvimento do Estado Social acabou num beco sem saída. Com ele esgotaram-se as energias da utopia de uma sociedade do trabalho” (Habermas, 1987). A verificação dessa hipótese, pessimista, de Habermas é a proposta inicial deste capítulo, que busca avaliar a resiliência da estrutura do edifício Estado do Bem-Estar Social no curso de importantes transformações econômicas, políticas e sociais verificadas, nos últimos 40 anos, no mundo.

Em seguida, abordam-se as tendências contemporâneas do Estado do Bem-Estar, não apenas do ponto de vista das restrições fiscais e constrangimentos econômicos que pressionam esse constructo de proteção social. Assim, o debate sobre a eventual crise do Estado do Bem-Estar, que tradicionalmente aponta a centralidade econômica como a principal geradora de instabilidades em sua estrutura, constituindo-se na principal responsável pelas suas transformações, deve ser ampliado. Deve ser incorporado ao debate um cenário de crise contextualizado por uma desagregação das relações de solidariedade, conforme sugere Habermas (1987) ou, segundo a visão de Offe (1990), para quem estaria ocorrendo uma “desestruturação das coletividades”.

Do ponto de vista estritamente econômico, a partir dos anos 1970 ganha espaço a crítica liberal que questiona a eficácia das políticas ‘keynesianas’, prega o seu

esgotamento, evocando uma crise fiscal permanente, que seria gerada por um modelo generoso e insustentável de proteção social, responsabilizando-o pelo elevado endividamento dos estados nacionais.

Indo além, esta tese apoia-se numa visão que não apenas trata a constrição do Estado do Bem-Estar Social como resultado das baixas taxas de crescimento econômico, desemprego estrutural, endividamento público, e da consequente dificuldade de financiamento ilimitado de gastos sociais em face de restrições fiscais. Reconhece-se que as ameaças ao Estado do Bem-Estar têm raízes em questões econômicas, todavia carrega também razões políticas, comportamentais e sociológicas.

Ressaltamos a importância de verificarem-se as tendências contemporâneas do Estado do Bem-Estar Social tendo em vista seus impactos na vida dos trabalhadores, os principais interessados nesse construto de proteção social, em especial no quesito assistência à saúde. A classe trabalhadora, como um todo, é representada pelas classes médias, composta pelos autônomos, burocratas, profissionais liberais, isto é, todo o grupo de trabalhadores que não está no setor primário nem na indústria, e, portanto, atuantes no setor de serviços, e pelo operariado, tradicionalmente empregado na indústria.

Assim, é importante considerarmos os efeitos das transformações do Estado do Bem-Estar sobre a classe trabalhadora organizada, e de sua capacidade de resposta em face dos desafios postos para a sustentabilidade dos esquemas de proteção coletivistas. Vale ressaltar que as conclusões que derivarem deste estudo podem ter validade, por extensão, para o reposicionamento das classes médias relativamente ao risco que, aparentemente, pode estar presente na adesão a esquemas assistenciais de proteção privados, com o que é o caso dos planos e seguros-saúde, que compõem, no Brasil, o

subsistema de saúde suplementar. A discussão em torno desses riscos se dará nos capítulos finais desta tese.

Antes de tudo cumpre fazer um parêntese: a tradução do citado artigo de Habermas (1987) emprega a terminologia Estado Social, que tem uma abrangência maior do que o termo Estado do Bem-Estar Social. Embora os significados sejam muito próximos, uma distinção possível seria que o Estado Social pode remeter-se às tradições socialistas, e o Estado do Bem-Estar Social é um construto do século XX, em que, originalmente, as democracias capitalistas avançadas imprimiram políticas compensatórias para, dentre outras racionalidades, amenizar o conflito social. Assim, este trabalho acolhe a terminologia empregada na tradução de Habermas, mantendo-se fiel ao texto, todavia com o sentido de Estado do Bem-Estar senso estrito.

## **2.1 Descenso ou continuidade?**

Para Habermas (1987) “o compromisso do Estado Social e a pacificação dos conflitos de classe devem ser obtidos através do poder estatal democraticamente legitimado, interposto para a moderação do processo natural do desenvolvimento capitalista. As políticas do Estado Social recebem sua legitimação das eleições gerais e encontram suas bases sociais nos sindicatos autônomos e nos partidos de trabalhadores, contudo há um neoconservadorismo em ascensão que manifesta-se decididamente crítico do Estado Social, num contexto de valorização excessiva do capital, de altas taxas de desemprego e de concentração da renda, que sacrifica os grupos da população mais pobre enquanto apenas os grandes detentores de capital conseguem nítidas melhoras de renda, e conseqüentemente, observa-se uma clara limitação dos serviços do Estado Social”.

Habermas (1987) acredita que essa situação acarreta o risco de um descolamento do Estado Social de suas bases sociais, já que em tempos de crise estratos de eleitores



ascendentemente mobilizados, a quem o Estado do Bem-Estar aproveitou diretamente, podem se associar à velha classe média produtivista, num bloco defensivo contra os grupos menos favorecidos, daí o risco da desagregação das relações de solidariedade.

Eis que “a estagnação econômica, o desemprego crescente e a crise do erário público são facilmente perceptíveis para a opinião pública numa sugestiva ligação com os custos do Estado do Bem-Estar, enfatizando-se as limitações estruturais sob as quais o compromisso sócio-estatal foi criado e mantido, graças à visão unilateral de seus defensores, que colocavam em primeiro plano a tarefa de disciplinar o crescimento natural do poder econômico e de afastar do mundo da vida dos trabalhadores dependentes, os efeitos destrutivos de um crescimento econômico propenso à crise” (Habermas, 1987).

Esse fenômeno econômico que conjuga estagnação com desemprego e crise fiscal encontra explicações na dinâmica do mercado de trabalho. Com efeito, nos últimos 50 anos houve uma profunda mudança na estrutura dos empregos, que migraram da produção manufatureira para o setor de serviços, resultado dos ganhos extraordinários de produtividade na indústria (Pierson, 2001; Iversen, 2001).

Para Iversen (2001) quando há uma “alteração dramática na estrutura dos empregos feito essa, trabalhadores da indústria têm consideráveis perdas”, na medida que a capacitação e qualificação que obtiveram na indústria não têm a mesma valia no setor serviços. De fato a capacidade de transferir a técnica e a experiência de uma indústria para outra seria capaz de conferir maior independência ao trabalhador relativamente ao seu empregador, o que se perde quando não é mais possível aproveitar, no setor terciário, as habilidades técnicas conseguidas no secundário. Assim, quando empregos são destruídos na indústria com baixa capacidade de transferência técnica, vê-se minado o poder do mercado de trabalho expondo pessoas a pesados riscos sociais”.

Pierson (2001b), em referência ao economista William Baumol, destaca que os empreendimentos do setor de serviços seriam geralmente incapazes de alcançar os ganhos de produtividade típicos do setor manufatureiro, especialmente nos casos em que os serviços fossem baseados em mão-de-obra intensiva, tais como educação, serviços de cuidados da infância, e assistência à saúde. A atividade no setor de serviços não absorve bem padronizações, automações, produções em série, centrais para os ganhos de eficiência na manufatura.

Sobre esse aspecto Krugman (1996) ilustra com o caso americano: “os EUA conseguem produzir alimentos para consumo interno e para exportação empregando apenas 2% da força de trabalho na agricultura - por outro lado há muito emprego disponível para se servir uma refeição ou manejar uma caixa registradora, por isso a maioria dos empregos gerados nos EUA estão no setor de alimentação e no varejo. Noutra vertente, indústrias que atingem rapidamente crescimentos de produtividade reduzem vagas de empregos.

Assim, segundo Pierson (2001b), a estagnação ou a baixa produtividade do setor de serviços tem o significado de uma profunda mudança social, está relacionada à redução das taxas de crescimento econômico verificadas desde 1973 e podem explicar o atual dilema dos Estados de Bem-Estar Social maduros.

Dados da OCDE (*The OECD Jobs Report, 1994*) apontam que o emprego no setor de serviços aumentou de menos de 50% em 1970 para em torno de 65% em 1992, e a maior parte dessa elevação da parcela das pessoas empregadas no setor de serviços, ao longo da década de 1980, deu-se no segmento financeiro, de seguros e negócios em geral, além de serviços pessoais e comunitários. A variação em três décadas do percentual de pessoas empregadas no setor de serviços, também no grupo de países da OCDE,

correlacionado com o emprego no setor manufatureiro, encontra-se demonstrado na Tabela 2.1:

Tabela 2.1- Emprego no setor manufatureiro vis-a-vis no setor serviços, OCDE, 1960-1995

<u>Anos/setores</u>	<u>1960</u>	<u>1975</u>	<u>1985</u>	<u>1995</u>
<u>Setor manufatureiro</u>	<u>27%</u>	<u>28%</u>	<u>22%</u>	<u>18%</u>
<u>Setor serviços</u>	<u>43%</u>	<u>52%</u>	<u>60%</u>	<u>65%</u>

Obs.: Percentual de cidadãos empregados, segundo a média dos países membros da OCDE

Fonte: Pierson (2001)

Há várias interpretações para o crescimento do setor de serviços. Existe a questão do excedente estrutural de mão-de-obra resultado do crescimento da produtividade. Essa mão-de-obra, desprovida de propriedade, não pode nem voltar ao setor primário nem entrar no mundo dos autônomos, e, portanto, é continuamente transferida para o setor terciário. A resultante é a expansão do setor de serviços pela absorção de mão-de-obra, que acaba por contribuir para a estabilização da circulação de mercadorias, assegurando-se-lhes o consumo, assim, desse ponto de vista, o emprego no setor de serviços criaria uma ordem social.

Para Offe (1990) existiria ainda a explicação relacionada ao desenvolvimento estrutural, em que a sociedade capitalista exigiria cada vez mais a criação de novos serviços para atendimento das suas necessidades, serviços necessários num contexto de alterações na família, em função do emprego feminino, da urbanização, de mudanças na estrutura etária, das necessidades de qualificação educacional, mudança técnica, e ainda uma explicação relacionada ao padrão de consumo das famílias em função do aumento da renda, estabelecendo-se novas demandas por consumo de bens culturais e para o lazer, de

cuidados de saúde, além da demanda criada no setor privado por assessoramentos de toda sorte, capacitações, etc.

Em resumo, na visão de Offe (1990) os fatores dinâmicos responsáveis pela expansão dos serviços seriam os aumentos de produtividade, o desenvolvimento estrutural implicando em mudança de necessidades, a renda crescente; e ainda haveria uma quarta explicação relacionada aos interesses dos trabalhadores, pelo lado da oferta, fruto de alterações nas suas preferências relativas à escolha da carreira e à mudança de profissão.

Nesse contexto, os sistemas de bem-estar maturaram-se em meio às alterações estruturais no emprego, simultaneamente ao envelhecimento populacional e às mudanças radicais nas estruturas familiares. (Pierson, 2001b).

Para além do imaginado por Habermas, para quem a *débâcle* da utopia da sociedade do trabalho estaria a reter o desenvolvimento do Estado do Bem-Estar Social, Iversen (2001), que tem sua opinião corroborada por Pierson (2001), considera que a desindustrialização e o conseqüente declínio da classe operária foram, em larga medida, as responsáveis pela expansão dos gastos do Estado do Bem-Estar Social desde os anos 1960, resultado dos gastos transferências de renda para a proteção desse trabalhador.

Dados da OCDE (2011) apontam que desde os anos 1980 o gasto público social cresceu mais de 20% entre os seus 34 países membros, saltando de 15,6% em 1980 para 19,2% em 2007 (relativamente ao PIB médio dos países membros). Contudo, essa situação pode ter gerado tensionamentos no financiamento aos esquemas de bem-estar, de maneira que nesse ponto Iversen e Habermas convergem.

Kerstenetzky (2014) adota uma visão cautelosa. Considera importantes, assim como Pierson, três fatores críticos que ameaçam os esquemas de bem-estar, ou sejam, as

transformações estruturais no mercado de trabalho, na demografia e na composição das famílias, os quais fizeram emergir um novo patamar de riscos sociais, contudo, pode também ser observado que suas ideias aproximam-se de Habermas quando a autora admite que a classe trabalhadora em seu conjunto tem atualmente seus direitos sociais comprometidos, uma vez que a composição dos modelos de sistemas de bem-estar vigentes nas democracias avançadas foi toda baseada numa sociedade de trabalho industrial, que na atualidade perde dinamismo.

Segundo a autora, “a exigência de qualificação penaliza o trabalho não qualificado, criando empregos precários, instáveis, e mal remunerados, sugerindo uma exclusão social permanente, em que a proteção social tradicional, desenhada para o trabalho industrial, compromete o acesso da classe trabalhadora como um todo aos direitos sociais e garantias mínimas de bem-estar. Quanto aos aspectos demográficos, o envelhecimento acelerado das populações, resultante do aumento das expectativas de vida combinado com baixas taxas de fecundidade, implica numa demanda crescente por cuidados assistenciais, enquanto que as mudanças na família tradicional, com a proliferação de famílias não-tradicionais, monoparentais ou sem filhos, e o aumento do emprego feminino, são sinais de alerta que apontam para a incapacidade do mercado de trabalho e das famílias em darem conta das necessidades de bem-estar, ao passo que os Estados de Bem-Estar são incapazes de promover respostas automáticas, na medida que foram desenhados para contextos de riscos diferenciados” (Kerstenetzky, 2014).

Entretanto, se de um lado a assertiva pessimista de Habermas, ciente do fim da utopia da sociedade do trabalho a partir da geração de empregos precários e da exposição dos novos trabalhadores a riscos extremos, entra em choque com as conclusões de Iversen (2001) e Pierson (2001b), que confirmam o aumento dos gastos sociais no ambiente de

instabilidade dos últimos 50 anos, em contraste com a ideia de fim do desenvolvimento social; por outro, Habermas (1987) chega a admitir que “países ainda defasados no desenvolvimento do Estado Social não teriam nenhuma razão para desviarem-se desse caminho, dada a irreversibilidade dessas estruturas de compromisso”, ao tempo que sentencia que “o capitalismo desenvolvido nem pode viver sem o Estado Social nem coexistir com sua expansão contínua”.

Iversen (2001) e Pierson (2001) acrescentam que os custos de uma retração do Estado do Bem-Estar Social recairiam sobremaneira sobre os trabalhadores, que com algum poder de vocalização e de voto, em tese não desejariam o desmantelamento dos esquemas de bem-estar vez que dele se tornaram tão dependentes.

Essa questão da influência do sufrágio universal é relevante, contudo não constitui hipótese explicativa central que concorra para dissipar as pressões sobre os esquemas de bem-estar e pela manutenção de benefícios generosos, considerando-se não haver impedimentos para que um eleitorado conservador faça valer a sua vontade visando o Estado mínimo.

Ademais, os exemplos contemporâneos de volatilidade do eleitorado estão por toda a parte, em momentos de crise econômica aguda o poder incumbente, não raro, troca de mãos, conservadores ou progressistas são defenestrados independentemente de seus matizes ideológicos. Todavia a influência das urnas, que é tanto tratada por Iversen (2001) e Pierson (2001), quanto por Manow (2001), Krugman (2010), ou Offe (1990), dentre tantos outros, por certo têm algum grau de participação sobre os destinos do Estado do Bem-Estar, a ponto de não poder ser descartada desta perspectiva analítica.

Manow (2001) atribui ao Estado do Bem-Estar a capacidade de mobilizar apoios para protegê-lo contra-ataques. O cálculo político e o medo da derrota eleitoral

motivariam sobremaneira os políticos a perseguirem estratégias prudentes de reformas das políticas sociais.

Krugman (2010, p.75) reforça a tese de Manow, quando faz menção a Dwight Eisenhower, ex-presidente norteamericano, que em carta de 1954 ao irmão Edgar teria escrito: “Caso algum partido político tentasse abolir a previdência social, o seguro-desemprego, e eliminar a legislação trabalhista e os programas agrícolas, não se ouviria mais falar nesse partido em nossa história política”.

Segundo a análise de Offe (1990), “os Estados de Bem-Estar são considerados geradores de repercussões positivas sobre as instituições democráticas porque reduzem a intensidade do conflito político, possibilitam uma integração política de todo o eleitorado, e contribuem para a eliminação estrutural do radicalismo político que pode levar a desafios antidemocráticos”. Para o autor, “intuitivamente, seria muito plausível que as democracias capitalistas tendessem a gerar forças políticas que apoiassem progressos do Estado do Bem-Estar, a menos que essas forças fossem derrotadas por uma combinação de crise econômica com mudança para um regime autoritário”. Em condições de normalidade institucional, “o voto democrático fortalece o poder político da maioria dos assalariados, os quais teriam interesse coletivo nas políticas de bem-estar, ao tempo que o poder numérico eleitoral superaria o poder econômico da propriedade”.

Ainda segundo Offe (1990), “a democracia política é um poderoso meio para forçar as elites políticas e os representantes políticos das classes dirigentes a aceitar disposições do Estado do Bem-Estar, a partir do medo por parte da elite do conflito social, e, em última instância, da revolução”. Esse autor chega a afirmar que, em um Estado do Bem-Estar bem estabelecido, nenhum dos partidos políticos concorrentes pode tentar, devido ao seu interesse de ganhar votos, abandonar o pacto do Estado do Bem-Estar”.

assertiva compreendida neste trabalho como verdadeira, todavia não constitui garantia que os esquemas de bem-estar estejam imunes a reformas.

Offe (1990) no entanto faz um alerta, posto que, ainda que se considere que o Estado do Bem-Estar crie as suas próprias fontes de apoio político, em parte através do próprio interesse dos indivíduos e de grupos que recebem benefícios, essas são suposições que podem ser alteradas pelo quadro global contemporâneo de crises, de maneira que essa situação, e a sua percepção e interpretação ao nível da elite e da massa mudaram intensa e inesperadamente, a ponto de que essa hipótese de autodefesa do Estado do Bem-Estar a partir dos apoios de grupos de variados interesses, pode não constituir mais uma hipótese convincente, o que será aprofundado logo em seguida.

Entre tantos argumentos que estariam a indicar o descenso ou a continuidade do Estado do Bem-Estar Social, e considerada, de forma complementar, a questão da democracia direta e o papel do sufrágio universal, que segundo a lógica podem contribuir para o sustentáculo das políticas do Estado do Bem-Estar, e, remetendo-nos de volta ao argumento de Habermas da irreversibilidade dessas estruturas de compromisso, estaria ele a considerar, de forma subliminar, reformas nos sistemas de bem-estar, tendo em vista a sua ideia de que o Estado Social estaria em um beco sem saída? Provavelmente não, contudo a tese reformista é a posição predominante de Pierson (2001,2001b), segundo o qual o arranjo existente para a sustentação das políticas sociais, sem o acompanhamento de um ajuste, configura-se em uma opção pouco realista.

Na visão de Kerstenetzky (2014), os Estados de Bem-Estar Social sofreram reformas, e essas de fato intensificaram os aspectos da individualização do risco social, incorporando um novo princípio, o princípio da ativação, entendido como a ênfase em intervenções para intensificar a participação da população em idade ativa no mercado de



trabalho, com vistas a redução de custos, e essas reformas têm sido alvo de críticas pela crescente individualização dos riscos, e da autorresponsabilização, assunto que será tratado oportunamente neste capítulo. O fato é que “a previsão do fim do *Welfare State* não se materializou nas décadas subsequentes às mudanças estruturais”.

Em resumo, nessas três análises concernentes às perspectivas contemporâneas do Estado do Bem-Estar Social, compreendidas em um período de aproximadamente três décadas, com início em Habermas (1987), passando por Pierson (2001,2001b) e terminando com Kerstenetzky (2014), Habermas avistou o esgotamento de um modelo, mas não o seu fim, Pierson evocou um realismo necessário na busca por reformas, e Kerstenetzky, ao fim e ao cabo, identificou que as previsões mais pessimistas não se confirmaram.

Com efeito, poderia ser constatado um declínio do Estado do Bem-Estar Social relativamente à concepção original do pós-2ª Guerra, a partir das transformações econômicas ocorridas desde os anos 1960-70, que resultaram em ajustes, contudo emerge a conclusão que a estrutura, o edifício, continua de pé.

Destarte o Estado do Bem-Estar Social vem resistindo às contingências econômicas, todavia, é importante demarcar e não perder de vista que as mudanças que resultaram na perda de dinamismo da indústria e em seguida no crescimento do setor de serviços, podem ter enfraquecido as bases do Estado do Bem-Estar Social.

A precarização das relações de trabalho, o crescimento do gasto social associado (Iversen, 2001; Pierson, 2001b; Kerstenetzky, 2014), são seguidos de pressões sobre o financiamento dos esquemas de proteção, pressões justificadas pelo ambiente de redução das taxas de crescimento econômico e da queda na produtividade do trabalho.

Esse ambiente tensiona o Estado do Bem-Estar. Trata-se de reconhecer uma crise fiscal que se instala de forma duradoura, que remete a uma situação em que restrições orçamentárias acabam sendo impostas ao Estado do Bem-Estar, e esse cenário contribui para a corrosão das suas bases de sustentação econômica.

Na visão de Pierson (2001b), atingimos uma situação de permanente austeridade. Para o autor, enquanto eventuais aumentos de impostos possam contribuir para a redução do *gap* entre receitas e compromissos, seria difícil de imaginar, especialmente na Europa, que melhorias na arrecadação *per se* fossem suficientes para a manutenção do equilíbrio fiscal. Nesses termos, acredita o autor que até mesmo os mais fervorosos defensores do Estado do Bem-Estar Social cada vez mais reconhecem que a sustentação dos esquemas de proteção irão requerer reformas significativas.

Não obstante, é importante registrar que a crise econômica contemporânea, do século XXI, tem condicionantes diversos daqueles que levaram, a partir dos anos 1970, às mudanças estruturais no emprego, que, por sua vez, geraram constrangimentos ao Estado do Bem-Estar.

A crise econômica recente é resultado da desregulação dos sistemas financeiros norte americano, e europeu, que expôs a humanidade a riscos sem precedentes (Stiglitz, 2003; Delfim Netto, 2008; Bresser-Pereira, 2009; Krugman, 2009a,b; Loyola, 2010; Morandi, Firmo, 2010; Crouch, 2014). O endividamento atual dos governos se deve a isso, e muito menos a esquemas de proteção onerosos ou generosos.

Contudo não se pode olvidar que essa crise de cunho financeiro atinge Estados de Bem-Estar com financiamento predominantemente público. Segundo identifica Crouch (2014), ao final de 2012, por conta da crise bancária, a Europa e outros países em várias partes do mundo embarcaram numa nova onda de mercantilização sem uma

correspondente compensação adequada (o autor prefere usar o termo *marketization* em vez do termo *commodification* de Esping-Andersen, contudo o sentido aqui é o mesmo), colocando as estruturas de proteção no centro da estratégia contracionista, e sentencia:

“Enquanto, de um lado, a incerteza é um ingrediente necessário e inerente à dinâmica das economias de mercado, de outro, o processo de intensificação da exposição da classe trabalhadora às incertezas pode resultar em choques comprometedores da sua confiança econômica e da condução de suas próprias vidas, o que implica em riscos de redução abrupta de consumo, ou riscos da adoção de comportamentos de endividamento irresponsável, ou ainda riscos da ocorrência de protestos sociais desafiadores da ordem, tudo isso corresponde a externalidades para as quais as democracias serão pressionadas a oferecer respostas” (Crouch, 2014).

Muito embora os Estados do Bem-Estar tenham resistido aos variados ataques nas últimas décadas, na contemporaneidade os sinais de pressão e de ajustamentos estão por toda a parte, ocorrem em todos os regimes de proteção social. Do ponto de vista fiscal, a luta para o equilíbrio orçamentário é infundável. Governos experimentam níveis de endividamento sem precedentes em tempos de paz, com reflexos no financiamento dos esquemas de proteção, o que repercute em empregadores e sindicatos, de maneira que esses atores desempenham um papel crítico nas discussões em torno de reformas dos sistemas de bem-estar (Pierson, 2001).

As Tabela 2.2 e Tabela 2.3, a seguir, indicam a situação atual do endividamento dos governos dos países membros do G7 (EUA, Inglaterra, Canadá, Alemanha, França, Itália e Japão). Captam os reflexos da grande crise financeira do século XXI sobre o endividamento público e o déficit público médios relativamente ao PIB dos 7 grandes países.

Tabela 2.2- Dívida pública em relação ao PIB - 2000-2012  
(média dos países do G7)

Ano	Relação Dívida Pública/PIB
2000	86%
2004	93%
2008	97%
2009	111%
2012	128%

Fonte: OECD - National Accounts at a Glance (2014). General government debt Total, % of GDP, 1995 – 2013. Elaboração própria.

Tabela 2.3 - Déficit público - 2000-2012 (média dos países do G7)

Ano	Déficit público
2000	-0,6%
2004	-3,5%
2008	-2,9%
2009	-7,5%
2012	-5,3%

Fonte: OECD - National Accounts at a Glance (2014). General government deficit Total, % of GDP, 1995-2013. Elaboração própria.

A dívida pública cresce continuamente nos países do G7 ao longo do século XXI em relação aos seus produtos internos, com impactos sobre o déficit público, que, no entanto, reduziu-se de 2009 para 2012 em função de Alemanha ter zerado o seu déficit no último ano constante da Tabela 2.3.

Assim, conforme Pierson (2001) destaca, se a opção dos capitalistas é a de refrear os gastos sociais, sejam de responsabilidade do Estado ou representados pelo próprio desembolso dos empregadores, e moldá-los aos seus interesses econômicos, nada obsta

que em certas situações poderia ocorrer uma convergência entre capital e trabalho para a redução dos benefícios sociais.

Nesses termos, o crédito pela posição reformista não poderia ser exclusividade da posição conservadora do empresariado. Eis que a posição dos sindicatos e dos trabalhadores é por vezes caracterizada por certa ambiguidade, ainda que se leve em conta que seria a classe trabalhadora a principal interessada nas políticas de proteção social.

Essa ambiguidade da posição dos trabalhadores é sugerida inicialmente por Manow (2001), que avalia que os Estados do Bem-estar não contam mais com alinhamento automático de seus tradicionais apoiadores, os trabalhadores e os partidos trabalhistas.

O autor afirma que sindicatos de trabalhadores, de forma aberta ou silenciosa, vêm patrocinando acordos, caracterizados como “*cross-class coalitions*”, em que trabalhadores, empregadores e políticos reformistas, e também burocratas reformistas, estariam visando objetivos e metas comuns, com vistas à reestruturação dos Estados do Bem-estar (Manow, 2001, p. 148-149).

Manow (2001) aponta para a necessidade de refazer a pergunta sobre quem são os reais beneficiários dos sistemas de proteção para entender esse problema contemporâneo. Portanto, o Estado do Bem-Estar Social não é só ameaçado por questões econômicas de ordem estrutural, conforme destacado neste trabalho até então, mas conta com constrangimentos de natureza política, e até mesmo moral, o que será abordado a seguir.

## 2.2 A desestruturação das coletividades

Para Manow (2001), “os tradicionais apoiadores do Estado do Bem-Estar, estar-se-iam transformando em seus principais desafidores. Sindicatos e partidos socialdemocratas não apenas mudaram de lado, como viraram membros da ‘multidão’ neoliberal. Sindicatos e parcelas da socialdemocracia estariam na luta por reformas profundas nos sistemas de bem-estar, dentre elas a redução de dedutibilidades, a privatização de serviços sociais, a introdução de controles rigorosos em critérios de elegibilidade a programas, ampliação dos chamados períodos de experiência (em que direitos sociais não são concedidos), redução nos reembolsos por doença, endurecimento dos critérios para concessões de pensões, e criação de fortes incentivos para que o trabalhador retorne ao trabalho e abandone esquemas de proteção” (Manow, 2001, p.148).

Indício disso é que mais recentemente, na Alemanha, o neocorporativismo com participação nas negociações de entidades-ponta de empresários e trabalhadores foi reavivado e foram tomadas medidas para a manutenção do emprego com flexibilização de jornadas de trabalho (Giovanella, Stegmüller, 2014).

O objetivo comum dessas alianças capital-trabalho seria a reestruturação do Estado do Bem-Estar na esteira da reversão da expansão dos gastos sociais, por meio de reformas administrativas seguida de redução da carga fiscal, muito embora o empresariado nem sempre estivesse fechado com esse tipo de política (Manow, 2001, p.149).

Manow (2001) confirma a posição da literatura (Esping-Andersen, 1990, 1999; Pierson, 2001; Schelkle, 2008; Bresser-Pereira, 2012) da existência de uma lógica central ligando produção e proteção, mas diferentemente de Pierson (2001) e Iversen (2001), que não conferem créditos à globalização enquanto fator indutor das reformas no Estado do

Bem-Estar, Manow (2001) acredita que fatores externos têm influência sobre as reformas. Esse autor acredita nas pressões da globalização sobre o Estado do Bem-Estar, e tem a convicção de que essas pressões poderiam ampliar, em vez de diminuir, a importância econômica dos benefícios colaterais da política social, na crença de que programas de proteção social poderiam até ser capazes de fortalecer a competitividade internacional, a ponto de até mesmo reduzir os incentivos para que as firmas retirem seus apoios a um regime oneroso de proteção social.

Não obstante, Manow (2001) identifica uma clivagem entre trabalhadores e entre firmas que estaria ensejando o desejo reformista de parcelas do empresariado, e, paradoxalmente, estaria contaminando os principais interessados no Estado Social, a classe trabalhadora.

O autor justifica essa clivagem ante a separação de dois segmentos econômicos, o de bens *tradables* e *non-tradables*. A conceituação dessas duas grandezas pode ser entendida a partir da construção de um intervalo em cujos extremos estariam, de um lado, os bens exportáveis, e de outro, aqueles de consumo eminentemente doméstico. Bons exemplos para esses últimos seriam o setor da construção e de serviços públicos, e no polo dos *tradables* estariam as manufaturas e as *commodities*.

Segundo Manow (2001) firmas atuantes nos setores mais protegidos da economia, como o doméstico, teriam mais facilidade em contornar os incrementos de seus custos via aumentos de preços, ou mesmo estariam melhor posicionadas por serem mais dependentes do orçamento público do que do mercado. Ao contrário, firmas atuantes no segmento mais exposto da economia, que enfrenta a concorrência externa, precisam manter seus preços competitivos. Num cenário de intensa competição externa, que implica em pesado controle dos custos de transação (técnicos, legais e econômicos), e na

impossibilidade de transferi-los aos preços, o controle se daria por meio da redução de salários, racionalizações e de terceirizações.

O que teria ocorrido é que no ambiente competitivo globalizado, em que se experimentou uma intensa internacionalização dos mercados, inclusive com formação de blocos econômicos, acompanhada de uma privatização em larga escala de serviços públicos como telecomunicações, energia e transportes, teria havido um crescimento relativo da participação, na economia, dos setores expostos relativamente aos setores protegidos, o que foi seguido de pressões contra os altos salários e contra os benefícios generosos do Estado do Bem-Estar Social (Manow, 2001).

Para Manow (2001) a resultante é que trabalhadores e empreendedores atuantes no setor mais exposto da economia, cientes de suas dificuldades, tornam-se os principais interessados na contenção dos custos domésticos crescentes (carga fiscal, inflação, etc.) relacionados a um setor público em tese superdimensionado, e a um Estado do Bem-Estar generoso. Nesse contexto, uma nova clivagem político-econômica entre setores protegidos e expostos se instala.

Trata-se de argumento potente, que pode ser ainda fortalecido por explicações de ordem moral, entretanto, cumpre ressaltar que Iversen (2001) não é alheio à essa questão da clivagem, apenas não acredita que ela seja resultado da globalização, conforme já discutido anteriormente neste capítulo. Ele enfoca essa barreira social enquanto um conflito distributivo entre aqueles em posições seguras no mercado de trabalho ante os demais, em posições inseguras, no que concerne ao acúmulo de qualificação profissional, a ponto de que trabalhadores mais qualificados, descrentes de seu declínio, enfrentam riscos menores no mercado de trabalho e não teriam razões para serem solidários com os trabalhadores em posições inferiores ou inseguras, havendo poucos motivos para que a



classe média proprietária e o capital, ou mesmo o núcleo da classe trabalhadora, adotassem como próprios os interesses materiais dessa “classe excedente”. (Iversen, 2001, p.78; Offe, 1990, p.310).

Essas questões de solidariedade encerram questões morais importantes. Para compreendê-las parte-se da posição sustentada por Offe (1990), de “desestruturação das coletividades”, para em seguida aprofundarmos o que esse autor advoga, com a contribuição de outros cientistas sociais que abordam as questões contemporâneas da “sociedade de risco” e da “individualização”.

Para Offe (1990) observa-se uma crescente lacuna entre o que costumava ser considerado necessidade, e os serviços e benefícios realmente fornecidos, e isso não teria levado ao conflito em larga escala e/ou militante em defesa do Estado do Bem-Estar e de sua contínua expansão”.

Em adição, tem havido uma certa “deserção eleitoral, algumas vezes enorme, do núcleo da classe trabalhadora em direção a forças políticas liberal-conservadoras”, conforme a abordagem de Manow (2001) apresentada anteriormente neste item, oferecendo indícios de um forte apoio político para cortes e legislações anti-Estado do Bem-Estar. Offe (1990) acrescenta ainda que “existem fortes indicações de que, paralelamente a essas mudanças na política e nas ações políticas, ao nível da opinião da elite e da ideologia da esquerda política, o componente igualitário-coletivista de sua herança teórica está perdendo importância, enquanto os ideais e projetos libertários, antiestatizantes e etnográficos, tornam-se cada vez mais dominantes”.

Offe (1990) avalia esse fenômeno contemporâneo como um “estreitamento dos parâmetros de semelhança, com a fragmentação de identidades e de solidariedades coletivas”, e para interpretá-lo opta por uma análise sociológica que considera as

mudanças estruturais nas sociedades modernas. O autor identifica que a evaporação das classes e de outras coletividades obedece a um padrão que se compõe de uma “pluralidade de grupos e categorias relativamente pequenos, que mudam rapidamente de tamanho, influência e coerência interna, sem um eixo dominante de conflito amplamente reconhecido” (Offe, 1990).

Assim, a referida mudança estrutural explica em maior medida o estreitamento de apoio ao Estado do Bem-Estar, para além das questões econômicas, fiscais e políticas, e responde ao que ele classifica de uma “profunda falta de fé nas políticas sociais como bens públicos, admitindo que o futuro não será uma continuação do passado no que concerne ao crescimento econômico, à política fiscal e ao emprego, corroendo-se a plausibilidade da solução de redistribuição sem dor” (Offe, 1990, p. 308).

Na presença dessas condições, para reerguer o Estado do Bem-Estar seriam necessárias amplas alianças eleitorais e de grupos de interesse que convergissem para a institucionalização das disposições coletivas, contudo, a reversão da tendência de cortes cumulativos se torna improvável devido à fragmentação, pluralização e individualização de interesses. Contudo, “a crise econômica do Estado do Bem-Estar gera atitudes e orientações políticas individualistas, traduzindo-se, assim, em uma crise política do Estado do Bem-Estar sem necessidade de grandes esforços de mobilização e organização política das massas por parte de liberais e conservadores” (Offe, 1990, p.311).

Essa busca de soluções individualistas é também resultado das pressões contemporâneas sobre o indivíduo, ante a incerteza, o medo do desemprego, da fome, do adoecimento, da falta de garantia na velhice, temores resultantes da dinâmica capitalista, e que levam a um comportamento denominado de ‘individualização’. Bauman (1999) explora esse conceito:

“A individualização consiste em mover as identidades humanas do status de uma ‘concessão’ para uma ‘obrigação’, restando aos atores encarregarem-se dessas obrigações e serem responsabilizados pelos efeitos delas resultantes, não sendo permitido aos indivíduos desviarem-se da norma. A individualização é um destino, não uma escolha livre. No mundo da liberdade de escolha individual, a opção de não participar do jogo individualista não está na agenda. Assim, se o indivíduo cair doente, foi porque não foi industrioso o suficiente para seguir uma conduta saudável. Se ele permanece desempregado, foi porque descuidou-se da qualificação necessária, ou porque não buscou de fato trabalho, ou porque é um preguiçoso”.

Segundo Beck (2002) “a noção ideológica de autossuficiência individual implica no desaparecimento de qualquer senso de obrigação mútua. A espiral da individualização destrói as fundações da coexistência social, o indivíduo transforma-se na unidade básica de reprodução social pela primeira vez na história, e o aumento das desigualdades sociais se explica ante essa situação”.

Assim a individualização está a indicar uma corrosão e uma lenta desintegração da cidadania, ao tempo que indicaria a urgência de renovação da capacidade de decidir em conjunto (Bauman, 1999), o que está cada vez mais difícil, conforme análise complementar desse mesmo autor:

“Em vez de cerrar fileiras na guerra contra a incerteza, praticamente todos os agentes institucionalizados eficientes de ação coletiva juntam-se ao coro neoliberal para louvar como estado natural da humanidade as forças livres do mercado e o livre comércio, fontes primordiais da incerteza existencial, enquanto os sofrimentos que costumamos experimentar a maioria das vezes não se somam, e portanto não unem suas vítimas. Nossos sofrimentos dividem e isolam, nossas misérias nos separam, rasgando o tecido das solidariedades humanas (Bauman, 1999).

Do ponto de vista histórico, se na sociedade pré-industrial a forma dominante de assegurar o meio de vida era comunal, e a solidariedade nas emergências era garantida pelas famílias, a partir da industrialização, quando os antigos meios de produção foram superados e fragilizados, os indivíduos tornaram-se responsáveis por buscar a sua própria proteção (Beck-Gernsheim, 2002).

### 2.3 Considerações Finais

Neste capítulo averiguou-se uma série de constrangimentos impingidos ao Estado do Bem-Estar, sob a influência de aspectos pluridimensionais que se constituem em ameaças à sustentabilidade dos Estados do Bem-Estar Social no mundo contemporâneo. Esses aspectos, econômicos, políticos, sociológicos e comportamentais, moldam o *Welfare State* contemporâneo. Sendo-lhe peculiares, em interação conferem-lhe uma racionalidade dinâmica, ampliada.

O *Welfare State* foi idealizado para a proteção dos indivíduos. O cenário avaliado neste capítulo, ao fim e ao cabo, constata a grande vulnerabilidade dos indivíduos no mundo atual, bem como dos trabalhadores, em especial os menos qualificados.

A clivagem identificada por Manow (2001), existente entre os trabalhadores em melhor *status* de emprego e renda em contraposição àqueles de menor qualificação, esgarça as relações de solidariedade, e constitui-se em relevante ameaça aos esquemas de proteção social, dentre tantas apresentadas até então neste capítulo.

As identidades coletivas, que tradicionalmente funcionaram como elos que uniam o conjunto das classes trabalhadoras, não operam com a potência anterior, abrindo espaço para a exacerbação das posições individualistas de autoproteção, que orienta trabalhadores para a provisão privada de assistência. Abraçados ao sentimento individualista desejam transpor o ínsito racionamento dos esquemas de proteção coletivistas. Pois conforme Offe (1990) observou, quanto mais elevados o *status* e a renda proporcionados a grupos de indivíduos, menor se torna a sua motivação racional para ter seus privilégios vinculados a sistemas coletivos, previsivelmente precários e, portanto, maior a inclinação para procurarem alternativas no mercado.

Com efeito, Habermas anteviu, mais do que a *débâcle* do Estado do Bem-Estar, o fim da utopia da sociedade do trabalho. Nos deixa importante reflexão em torno desse sitramento do Estado Social, acompanhado da desagregação das relações de solidariedade, que aprofunda as desconfianças em torno da sua continuidade. Essa baixa na solidariedade coletivista é mais uma ameaça a juntar-se a outras contra o Estado do Bem-Estar.

Nesse ambiente, tradicionais apoiadores do Estado Social, os trabalhadores, em especial no Brasil, conforme será visto nesta tese, seguem perseguindo esquemas de provisão privada como alternativa aos regimes coletivistas.

Revela-se aqui a dimensão que as restrições econômicas e fiscais adquirem no debate *mainstream* acerca dos constrangimentos em torno do *Welfare State* na contemporaneidade. Pierson (2001), Esping-Andersen (2002), e tantos outros, defendem a necessidade de reformar o Estado do Bem-Estar para que permaneça sustentável.

Seria pouco realismo não aceitar a necessidade de reformar, de promover ajustes e racionalizações, a fim de que os esquemas de proteção encontrem a sua viabilidade no longo prazo, no curso do processo civilizatório. No entanto, há um tênue limite entre essa crença e o discurso conservador inserido no argumento de que “a expansão dos compromissos estatais gerou pressões orçamentárias persistentes acompanhadas de pronunciada perda de flexibilidade na formulação das políticas sociais no período contemporâneo” (Pierson, 2001b).

A crise fiscal europeia contemporânea está aí para reduzir a força do argumento conservador, que tende a correlacionar o aumento do endividamento público ao financiamento dos sistemas de proteção social. O mais recente relatório *National Accounts at a Glance*, da OCDE, coloca em dúvida o argumento neoliberal, ao afirmar que “o rápido incremento na dívida pública de seus países membros, a maior parte europeus, entre 2006

e 2011, reflete o impacto da formação de déficits públicos gigantescos resultado das intervenções dos governos em apoio aos sistemas financeiros de seus principais países” (OECD, 2014).

Assim, o argumento que responsabiliza os gastos sociais pelos desequilíbrios financeiros do Estado perde em parte sua sustentação. Este trabalho não desconsidera que o crescimento dos gastos sociais, associados ao envelhecimento populacional, são causadores de tensão na atualidade, e podem ampliá-las no futuro. Contudo, o que importa ressaltar é o baixo nível de evidência de que os gastos sociais contribuem para o aumento dos déficits públicos, na escala em que o discurso conservador atribui.

Com efeito, desde 1980, “quando o neoliberalismo se tornou dominante nos Estado Unidos e na Grã-Bretanha, teve início uma guerra contra o Estado do Bem-Estar Social. O objetivo era substituí-lo por um Estado mínimo, pelo Estado liberal do século XIX” (Bresser-Pereira, 2012). “Os que anunciavam o fim iminente do Estado do Bem-Estar por conta de contradições internas intransponíveis eram os portadores de argumentos conservadores que alardeavam os efeitos deletérios da intervenção social estatal, sendo que nas três últimas décadas esses argumentos ganharam considerável ressonância” (Kerstenetsky, 2012).

E por mais que a ideologia liberal estivesse em cheque após a Grande Crise Financeira de 2008, cuja causa, identificada por variados especialistas, foi a massiva desregulação dos sistemas financeiros; surpreende o sacrifício de benefícios sociais nos anos recentes, principalmente naqueles países mais atingidos pela crise financeira, como Grécia, Irlanda, Portugal, Itália e Espanha, forçados pelos países líderes da comunidade europeia a promoverem pesados ajustes recessivos, e significativos cortes na área social.

Por fim, causa preocupação entre os marxistas a concertação contemporânea dos interesses de grupos, que implicam num alto grau de colaboração entre setores organizados, o que expressa, na prática, os pressupostos da teoria neocorporativista, em que a representação de acordos setoriais resultantes de alianças capital-trabalho serve para a formulação de políticas públicas, dentre elas a política social, em nome da governabilidade.

As práticas neocorporativas caracterizam-se por ensejarem pactos políticos tripartites, envolvendo a classe empresarial e os trabalhadores, com a intermediação dos variados interesses feita pelos governos. Muitos veem com desconfiança essa pactuação, pois os sindicatos, portadores dos interesses dos trabalhadores, são considerados o elo fraco da concertação entre capital e trabalho. Na crítica marxista concernente às práticas neocorporativas, emerge a preocupação de que a concertação pode constituir-se em ferramenta de controle social para enfraquecer, ou mesmo anular, o movimento sindical e a classe trabalhadora (Wilson, 1983).

Os aspectos dessas relações políticas serão abordados no Capítulo 3, a seguir.

### 3 PRÁTICAS NEOCORPORATIVAS E TRABALHISMO NO BRASIL

*Nas Ciências Sociais raramente somos capazes de estabelecer as condições de laboratório e examinar casos puros, à luz de variáveis de controle, sendo-nos possível tão somente examinar situações complexas caso a caso, gradualmente construindo um número de variáveis, ao tempo que se realiza o esforço de compreensão em torno daquelas que consideremos as mais simples, básicas, atendendo à máxima de que a teoria só pode se iniciar com casos simples”. Colin Crouch (1982)*

A teoria neocorporativa surge em meados dos anos 1970, quando governos socialdemocratas europeus experimentavam insuficiente flexibilidade para resolução das questões de políticas públicas, resultado principalmente das restrições fiscais. Assim se voltam para a sociedade civil em busca de apoio e participação conjunta na formulação das políticas públicas, visando a satisfação de variados interesses de grupos.

Os governos convidam entidades patronais e sindicais para a tomada de decisões tripartite, coordenada pelo setor público, envolvendo empresariado e a classe trabalhadora, com o significado de incorporação dessas entidades, e dos assuntos privados, na seara pública.

A proposta deste capítulo é averiguar se o neocorporativismo se fez presente no Brasil, em que medida, e em que momentos históricos, para, enfim, avaliarmos, nos capítulos finais desta tese: a) se as práticas neocorporativas foram capazes de influenciar nas políticas públicas de saúde; b) se foi vantajosa a participação da classe trabalhadora nesses fóruns de negociação tripartite de caráter neocorporativo.

Inicialmente o capítulo aborda o corporativismo, tipo de relação política que antecede a concertação tripartite do neocorporativismo. Enquanto as relações políticas neocorporativas incorporam a classe trabalhadora nos acordos e na formulação das



políticas públicas, no corporativismo, trabalhadores e sindicatos passam a receber a tutela do Estado enquanto são excluídos do processo decisório.

A concertação neocorporativa é especialmente criticada pelos marxistas, que consideram a classe trabalhadora e os sindicatos o elo frágil nos acordos, conforme será visto nos próximos itens deste capítulo, que objetiva apontar, se no Brasil a concertação neocorporativa se fez presente em algum momento histórico do país.

Neste aspecto faz-se neste trabalho um percurso histórico da política brasileira, e da atuação dos trabalhadores em alguns momentos cruciais, dos anos 1920 ao presente, com destaque para o período democrático pós regime militar de 64, quando, a partir de então, a classe trabalhadora começa a ter algum espaço de vocalização no Brasil.

### **3.1 Relações corporativas, neocorporativas e a lógica de interesses da ação sindical**

#### **3.1.1 Corporativismo**

Corporativismo refere-se a um tipo particular de relação política na qual o Estado acolhe o interesse de grupos na formulação das políticas, de forma a promover a harmonia entre classes e a perseguir objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional. Durante o fascismo o corporativismo tem seu auge, caracterizado pelo papel dominante do Estado na formulação de políticas, implicando na dependência dos interesses de grupos do apoio estatal, e num tipo de agência de participação compulsória (Harcourt, 2000, pp.4-5).

Para Bobbio et al. (1998) o corporativismo corresponde a uma defesa da organização da coletividade baseada na associação representativa dos interesses e das atividades profissionais (corporações), cuja proposta fundamental reside na remoção ou

neutralização dos elementos de conflito: a concorrência no plano econômico; a luta de classes no plano social; as diferenças ideológicas, no plano político.

Relativamente aos aspectos relacionados ao trabalhismo, o modelo corporativo se apresenta como fórmula contraposta ao modelo sindical das primeiras décadas do século XX. Este segundo modelo não privilegia a conciliação dos interesses de categoria, enquanto realça o conflito dos interesses e a luta de classes. De modo contrário, o modelo corporativo impediria justamente a formação de elementos de conflito, ao articular as organizações de categoria em associações entre classes, e prefixando normas obrigatórias de conciliação para os dissídios coletivos do trabalho. Assim o modelo corporativo prevê a colaboração entre as classes no âmbito das categorias (Bobbio et al., 1998).

No plano político, o modelo corporativo se apresenta como alternativa do modelo representativo democrático. Seu caráter contrário aos conflitos o caracteriza como instrumento apto a consolidar a eficiência e concentração do sistema, e a destruir as forças centrífugas ideológicas e classistas, em nome da união entre as classes (Bobbio et al., 1998).

Bobbio et al. (1998) distinguem dois tipos de corporativismo que se fizeram presentes na idade moderna, o corporativismo contrarrevolucionário ou tradicional, e o corporativismo dirigista.

O corporativismo contrarrevolucionário ou tradicional surge no curso da Revolução Industrial, como protesto contra a empresa capitalista. Antiliberal, apresenta-se como contestação absoluta ao sistema, como um ideal restaurador. Segundo a noção de que o princípio da igualdade e o individualismo comprimiriam e isolariam o indivíduo, expondo-o ao abuso dos poderosos, quer no trabalho, quer na sociedade política, o ideal corporativo é constituído precisamente por orientações legitimistas e católicas, que, por

meio de articulações solidárias, busca a união com todos os excluídos do sistema, isto é, as categorias subalternas (Bobbio et al., 1998).

O segundo tipo, o corporativismo dirigista, teve sua concretização no corporativismo fascista. Segundo Vallauri (1971, apud Bobbio et al 1998) o corporativismo fascista "nasce como exigência das classes dirigentes de uma sociedade que, com o passar de um estágio agrícola a um estágio de maior empenho industrial, sentem necessidade de controlar a marcha da evolução e de juntar em um fascio [grupo] as energias do país, a fim de alcançar resultados mais eficazes, com menor dispêndio de meios, e poder competir com os mais poderosos organismos produtivos estrangeiros".

Assim segundo Bobbio et al. (1998), no Corporativismo fascista as corporações estão subordinadas ao Estado, são órgãos do Estado. O Corporativismo fascista teve sua origem na concepção nacionalista elaborada por Alfredo Rocco, subordinando o bem-estar das categorias, e os seus próprios interesses concretos, ao objetivo geral do desenvolvimento econômico.

A fórmula de Rocco foi aceita por Mussolini, para quem as corporações eram definidas como "instrumento que, sob a égide do Estado, torna real a disciplina integral, orgânica e unitária das forças produtivas, com vistas ao desenvolvimento da riqueza, do poder político e do bem-estar do povo italiano." A rígida subordinação das corporações ao Estado é constantemente proclamada pelos expoentes do fascismo (Bobbio et al., 1998).

No corporativismo dirigista há uma contraposição ao sindicalismo como fórmula unitária e aglutinante. "O sindicalismo, afirmara Mussolini, a 21 de abril de 1930, não pode constituir um fim em si mesmo: ou se exaure no socialismo político, ou na corporação fascista. Só na corporação se realiza a unidade econômica em seus diversos

aspectos: capital, trabalho, técnica; só com a colaboração, isto é, com a colaboração de todas as forças que concernem a um mesmo fim, se assegura a vitalidade do sindicalismo" (Bobbio et al., 1998). Grifo meu.

A estrutura corporativa-dirigista é estritamente hierárquica e unitária, sendo que o sindicalismo está subordinado à corporação, e esta ao Estado. Fim último do corporativismo integral é superar o dualismo entre política e economia, garantir o primado das hierarquias técnicas e racionalizar o mundo econômico, de modo que se torne possível "uma economia programada, a única capaz de superar o caos do liberalismo tradicional" (Spirito, 1970, apud Bobbio et al, 1998).

Assim, o corporativismo dirigista se distingue do corporativismo tradicional por meio do nacionalismo. Em face da existência de estruturas de controle e de organização social de tipo corporativo em diversos países latino-americanos, o corporativismo, tal como tem sido posto em prática nos países em vias de desenvolvimento, apresenta características não diversas das do corporativismo dirigista de modelo fascista, como pode ser evidenciado pelo ordenamento corporativista brasileiro do Estado Novo de Vargas, que se inspirava diretamente na Carta do Trabalho fascista (Bobbio et al.), assunto que será novamente tratado no item 2.2

### 3.1.2 Neocorporativismo

A partir dos anos 1970 e 1980 a combinação de inflação, redução no ritmo de crescimento econômico, e aumento do desemprego nas sociedades industriais avançadas, associadas à legitimidade declinante dos governos democráticos, fez com que proliferassem receituários neocorporativistas, em busca de uma articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias, para conter as tendências geradoras de ameaças (Almond, 1983).

Com efeito, a síntese das evidências contidas na literatura concernente ao neocorporativismo e sua concertação social, a ser apresentada doravante neste trabalho, compreende aspectos filosóficos, ao tempo que dispensa modelagens complexas de estudos econométricos. Enquanto os primeiros podem às vezes pecar pela falta de consistência empírica, os últimos podem falhar em captar nuances inerentes aos variados conjuntos de instituições operantes em contextos sociais distintos (Harcourt, 2000).

Aquilo que se define como neocorporativismo, posto em prática na Europa ocidental do pós-2ª Guerra, realça a tomada de decisões de forma consensual, estando previstas, além de uma representação de interesses de grupos independente, o controle democrático das instituições e organizações pelos seus membros, e a participação voluntária no aparato estatal decisório (Harcourt, 2000).

Na carência de amplas perspectivas políticas, na diversificação de interesses já consolidados, na crise de representação de grupos de referência, o problema do controle social se torna um problema de regulação de interesses e de pressões dos vários grupos, por parte do Estado e da afirmação de uma situação de neocorporativismo na qual resultam mais fortes os grupos que ocupam as posições centrais da estrutura social e produtiva (Bobbio et al., 1998, p. 285).

Assim, numa sociedade neocorporativa os grupos de pressão discutem aspectos relevantes da formulação política com suas contrapartes. No mercado de trabalho, sindicatos e associações de classe empresarial negociam o nível salarial, e discutem políticas de emprego. Governos por sua vez participam das negociações de forma bastante centralizada, muito embora salários e condições trabalhistas não são definidas pelos governos de forma autoritária, nem deixadas ao sabor das forças de mercado. Ao

contrário, as condições são estipuladas e reguladas após sucessivas rodadas de negociação que culminam em acordos (Harcourt, 2000).

Nesses termos duas características emergem da concertação neocorporativa: a primeira delas é a forma tripartite, modelagem em que governos discutem com empresários e trabalhadores as grandes questões econômicas e o rumo a tomar para resolvê-las, uma vez que os interesses se encontram representados pelos coletivos que se somam à formulação e definição das políticas nos variados níveis.

A segunda característica que define o neocorporativismo é a forma centralizada de implementação das políticas econômicas, exercitada pelos dirigentes governamentais e dos grupos, de forma que a formulação das políticas nem é deixada à sorte das forças de mercado tampouco é realizada de forma autoritária (Harcourt, 2000).

A concertação neocorporativa é essencialmente informal, seus fundamentos refletem o desejo de promover o consenso social e de assegurar uma trajetória econômica estável, particularmente na ausência de alternativas consistentes e de credibilidade. Acordos seriam capazes de diminuir as desigualdades de renda de diversos modos. Melhorias nos benefícios sociais aos desempregados, doentes, e pobres, que são formalmente inseridos nas políticas do Estado do Bem-Estar, certamente poderiam gerar efeitos positivos sobre o padrão de vida de cidadãos que contem com rendimentos mínimos ou sequer possuam qualquer fonte de renda (Harcourt, 2000). Grifo meu. Voltaremos a esse assunto no item 3.2.

O crescimento do neocorporativismo é marcado pela necessidade do consenso entre Estado, grupos empresariais e sindicatos em torno das políticas econômicas, de modo que a resposta aos problemas da justiça e da segurança social seja dada ao nível da sociedade civil e não ao nível institucional-estatal, mediante subsistemas autônomos do sistema político, mediante iniciativas independentes e convergentes, realizadas por forças

sociais espontâneas, e não mediante ações burocrático-administrativas (Bobbio et al., 1998).

Assim o neocorporativismo se assenta na afirmação sempre renovada da primazia da sociedade civil, deixando com o Estado apenas com a função de órgão equilibrador e incentivador de iniciativas autônomas da sociedade civil, constituindo-se como a única alternativa desta volta à sociedade civil e ao mercado. O neocorporativismo se baseia nas organizações dos grandes interesses privados e na sua colaboração, a nível político, nas decisões estatais. Desse modo, tais organizações se incorporam ao Estado. Assim, a colaboração entre governos, interesses econômicos, e sindicatos é essencial se as políticas econômicas pretendam estar em harmonia com o mundo real, e dependem disso para o sucesso de sua implementação (Wilson, 1983; Bobbio et al., 1998, pp. 704-705).

A fim de diferenciar-se do conceito de corporativismo, foi-lhe adicionado o prefixo "neo", para sublinhar a necessidade de se distinguir este conceito do outro, clássico, de corporativismo, comprometido por sua identificação ideológica com o fascismo.

Continuando, a diferença fundamental entre os dois conceitos é a seguinte: num sistema neocorporativista a organização representativa dos interesses particulares é livre para aceitar ou não suas relações com o Estado, contribuindo, portanto, para defini-las, enquanto que no corporativismo clássico é o próprio Estado que impõe e define estas relações.

Grande parte da literatura relativa ao neocorporativismo se refere a um momento de processo político que pode ser analiticamente distinguido do momento da mediação de interesses entre sociedade civil e Estado, presente nas relações corporativistas. O neocorporativismo é visto, neste caso, como uma maneira específica de formação das

opções políticas em que as grandes organizações representativas dos interesses não se limitam a exercer pressões externas, mas são envolvidas diretamente, ou incorporadas, no processo de formação e de gestão das decisões. O neocorporativismo consiste, desta forma, de acordo com diversos autores, na "participação dos grandes grupos sociais organizados na formação da política do Estado" (Lehmbruch 1977, apud Bobbio et al., 1998).

No neocorporativismo está implícita a visão de um Estado que assume a iniciativa no que se refere às organizações representativas dos interesses. Dá a elas um reconhecimento público e às vezes as sustenta, delega-lhes funções públicas, as torna participantes na formação das opções políticas. Esta iniciativa é, geralmente, justificada pela necessidade, por parte dos governos, de responder a um conjunto de problemas que surgem nos países de capitalismo avançado. Na impossibilidade de evitar o conflito de classe mediante a simples repressão da ação sindical, faz-se necessária a legitimação do movimento sindical, transportando-se o conflito para a área política. Mediante a negociação política, o Estado pode conceder poder e benefícios às organizações do capital e do trabalho, em troca de moderação em suas relações conflituais (Bobbio et al., 1998).

Com efeito, o aumento dos apelos dirigidos ao Estado por parte dos grupos organizados leva a uma crise de governabilidade. Alguns governos reagiriam, então, procurando incorporar os grupos mais fortes no processo de formação das opções políticas, para induzi-los a não exercer, *a posteriori*, seu poder de veto sobre as próprias opções. Diante da crise do Estado do Bem-Estar Social, enfatiza-se o papel do neocorporativismo europeu como meio de redução da sobrecarga governamental, uma vez que o neocorporativismo eleva a habilidade dos governos em satisfazer reivindicações de



grupos por provisão de serviços no campo do bem-estar (Bobbio et al.,1998; Wilson, 1983).

Ocorre que os governos, ao se aperceberem de sua fragilidade para desempenhar sozinhos este papel, procuram, então, envolver na regulamentação pública da economia as grandes organizações representativas dos interesses, que têm suficiente poder e legitimidade para tornar aceitável este plano.

Todavia Bobbio et al. (1998) ressaltam que nem todos os governos dos países de capitalismo avançado responderam a estes problemas comuns procurando criar estruturas neocorporativistas. Na realidade, a solução neocorporativista se impôs, acima das outras alternativas viáveis, unicamente naqueles países (e naqueles períodos históricos) em que o governo é dominado pelos partidos da classe operária, em razão de que nos remeteremos de volta a esse assunto no subitem 3.2.4 deste capítulo.

Com efeito, estes governos representam para as organizações sindicais a garantia política de que o Estado será o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar, além da proteção dos direitos sindicais. A existência desta garantia leva os sindicatos a privilegiar a negociação política acima da atividade conflitivo-contratual no sistema de relações industriais. Este costume leva a uma centralização da estrutura sindical e da atividade de negociação. Tal fato permite, por sua vez, a participação dos sindicatos na formação da política econômica, bem como a delegação aos mesmos de funções públicas (Bobbio et al., 1998).

Assim a afirmação de soluções neocorporativistas deve ser vista como o êxito de um processo onde também as opções realizadas pelas organizações sindicais, e as características institucionais em que se desenvolvem as relações de classe, desempenham um papel decisivo (Crouch, 1977).

No sistema neocorporativista os interesses gerados na sociedade civil são organizados em números limitados de associações (principalmente em "grupos de produtores", isto é, sindicatos dos trabalhadores e dos empresários, associações de agricultores, etc.) cuja diferença está fundamentalmente nas funções por elas desenvolvidas, não competindo, portanto, entre si (Bobbio et al., 1998). A ênfase na interdependência de interesses entre as classes ou grupos de interesses e a existência do consenso como condição necessária para que acordos sejam obtidos, não somente por obra de forças políticas empenhadas na "colaboração" de classes, mas como resultados parciais de embates cotidianos e contínuos entre as mesmas – que, de acordo com a conjuntura, podem entender por bem a necessidade de firmarem acordos, ou "tréguas", com o fito de obter ou preservar posições, direitos e garantias (Sória-Silva, 2005).

Em síntese, os ordenamentos neocorporativos se caracterizam por estruturas nas quais os grupos sociais organizados mais importantes (sindicatos e associações empresariais) interagem com o Estado, criando acordos de relevância geral sobre as mais importantes opções econômicas e sociais.

A peculiaridade dos ordenamentos neocorporativos nos governos socialdemocratas é constituída pelo fato de que somente nestes casos o sindicato se pode sentir suficientemente tutelado pelo partido social-democrático governante, tanto que abrirá mão de parte de seu poder atual em troca de potenciais benefícios futuros. Ao mesmo tempo, as organizações empresariais conseguem, entrando nos ordenamentos neocorporativos, reduzir o grau de incerteza relativo ao comportamento das outras partes sociais e, portanto, programar investimentos, produção e transformação de suas atividades (Bobbio et al., 1998, p.1195).

Com efeito, movimentos trabalhistas organizados e centralizados acabam por compelir grupos empresariais a organizarem-se e unificarem-se, da mesma forma, em associações de classe, em busca de fortalecimento de suas posições, e também como forma de possibilitar que líderes trabalhistas façam com que suas bases aceitem a interlocução com outras elites organizadas. Líderes trabalhistas, por seu turno, aceitam participar por identificarem oportunidades em assegurar que o ponto de vista de seus membros seja considerado no processo de formulação das políticas (Wilson, 1983).

Na visão geral de Jessop (2002), o neocorporativismo pode reequilibrar a competição e a cooperação, abrir espaço a uma autorregulação ‘regulada’ e descentralizada, ampliar o espaço dos atores públicos e privados, expandindo o papel das parcerias público-privadas, e proteger setores econômicos centrais para uma economia aberta, estando prevista ainda uma alta taxaçoão a fim de financiar o investimento social.

Mas também os arranjos neocorporativistas podem ser seletivos, ao excluir da intermediação de interesses trabalhadores que se encontram à margem, não participantes dos setores competitivos e abertos (*tradables*), bem como interesses industriais pouco eficientes tradicionalmente interessados em incentivos estatais; e absorvendo setores emergentes e trabalhadores qualificados que atuam nos setores de ponta.

Esping-Andersen e Kersbergen (1992) entendem que as nações com economias abertas desenvolvem estruturas democráticas neocorporativistas para fortalecer o consenso doméstico, facilitar os ajustes econômicos e manter a competitividade internacional. Não obstante, os atores de real importância nas concertações neocorporativas são as federações empresariais, mais do que o movimento trabalhista.

É neste sentido que se compreende o neocorporativismo como um meio de dominação de classe. Se por um lado, a adesão dos trabalhadores ao reformismo socialdemocrata lhes permite influir na formulação de políticas públicas e lhes possibilita

participar dos resultados do desenvolvimento do capitalismo, por outro ela reduz a intensidade do conflito de classes, sem que a dominação de classe deixe de existir (Sória-Silva, 2005).

A crítica marxista considera o neocorporativismo um mecanismo protetivo do capitalismo avançado que blinda as forças capitalistas contra os sindicatos e até mesmo contra os governos. Sindicatos são sempre vistos como em grande desvantagem nas estruturas neocorporativistas relativamente aos grupos empresariais ou ao Estado (Wilson, 1983).

Sabel (1981, apud Wilson, 1983) advoga que o envolvimento em arranjos neocorporativistas promove a vulnerabilidade dos sindicatos em potenciais desacordos entre as bases e as lideranças, sendo que alguns críticos do capitalismo ocidental vêem nos arranjos neocorporativistas chances de facilitação da exploração da classe trabalhadora. O Estado usaria a estrutura neocorporativa para reprimir a ação das bases organizadas em sindicatos e ao mesmo tempo insular a liderança sindical contra as reações das fileiras de trabalhadores.

Schmitter (1977, apud Wilson, 1983) faz a defesa dos arranjos neocorporativos ao afirmar existir pouca ou nenhuma evidência de que trabalhadores seriam menos explorados em países onde o neocorporativismo não estivesse presente, reforçando com o argumento de que a performance dos estados neocorporativistas em manter elevado o nível de emprego e garantir benefícios sociais sugere que os trabalhadores têm vantagens nessa concertação.

Segundo Sória-Silva (2005) pode-se observar nos arranjos neocorporativos, de um lado, “membros dos grupos e classes sociais interagindo entre si e com as agências estatais, externando seus interesses, submetendo-se à negociação e à barganha, e

sacramentando (ou não) acordos ou arranjos; e de outro, “a existência de antagonismos estruturais, pois toda a negociação é, em si, expressão de um conflito entre duas classes fundamentais, e o acordo obtido nunca é mais do que uma pausa temporária – quando muito – no cabo de guerra entre as classes”.

Tendo-se em vista essa perspectiva conceitual, e uma vez conhecidos os fundamentos das teorias neocorporativistas, cumpre nesse instante apontar alguns elementos da lógica coletiva sindical, uma vez que os sindicatos de trabalhadores correspondem a um dos pilares da concertação neocorporativa. Nesses termos, a compreensão da racionalidade do mundo do trabalho é relevante para este trabalho.

### 3.1.3 Sindicalismo e a satisfação de interesses imediatos

Crouch (1982) levanta relevante hipótese quanto à capacidade de atração, e por conseguinte, de adesão de trabalhadores a sindicatos. Pois qual o interesse na sindicalização? “Se o sindicato é o meio pelo qual trabalhadores possam compensar algumas de suas deficiências ou fraquezas no mercado de trabalho, presumivelmente os maiores beneficiários da sindicalização seriam os trabalhadores em pior situação no mercado de trabalho, todavia, em geral se observa que esses últimos são os que menos aderem a sindicatos”.

Por isso, segundo a lógica olsoniana “uma organização de massa deve desenvolver uma série de serviços acessórios, secundários ao seu propósito central, que vão ao encontro de algumas necessidades individuais de potenciais membros, e que estarão disponíveis apenas para os que se filiarem, servindo de incentivos seletivos para a adesão”. Os primeiros sindicatos desenvolveram uma gama de serviços individuais como auxílio funeral e fundos mútuos. Isso foi importante para recrutar membros com metas

tangíveis e imediatas, possibilitando aos sindicatos bancarem instalações que pudessem ser de uso coletivo, o mesmo servindo para os fundos mútuos arregimentados, acessíveis a quem deles necessitasse (Crouch, 1982).

Sindicatos britânicos, por exemplo, disponibilizam descontos para filiados em algumas lojas. O fazem com o objetivo menor de atrair filiados no sentido estritamente olsoniano, mas ninguém duvida que o objetivo primário é o coletivo, que persegue melhores salários e condições para seus membros (Crouch, 1982).

Para Crouch (1982) há fortes evidências empíricas de que aquilo que os trabalhadores entendem como sindicato é, em maior medida, a agremiação local, para além daquele corpo nacional remoto com sede num grande centro, que em tese também os representaria. Neste sentido haveria uma contraposição entre interesse individual do trabalhador, dos sindicatos da base e de uma central sindical. A intenção por trás da filiação a organizações coletivas poderia ser explicada em termos da vulnerabilidade dos filiados enquanto indivíduos, mas uma vez formada essa organização coletiva, qual seriam os prováveis objetivos coletivos? É possível que os objetivos da organização sejam diferentes daqueles dos membros individuais?

Quadro 3.1 – Interesses díspares de atores trabalhistas segundo objetivos diversos

Objetivos e interesses / níveis	Atores		
	Trabalhador	Sindicato	Central Sindical
Vantagens financeiras <input type="checkbox"/> nível local	3	2-3	1
Vantagens financeiras <input type="checkbox"/> nível nacional	3	1	2-3
Participação <input type="checkbox"/> nível local	2	3	1
Participação <input type="checkbox"/> nível nacional	1	1	3

Fonte: Crouch (1982). Obs.: Escala “1” (indica menor interesse) e “3” (total interesse).

O quadro 3.1 está a indicar que trabalhadores individuais possuem grande interesse em ganhos salariais por serem os recipientes diretos do benefício. Seu interesse em participação no sindicato local é indireto, porque os representantes são aqueles que de fato assumem a tarefa. Contudo são esses representantes a quem os trabalhadores têm acesso, e, portanto, deles são esperados resultados em torno das demandas do nível local, o que justificaria, portanto, o interesse mediano (2) nesse objetivo (Crouch, 1982).

No que se refere à participação em nível nacional, o baixo interesse dos trabalhadores individuais nesse objetivo justifica-se simplesmente porque a imediata influência sobre as lideranças nacionais não está ao seu alcance.

Relativamente ao sindicato local, tem interesse que vai de médio a elevado nos ganhos salariais dos trabalhadores. É indireto porque a organização em si tem mais interesse no seu prestígio entre a força de trabalho do que propriamente nos ganhos indiretos obtidos com as melhorias salariais de seus liderados. Já o interesse do sindicato nos ganhos salariais em nível nacional é fraco, pois esse objetivo conta com baixo envolvimento da estrutura sindical local. Ademais, quanto melhor sucesso tiver o nível nacional em termos de obtenção de vantagens salariais para a classe trabalhadora como um todo, menor o espaço do ativismo local em termos de alcance desse objetivo (Crouch, 1982).

No que tange ao interesse do sindicato no quesito participação em nível local, por óbvio é alto, valendo o mesmo raciocínio acima, relativamente ao interesse do sindicato em obtenção de vantagem financeira para os seus membros, quando se tratar do interesse participativo em nível nacional.

Assim, onde e quando ambos os objetivos são considerados, as lideranças nacionais têm preferências que são o reverso daquelas atinentes às lideranças locais, por

motivos óbvios; e no caso específico das vantagens pecuniárias, as lideranças nacionais são pouco envolvidas nisso, por dependerem menos do apoio dos trabalhadores sindicalizados no dia-a-dia.

Esses variados níveis de interesse concernentes aos objetivos e metas do movimento sindical em nível local, ou nacional, justificam-se em função das distintas posições estruturais no sistema de representação sindical, que levam à uma natural diferenciação de interesses, levando às vezes a conflitos, muito embora todos os interesses e objetivos envolvidos na ação sindical sirvam ao mesmo fim, a melhoria do padrão de vida dos trabalhadores (Crouch, 1982).

Sindicatos apresentam em sua retórica reivindicatória algumas metas e objetivos como por exemplo políticas econômicas genéricas favoráveis ao emprego, e políticas sociais e educacionais de interesse dos trabalhadores e familiares. Muito embora sejam todas de interesse dos membros, não são de resolução imediata, sendo factíveis no longo prazo, deste modo não é possível correlacionar eventuais ganhos obtidos na área social diretamente à ação sindical, inexistindo, portanto, conexão direta entre ação sindical e resultado (Crouch, 1982).

Nesses termos eventual sucesso das políticas sociais genericamente reivindicadas não seria suficiente para gerar um sentimento de gratidão na classe trabalhadora relativamente aos sindicatos, da mesma forma que seria duvidoso que a ação sindical fizesse um esforço industrioso para o atingimento de tais objetivos de contorno social, de sorte que a presença de representantes sindicais nos mais variados fóruns de discussão ou de formulação das políticas sociais não poderia ser encarada com a devida seriedade. Com efeito, sindicatos não seriam nem mais nem menos prejudicados aos olhos dos



trabalhadores pela sua performance nessa área, situação bastante diversa no que se referisse às negociações salariais (Crouch, 1982).

Para Crouch (1982) “trabalhadores também estão interessados em benefícios diretos, tangíveis, de solução imediata”, assim, no caso do objeto deste trabalho, a inclusão, na pauta de reivindicações, da oferta pelas empresas de planos e seguros-saúde seria, por certo, um deles.

É oportuno fazer um paralelo com o caso brasileiro no que se refere ao sentido utilitarista da adesão a sindicatos. Ao término da década de 1960 o cientista político Leôncio Martins Rodrigues (1970, pp.106-109) efetuou levantamento com um grupo de trabalhadores que atuava na indústria metalúrgica paulista, averiguando, dentre outras questões, as principais razões que os atraía para a organização sindical.

Concluiu Rodrigues (1970) que para a maioria dos entrevistados o sindicato representava uma entidade assistencial destinada a prover os associados de recursos médicos e orientação jurídica. O autor destaca as limitações de sua pesquisa ante uma amostra reduzida, no entanto acredita na possibilidade de esboçar hipóteses a partir da discriminação de algumas tendências que transpareceram ao longo das entrevistas. O Quadro 3.2 traz os resultados dentre os sindicalizados, e o Quadro 3.3 apresenta respostas também de não-sindicalizados. Ambos traduzem a lógica da satisfação dos interesses imediatos dos trabalhadores.

Quadro 3.2 – Porque o senhor é sócio do sindicato?

Pelos serviços médicos e dentários	33%
Pela assistência jurídica	31%
Porque o sindicato defende os nossos interesses	19%
Porque o sindicato consegue aumentos de salários	10%
Porque o sindicato consegue indenização	2%
Não sabem	5%

Fonte: Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores (Tabela 36, p.108)

Quadro 3.3 - Quais as vantagens que os sindicatos realmente oferecem aos trabalhadores?

Razões / categorias	Sindicalizados	Não sindicalizados
Assistência médica e dentária	61%	25%
Serviços jurídicos	43%	25%
Aumentos de salários	22%	18%
Não oferece vantagens	13%	30%
Defende os operários	17%	5%
Outras respostas	4%	3%
Não sabe	13%	21%

Observação: Respostas múltiplas.

Fonte: Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores (Tabela 37, p.109).

Elaboração própria

Segundo Rodrigues (1970), a elevada proporção de sindicalizados que apontou os serviços médicos como a principal vantagem que o sindicato oferece (61%), em contraposição à relativamente baixa frequência de respostas desse tipo entre os não sindicalizados (25%), revela inequivocamente que a maior parte dos sindicalizados é associada ao sindicato com o objetivo nítido de usufruir desses serviços.

Cardoso (2003, p.254) também se debruçou sobre essa questão, e sua análise, relativa aos anos 1990, chega a conclusões semelhantes, desta feita apresentando dados de amostra significativa da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) do IBGE, de 1996, do suplemento especial sobre associativismo e participação política.

No que se refere às razões de filiação a sindicatos observou-se, conforme expresso no Quadro 3.4, que dentre outras tantas características importantes, como a associação de identidades coletivas, o sindicato ajuda a ampliar os horizontes de cálculo de seus membros quanto a possíveis ganhos materiais e simbólicos, observando que tradicionalmente, no Brasil, os trabalhadores se filiam a sindicatos para obtenção de acesso a benefícios e serviços sociais prestados por essas instituições sindicais.

Quadro 3.4 - Razões para a filiação a sindicatos em seis regiões metropolitanas – Brasil – 1996

Razões para a filiação	Proporção
Assistência médica	56,6%
Assistência jurídica	58,8%
Atividade esportiva/lazer	20,7%
Participação política	17,1%

Obs.: Respostas múltiplas Fonte: PME (1996), apud Adalberto Cardoso, 2003.

Para Boito Jr. (1991) a atividade dos milhares de sindicatos oficiais no Brasil, entre 1968 e 1978, consistiu em implantar ou expandir os serviços assistenciais, convertendo-se, esses sindicatos, em espécie de agências da Previdência Social.

Em pesquisa elaborada por Santos (2000), relativa à assistência à saúde proporcionada aos trabalhadores no âmbito das empresas atuantes na indústria química da região do ABC paulista, é evidente a defesa dos serviços de saúde públicos presente no discurso dos dirigentes do sindicato dos químicos (Sindiquim), todavia, os dirigentes contatados informaram que, na prática, “como o Sindiquim se posiciona um defensor dos trabalhadores, deve proteger também estes interesses, que relacionam-se à melhorias nos convênios médico-hospitalares que os trabalhadores com vínculo empregatício, e seus dependentes, possuem e utilizam”. Assim, ressalta a autora, “esta configuração pode ser analisada como um revés para o setor público de saúde, que não tem mais a aliança de interesses com os sindicatos quando esses retiram a defesa do setor público da agenda de prioridades sindicais”. Grifo meu.

Findo esse breve parêntese, demonstra-se que, também no Brasil, a lógica calcada no interesse em benefícios imediatos influencia na afiliação sindical. Ao mesmo tempo, serve para demarcar traços importantes da falta de sentido revolucionário na lógica sindical contemporânea.

Nesses termos, na crítica que dispensa aos trabalhadores ingleses, Thompson (1965, apud Crouch 1982) aponta nesse mesmo sentido, ao afirmar que “cada avanço na estrutura do capitalismo simultaneamente envolveu a classe trabalhadora, cada vez com mais profundidade, em torno do *status quo*. A cada vez que os trabalhadores melhoravam suas posições pela via da organização, menor era o interesse deles no engajamento em revoltas quixotescas, que pudessem pôr em risco os ganhos acumulados a tanto custo. Assim, cada afirmativa de influência da classe trabalhadora no âmbito da máquina do estado democrático burguês simultaneamente a envolve como parceira na operação dessa máquina”.

Existe certa argumentação marxista contemporânea que chega a considerar que os sindicatos, na atualidade, podem colocar-se no papel de promotores de uma influência repressora sobre os trabalhadores. Ao que parece podem ter perdido de vista qualquer ideal de sociedade socialista alternativa. Tornaram-se parte integrante do mesmo sistema de dominação contra o qual lutaram, razão de ser de sua existência (Crouch, 1982).

Segundo Crouch (1982) há uma distorção da consciência dos trabalhadores pelo poder que os confronta. O controle econômico e político dos capitalistas possibilita o controle intelectual e moral destes sobre o resto da sociedade, o que assegura a criação de uma ideologia dominante, ou uma hegemonia.

Esse tema é relevante, principalmente quando se abrirá, ao final deste trabalho, um espaço para a reflexão em torno da possibilidade de reposicionamento crítico dos trabalhadores ante às opções de caráter assistencial privado que lhes foram sendo apresentadas ao longo do tempo no Brasil, sem que com isso lhes estivesse garantida uma proteção social *de facto*, assunto a ser retomado no Capítulo 6 desta tese.

Assim emerge a importância do conceito de consciência falsa dos trabalhadores, que é concernente às distorções que tomam lugar na formulação dos objetivos da classe trabalhadora.

A compreensão da correta estratégia de uma classe emergente seria perseguir um curso de ação que realizaria o próprio destino dessa classe. Assim, uma classe que age de acordo com uma estratégia que levará, no futuro, à sua emancipação, ou a uma eventual posição dominante, adota uma estratégia consciente (Crouch, 1982).

Por outro lado, uma classe que não reconhece que é uma classe, ou que persegue objetivos em harmonia com a classe dominante, em vez de em oposição a ela, está a demonstrar uma falsa consciência de classe. Em resumo, adota-se uma estratégia de ação que é consistente com a realização de eventual dominação da própria classe (Crouch, 1982).

A consciência falsa justificaria o porquê de a classe trabalhadora raramente adotar uma trajetória revolucionária. Tão logo trabalhadores adquirem algum poder, o capital lhes faz concessões. Uma vez considerada a aproximação incremental dos trabalhadores, por meio da qual aceitam-se as concessões, a resultante é que o padrão de suas demandas e ganhos segue os contornos das concessões que o capital está disposto a fazer, jamais pelo viés que pudesse superar o capitalismo. Assim os movimentos trabalhistas das sociedades capitalistas avançadas moldaram-se segundo seus 'capitais', e acomodaram-se a isso. Com efeito, estratégias revolucionárias predominam tão somente onde o capital se coloca numa posição de total resistência a fazer concessões. Assim, o desenvolvimento de uma ideologia revolucionária seria em primeiro lugar produto da fragilidade do movimento trabalhista (Crouch, 1982).

Por fim, conhecidos os traços constituintes das relações corporativistas e neocorporativistas, bem como as estratégias por detrás da lógica de satisfação de interesses imediatos do movimento sindical, cumpre-nos focar no desenvolvimento do trabalhismo brasileiro, com ênfase na busca de evidências da eventual presença, no Brasil, dessas relações corporativistas e neocorporativistas, em cumprimento ao percurso necessário para a demonstração de uma das hipóteses desta tese, que verificará se no Brasil as relações neocorporativas teriam de fato amalgamado o interesse da classe trabalhadora por esquemas privados de atenção à saúde, como os planos e seguros saúde, e teriam com isso impulsionado o setor da saúde suplementar.

### **3.2 Brasil: do corporativismo ao neocorporativismo**

Cumpre-nos neste instante trazer em perspectiva a forma como as relações corporativas e neocorporativas se fizeram presentes na política, com reflexos no movimento sindical, de sorte a influenciar, ou não, a conformação das políticas públicas no Brasil.

Até o presente momento conhece-se que o neocorporativismo se firmou na Europa, nos anos 1970, como alternativa ao sindicalismo de confrontação, para o fito da governabilidade. Nas relações neocorporativas o movimento sindical é trazido para o centro das decisões harmônicas, tripartites, entre Estados, capital e representação sindical.

Isto posto, faremos um percurso pelo início, no Brasil, das relações entre operariado, Estado e empresariado nacional, a fim de reunirmos os elementos para, em seguida, no Capítulo 4, avaliarmos os seus eventuais reflexos nas políticas de proteção social brasileiras, em especial no campo da Saúde.

### 3.2.1 Antecedentes históricos do corporativismo no trabalhismo brasileiro

No que se refere aos antecedentes da Revolução de 1930, verificava-se no país o esgotamento da política ultraliberal praticada na República Velha (1889-1930). Essa política econômica, que sustentou por anos a relação câmbio-salário em patamares favoráveis ao setor exportador cafeeiro, o grande beneficiário, implicava na recorrente destituição de meios dignos para a reprodução da força de trabalho. Os trabalhadores brasileiros viviam em intensa miséria.

Segundo Malloy (1986):

“Nessa fase a classe operária não era um fator nacional, seguia limitada ao centros urbanos. No entanto, as condições gerais de vida e trabalho das classes operárias eram péssimas durante toda a República Velha, com jornadas extenuantes, baixos salários e insegurança. O operário médio levava uma vida extremamente precária que podia tornar-se desastrosa quando ficasse doente ou se acidentasse. Assim, como força social o mundo do trabalho tornara-se uma ameaça potencial. Havia no país uma preocupação crescente com a questão social”.

Getúlio Dornelles Vargas era governador do Rio Grande do Sul (à época, o título de governador era denominado como presidente do Estado). Por meio da Aliança Liberal, com apoio dos governadores mineiro, paraibano e pernambucano, e ainda com o precioso apoio de massa da classe trabalhadora, e de parcelas do movimento tenentista, que ajudara a pavimentar o caminho da Revolução de 30, Getúlio chega ao poder. Era um líder portador de uma política restauradora da ordem esgarçada, apostava na mudança da estrutura de poder, sem contudo ser portador dos excessos revolucionários, apesar de ter liderado uma “Revolução”.

Para uma perspectiva política dessa época recorre-se a Raymundo Faoro, que indica as forças com que Getúlio se associa e com que objetivos:

“Nos idos de 1929, o governador de Minas Gerais, Antonio Carlos,

havia traçado uma estratégia com Getúlio Vargas: “revolta sim, reformas sim, mas longe de grave risco de perder o domínio sobre as massas, nada de tocar nos alicerces sobre que repousa a estrutura social” (Faoro, 1957 [2001], p.768). (...)

“Os tenentes, a esfinge que começa a se desvendar, aceitando a imposição de seguir o caminho que lhes agrada, vulneram os tabus, sem cerimônia: querem que a ditadura dure, cortejam o operariado, igualando-o ao empresariado, suscitam esperanças e semeiam a utopia” (Faoro, 1957 [2001], p.770).

Ainda quando era deputado estadual no Rio Grande do Sul Getúlio acalentava os pressupostos da proteção e desenvolvimento da indústria nacional, nacionalista, e da forte presença do Estado na economia, intervencionista:

Em 1919, Getúlio Vargas, ainda deputado estadual, já defendia que a política amparasse e protegesse as indústrias, propulsoras do progresso econômico, no entanto defendia ao mesmo tempo a intervenção dos poderes públicos na atividade privada, mantendo os serviços [públicos] com o intuito de restringir a ganância dos particulares. “Uma prova da eficácia e da oportunidade dessas intervenções está na tendência quase generalizada na Europa, do operariado para a nacionalização das indústrias” (Faoro, 1957 [2001], p.772).

E seu discurso carregava ainda forte apelo popular, conforme Faoro (1957), que nos apresenta um trecho do discurso da campanha presidencial, que culminou com a chegada ao poder do ditador, via golpe de Estado; logo em seguida, o historiador oferece um perfil do animal político Getúlio Vargas:

“Se nosso protecionismo favorece os industriais, em proveito da fortuna privada, corre-nos também, o dever de acudir ao proletariado, com medidas que lhe assegurem relativo conforto e estabilidade e o amparem nas doenças como na velhice.” (Faoro, 1957 [2001], p.773).

“(...) o político”, que seria um “liberal, mas de teor tutelador, de caráter positivista e não *rousseauniano*, com a soberania popular como pressão a ser atendida pelo governo, guardando este a liberdade de selecionar as reivindicações. Os problemas sociais deveriam ser incorporados ao mecanismo estatal, para pacificá-los, domando-os entre extremismos, com a reforma do aparelhamento, não só constitucional, mas político-social” (Faoro, 1957 [2001], p.775).

Segundo Faoro (1957, p.776), o jogo político protagonizado por Getúlio Vargas tinha como preâmbulo o seguinte: “Assim, repellido o comunismo e afastadas as



proposições socializantes, o rumo ditatorial será ajudado pela ideologia fascistizante, num aglomerado confuso de tendências e alas”.

Esse direcionamento político tinha influências do corporativismo. Para a compreensão da influência política de caráter corporativista sobre Getúlio, recorre-se novamente à Bobbio et al.(1998):

“Em face da existência de estruturas de controle e de organização social de tipo corporativo em diversos países latinoamericanos, o corporativismo, tal como tem sido posto em prática nos países em vias de desenvolvimento, apresenta características não diversas das do corporativismo dirigista de modelo fascista, como pode ser evidenciado pelo ordenamento corporativista brasileiro do Estado Novo de Vargas, que se inspirava diretamente na Carta do Trabalho fascista”.

Assim, de um lado, Faoro (1957) aponta que as tendências fascizantes de Getúlio não eram assim tão claras, enquanto Bobbio et al. (1998) apontam semelhanças do corporativismo brasileiro com o corporativismo-dirigista de Mussolini, sem, no entanto, diferenciar, a distância com que Mussolini tratava os sindicatos na Itália, da aproximação ao trabalhismo protagonizada por Getúlio.

Uma questão paralela é que Getúlio também se tornaria um líder populista, de um Brasil ainda fortemente tido como de tradição agrária. Uma concepção qualificada de populismo pode ser encontrada em Bobbio et al.(1998), cujos traços característicos são encontrados na ação política de Vargas, conforme atestará Faoro mais adiante:

“Hoje o debate sobre a classe ou o grupo que deve desempenhar as funções de lideranças nos países do Terceiro Mundo se concentra na possibilidade ou não de que ocorra o advento de uma classe média com forte espírito empresarial e impregnada de nacionalismo e populismo, que proceda, de um lado, à emancipação do país da dependência do capitalismo internacional e, do outro, saiba apelar para as massas operárias e camponesas, prometendo-lhes e realizando-lhes um melhoramento substancial em suas condições de vida.” (Bobbio et al., 1998, p.771).

Bobbio et al. (1998) destacam que “o populismo exclui a luta de classes. É fundamentalmente conciliador e espera transformar o *establishment*. Raramente é revolucionário. Com o militarismo e o fascismo, o populismo partilha, fundamentalmente, da mesma falta de organização ideológica, do ecletismo e, até certo ponto, do desprezo pela ordem constituída e pelas formulações ideológicas; por isso, ele também se apresenta como contestação do sistema e como uma anti-ideologia. O populismo surge quer da tensão entre os países atrasados e os países mais avançados, quer da tensão entre as regiões mais desenvolvidas e as mais atrasadas de um mesmo país”.

Assim, Getúlio reunia as duas características políticas, era corporativista-dirigista quando defendia o primado do Estado sobre o sistema econômico, e propagava o nacionalismo. Por outro lado, não excluía o movimento sindical do jogo político, mantinha-o, com efeito, sob tutela. Assim parecia qualificar-se ao mesmo tempo como líder corporativista, nacionalista; e populista, que não era revolucionário.

Com efeito, Getúlio incorporara um tipo de corporativismo diverso daquele de Mussolini, eis que cortejara o proletariado e contribuía para a consolidação dos sindicatos no Brasil, conforme será visto neste item. Vale ressaltar que, no item seguinte, será observado que a doutrina corporativista é incorporada no Texto Constitucional de 1937.

Assim, Getúlio diferenciava-se, ao cunhar no Brasil um misto de corporativismo com populismo. Aplacava a luta de classes, trazendo o proletariado para junto de si. Getúlio Vargas aproximava-se por demasiado do tipo de líder populista descrito por Bobbio et al. (1998, pp.984-985), portador de um “populismo de tipo nacional-populista, ao mesmo tempo militarista, revolucionário (apenas por contestar a ordem anterior) e democrático, que transmutava o político em um mito — e o mito do povo é o mais fascinante e obscuro ao mesmo tempo, o mais imotivado e o mais funcional na luta pelo

poder político, pronto a materializar-se, de um instante para o outro, nos momentos de crise”.

Segundo confirma Faoro (1957) Getúlio articulava seu poder político junto aos trabalhadores e aos militares:

“Com a ascensão de Getúlio Vargas emerge o mito, personificado no protetor das massas desamparadas. (...) Dessa matriz gera-se o populismo, identificado com o líder, um líder não entregue a si mesmo, mas enquadrado estamentalmente.

O populismo, fenômeno político não especificamente brasileiro [Faoro remete-se possivelmente ao populismo russo], funda-se no momento em que as populações rurais se deslocam para as cidades, educadas nos quadros autoritários do campo. O coronel cede lugar aos agentes semioficiais, os ‘pelegos’, com o chefe do governo colocado no papel de protetor e pai, sempre autoritariamente, pai que distribui favores simbólicos e castigos reais.

Com efeito, o orçamento militar expande-se na participação de 30,4% em 1938 contra 19,4% em 1931, possibilitando que a revolução de 30 só operasse efetivamente em 10 de novembro de 1937, data do golpe de Getúlio Vargas que decreta o Estado Novo. (...) O governo passa a ser o senhor de todos os instrumentos de comando político: da lavoura e da indústria, cartelizadas e controladas; do operariado, sindicalizado sob as rédeas do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (...) Getúlio Vargas evitaria o comunismo, conciliando o operariado, e se afastaria do fascismo, oficializando os grupos de pressão capitalistas. (...) entre o povo e o ditador, só a burocracia, sem coronelismos, sem oligarquias, mas num vínculo ardente com as massas, gerando o populismo autocrático, esteio hábil para evitar o predomínio de outros grupos” (Faoro, 1957 [2001], pp.787-793).

Não se pode olvidar que o operariado urbano expandir-se-ia vigorosamente na Era Vargas, e que o privilegiamento do orçamento militar garantiria o golpe que implantaria o Estado Novo em 1937, com Getúlio à frente. Constituía seus dois principais apoios: as massas e o estamento militar. A título de ilustração no que se refere ao operariado, segundo Faoro (1957) o número de operários no Brasil, entre 1940 e 50, cresceu em 60%, enquanto a população aumentou em 26%.

Ainda sobre Vargas, alguns aspectos de sua doutrina política são importantes.

Segundo Malloy (1986):

“Vargas não foi revolucionário no sentido de eliminar uma classe social previamente dominante ou de levar ao poder uma nova classe. (...) O que o regime de fato tentou foi expandir o número de atores do ‘jogo político’ nacional, pela incorporação e setores fracos ou excluídos anteriormente, tais como os industriais, a classe média urbana, e a mão-de-obra urbana. (...) O controle do regime demonstrou sua habilidade para construir estruturas que integravam no regime os grupos-chave, especialmente o trabalho organizado, numa posição sobremaneira dependente. (...) No tratamento do trabalho o regime buscou três objetivos básicos: 1) neutralizar o trabalho como fonte de apoio para grupos de oposição que defendiam uma mudança radical; 2) despolitizar as organizações de trabalho como fonte autônoma das demandas do grupo; 3) colocar o trabalho como apoio maior, embora passivo, do regime”. Grifos meus.

Assim, o populismo de Getúlio, associado ao diálogo com as massas proletárias, o que lhe valeu a alcunha de ‘pai dos pobres’, solidificou o apoio das classes trabalhadoras ao projeto corporativista do ditador, que estendia direitos sociais contidos num modelo corporativista de proteção social, que associava a cidadania do trabalhador com seu vínculo ao trabalho, à corporação e à produção. O direito social era função da capacidade contributiva do trabalhador.

Com efeito, não seria de todo uma especulação apontar que Getúlio Vargas flertara com o modelo bismarckiano de proteção social implantado na Alemanha em 1880, que completara meio século quando da sua ascensão ao poder no Brasil. Mas mesmo antes da influência varguista nos contornos iniciais da proteção social brasileira, outro marco, a lei Elói Chaves, de 1923, por muitos considerada pedra fundamental da assistência à saúde privada no Brasil, era também uma influência do modelo bismarckiano.

Vale ressaltar que até 1919 a elite procurou ignorar a questão social e com ela lidava exclusivamente pela repressão. É de 1919 o Decreto-lei nº 3.724 que especifica as responsabilidades do empregador por acidentes ocorridos no trabalho, ficando

estabelecido que o seguro de acidentes seria coberto por empresas privadas (Malloy, 1986; Cohn, 1980).

É importante ressaltar que o instituto das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) no Brasil, estabelecido na lei Elói Chaves, de 1923, previa a participação social dos trabalhadores brasileiros nos destinos dos primeiros institutos previdenciários do país, conforme nos ensinam Gentile de Mello (1984), e Oliveira e Teixeira (1984):

“O sistema de seguros sociais no Brasil dos anos 1920 inspirara-se no modelo bismarckiano alemão, ao adotar como fonte de financiamento a contribuição tripartite, do empregado, do empregador e do Estado, em partes iguais. Em contrapartida foi permitida, tanto nas CAP e depois no IAP, a participação de representantes dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. A presença do maior usuário dos serviços previdenciários possibilitou que os trabalhadores influíssem, de alguma forma, na amplitude e nas diversas modalidades de prestação de assistência prestadas nos diversos CAP/IAP. O quadro político populista que vigorou a partir de 1930 possibilitava essa abertura a pressões “de baixo” capazes de influenciar os rumos da política previdenciária, inclusive de assistência médica, segundo a forma de gestão compartilhada dos IAP, na medida que na direção dos órgãos previdenciários estavam paritariamente representados os empregados, empregadores e o Estado (Gentile de Mello, 1984, p.175; Oliveira, Teixeira, 1984, p.197)

O que não ficou evidenciado até então na literatura sobre saúde e previdência no Brasil foi que os objetivos da lei Elói Chaves parecem ter demorado a alcançar efetividade, pelo menos no que se refere ao Conselho Nacional do Trabalho, o que só foi obtido com a ascensão de Vargas. Isso pode ser certificado em Faoro (1957):

“As reivindicações operárias, antes de 1930, não conseguiram, apesar de leis votadas e não aplicadas, conquistar posição de barganha na sociedade, nem reconhecimento oficial. O Conselho Nacional do Trabalho, instituído em 1923, não chegou, na verdade, a funcionar. (...) A Aliança Liberal adotou outro rumo, cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, acenando, na pluralidade de tarefas, com a política conciliatória de classes, em repúdio implícito à linha contestatória dos frágeis movimentos operários anteriores. O chefe do Governo Provisório [Getúlio Vargas], aprovando, em discurso de 4 de maio de 1931, a orientação do primeiro ocupante da pasta do trabalho [Lindolfo Collor], da conjugação dos interesses patronais e operários, mostra o sentido da reforma, que oficializa os sindicatos: “ *As leis, há pouco decretadas, reconhecendo essas organizações, tiveram em vista,*

*principalmente, seu aspecto jurídico, para que, em vez de atuarem como força negativa, hostis ao poder público, se tornassem, na vida social, elemento proveitoso de cooperação no mecanismo dirigente do Estado. Explica-se, assim, a conveniência de fazê-las compartilhar da organização política, com personalidade própria, semelhante à dos partidos (...)*” (Faoro, 1957 [2001], pp.806-807).

Posto isso, importa ressaltar que na Era Vargas encontravam-se pavimentados os primeiros caminhos da organização corporativista das relações de trabalho e de proteção social no Brasil, conforme será aprofundado logo em seguida. Esse assunto é de interesse para as políticas de saúde, pois dessa época deriva o modelo predominante nas escolhas dos trabalhadores, que se traduz pela opção por esquemas privados de atenção à saúde.

### 3.2.2 Corporativismo e trabalhismo

A lei de sindicalização de 1931 definiu que os sindicatos seriam órgãos consultivos e de colaboração com o poder público, trazendo-se as organizações operárias para a órbita do Estado. A sindicalização, facultativa, na prática tornara-se compulsória, uma vez que apenas os trabalhadores sindicalizados poderiam gozar dos benefícios da legislação social nascente.

Por ocasião da Constituição de 1934 já havia no Congresso uma bancada classista eleita pelos sindicatos de empregadores e de trabalhadores. O país abria-se institucionalmente aos trabalhadores, desde que reunidos em sindicatos tutelados pelo Estado (Gomes, 1988).

Em seguida, por ocasião do Estado Novo desenvolve-se a doutrina corporativista no Brasil. Intelectuais como Oliveira Vianna, Almir de Andrade e Francisco Campos foram os responsáveis pelo traço corporativista presente no texto constitucional de 1937, conforme indicado pelo Art. 61 da Constituição de 37:

Art 61 - São atribuições do Conselho da Economia Nacional:

- a) promover a organização corporativa da economia nacional;
- b) estabelecer normas relativas à assistência prestada pelas associações, sindicatos ou institutos; (...)
- d) emitir parecer sobre todos os projetos, de iniciativa do Governo ou de qualquer das Câmaras, que interessem diretamente à produção nacional;

Assim, a partir de 1937, no curso do Estado Novo, o projeto trabalhista passou a ser efetivamente difundido e implementado. O pacto existente entre o Estado e a classe trabalhadora trocava os benefícios da legislação social pela obediência política, sendo que somente os legalmente sindicalizados teriam acesso aos direitos do trabalho. Nesses termos a adesão era utilitarista, pois interessava aos trabalhadores o acesso aos novos direitos, enquanto que politicamente havia uma adesão ao regime, com a aquiescência por parte dos trabalhadores ao modelo de sindicalismo corporativista tutelado (Gomes, 1988).

Segundo Gomes (1988) estabelecia-se um pacto caracterizado por uma lógica que combinava ganhos materiais com os ganhos simbólicos da reciprocidade. Essa lógica simbólica por detrás desses ganhos, presente na ideologia do trabalhismo brasileiro, consagra uma ideologia de outorga patrocinada por uma autoridade benevolente, em que os bens materiais apresentam-se como generosamente doados. Por essa lógica o trabalhador ganharia um benefício e retribuiria com apoio político.

Vale destacar a percepção de Gomes (1998) quanto aos sentidos da relação política benevolente estabelecida entre Getúlio e os trabalhadores:

“Assim, se o ato de doar deve ser entendido, interessadamente, como um dever, ele igualmente implica uma outra obrigação, a de receber. Toda dívida só se cumpre com a aceitação do que é dado, sua lógica é bilateral. Quem dá cria sempre uma relação de ascendência sobre o beneficiário, principalmente quando espera o retorno. Quem recebe cria um tipo de vínculo de compromisso, que implica na necessidade de retribuir. A base ideológica que institui a obrigação não é a dívida, mas o compromisso, que adquire uma força moral totalizadora” (Gomes, 1988 [2005], pp.226-227).

Segundo Gomes (1988) construía-se no Brasil do Estado Novo um projeto político que se distanciava tanto do liberalismo radical, experimentado no Brasil até o início dos anos 1930, quanto do totalitarismo das ideologias comunistas ou fascistas. Essas duas formas de organização do Estado, liberal ou autoritária, seriam inadequadas à especificidade histórico-cultural do povo brasileiro. Assim rejeitava-se tanto o modelo de Estado liberal, que implicava na vulnerabilidade do indivíduo ante a excessiva liberalidade do mercado, quanto a peculiar subordinação dos indivíduos ao Estado, presente nos regimes totalitários.

E Getúlio surge como mediador dessas aspirações políticas:

“Servindo de alternativa, a história da relação povo/presidente era a história da resolução da questão social no Brasil. A legislação social brasileira servirá de instrumento mediador das tensões entre governante e governados, uma vez outorgada pelo chefe de Estado ao seu povo, seria capaz de garantir a justiça social. Tratava-se de garantir a ordem social” (Gomes, 1988 [2005]).

Contudo, segundo Gomes (1988), na prática não existia sindicalismo corporativista no Brasil entre 1931 e 1943. Havia leis, como a de 1931 e a de 1939, que estabeleciam um modelo de organização sindical corporativa, de vigência formal. Pois é nos anos 1940 que o movimento corporativo emerge fortemente, na postura do empresariado, preocupado em desmobilizar focos de resistência ainda presentes no operariado, sendo que o governo comunga dessa preocupação das elites, relativamente aos pontos de instabilidade até então presentes no movimento operário. Assim, “o sindicalismo corporativista seria implantado não exatamente no momento autoritário por excelência do Estado Novo, mas no período de transição pós-1942, quando a questão da mobilização de apoios sociais torna-se necessidade inadiável ante a própria transformação do regime”.



A revista *Cultura Política*, que circulou de 1941 a 1945, reafirmava a necessidade de implementar um projeto político que encontrasse um ponto de equilíbrio entre as necessidades e liberdades da pessoa e o intervencionismo do Estado. O corporativismo democrático brasileiro devia ser construído pela compatibilização de um Estado forte com um indivíduo livre; de uma política de proteção ao trabalho com uma política de defesa do capital, mantendo-se sagrado o direito à propriedade (Gomes, 1988).

Gomes (1988) destaca que o nosso regime se diferenciava dos demais modelos de corporativismo europeus uma vez que adotava uma estrutura organizativa eminentemente representativa, e acolhia o movimento sindical como força política. O corporativismo brasileiro estimulava a própria produção a organizar-se através de sindicatos patronais, definidos como órgãos coordenados pelo Estado, no exercício de funções delegadas pelo poder público; da mesma forma garantia-se a representação das corporações profissionais.

A Carta de 1937, conforme trecho apresentado à pag. 56 logo mais acima, ao reconhecer essa realidade, estabeleceu as corporações como critério para organização e representação de interesses, funcionando a corporação como órgão consultivo e de colaboração do poder público.

Ainda no que tange à ação do ‘varguismo’ relativamente ao movimento sindical, o governo pôde, durante anos, criar um contingente de líderes trabalhistas mais dependentes do Ministério do Trabalho do que dos próprios elementos das suas organizações sindicais, criando uma casta de dirigentes sindicais, os chamados “pelegos”, de sorte que os sindicatos corresponderiam a verdadeiras extensões informais do aparelho estatal. A pressão para os líderes trabalhistas cooperarem era considerável, traduzida pela oferta de postos na estrutura governamental (Malloy, 1986).

Malloy (1986, p.67-68) vai além, no que se refere ao status dos sindicatos na Era Vargas:

“A nova coleção de leis trabalhistas estipulava claramente que a função primordial dos sindicatos não era a de articular seus quadros de trabalhadores, mas sim cooperar com o governo e com as demais classes para a realização dos interesses nacionais. E quando os interesses operários conflitavam com os nacionais, os primeiros tinham que desistir em favor dos segundos. Os sindicatos eram encarregados de promover a solidariedade geral, fornecendo importantes serviços sociais e assistência legal aos seus membros. (...) Em suma, o governo utilizou os sindicatos para promover uma mentalidade mutualística entre os trabalhadores”. Grifo meu.

Sendo certo que os sindicatos se utilizavam dos esquemas assistencialistas para estimular a afiliação de trabalhadores, prática que não difere em muito do padrão do sindicalismo em geral, à luz do discutido neste trabalho, no item 3.1.3 deste capítulo. Para Cohn (1980) todos os trabalhos sobre sindicalismo confirmam o teor assistencialista dos sindicatos no Brasil. São esses esquemas que atraem os trabalhadores fazendo com que se afilem, segundo Cohn (1980), pela “porta assistencial”. Era uma forma incontestada de cooptação das massas desassistidas, que a doutrina corporativista estimulava e o trabalhismo incorporava acriticamente.

No curso dos acontecimentos históricos, após a deposição de Getúlio, qualquer que fosse o sistema partidário adotado, trabalhismo e corporativismo sobreviveriam. A Constituinte de 1946, ao manter o modelo de sindicalismo corporativista, concluiu um processo político que se apresentava desde 1943, com vistas à transição do Estado Novo para a liberal-democracia (Gomes, 1988).

No fim dos anos 1950 e começo dos 1960 o Brasil ainda era governado sob a égide do pacto populista, por meio do qual a burguesia e a classe média nascente manipulavam os trabalhadores, dando-lhes algum espaço. Os traços do populismo no país foram trazidos no item 3.2.1 deste trabalho. Contudo mudanças iriam surgir a partir da ressignificação da crença anticomunista que transformava os trabalhadores em revolucionários, momento que coincidia com o colapso do Estado populista (Bresser-Pereira, 1987a).

Com efeito, quase sempre houve a ameaça comunista e revolucionária. Jango, vice-presidente que se encontrava na China em viagem diplomática quando da renúncia de Jânio à presidência, flertava com os regimes comunistas. Ao mesmo tempo, havia rumores de infiltração da Comando Geral dos Trabalhadores nos quartéis, a influenciar militares de baixa patente em torno de um golpe de esquerda. Nesses termos, para conter essa ameaça comunista, a partir de 1964 forma-se o pacto autoritário-capitalista tecnoburocrático, patrocinado por um golpe de estado burguês: originado do medo ante a ameaça de desordem econômica e subversão política que o colapso do pacto populista propiciava. As reformas capitaneadas pelos governos militares buscaram a exclusão das forças mobilizadas em torno da questão social durante o período populista, a fim de domar a pressão exercida pelas categorias de trabalhadores e do jogo político intermediado pelas organizações sindicais. Assim, o regime militar redirecionou o sistema político com a radical exclusão dos trabalhadores do pacto de poder, com vistas à desmobilização de suas organizações e das estruturas de representação de seus interesses (Bresser-Pereira, 1987b; Fleury, 1994).

O traço político marcante do regime militar conjuga a despolitização da questão social com o fortalecimento das estruturas burocráticas do executivo, num contexto de supressão da cidadania política e de eliminação dos canais de representação. O poder decisório estava concentrado no aparelho burocrático estatal (Fleury, 1994).

E como soe acontecer ao trabalhismo brasileiro nas situações de regimes ditatoriais, segundo Boito Jr. (1991), nessas ocasiões sempre predominou no Brasil o controle sobre a organização e a vida interna dos sindicatos oficiais. Essa tendência se repetiu no caso dos governos militares, que estabeleceram “um controle rígido, detalhado e inibidor de qualquer ação reivindicativa por parte do sindicato. O estado impõe um estatuto padrão, controla o processo eleitoral, depõe uma diretoria sindical eleita ou

controla as finanças do sindicato na medida em que a representação sindical, e os próprios recursos financeiros, são uma outorga sua”. (...) “A tutela do Estado é percebida como um instrumento adequado para barrar a ascensão das correntes revolucionárias do movimento sindical, garantindo-se um aparato adequado à manutenção do sindicalismo conservador” (Boito Jr, 1991).

No que se refere ao *status* das políticas sociais ao término do período militar, havia uma crise social de visibilidade, sem que, no entanto, o fracasso das políticas sociais pudesse se dissociar da grande crise econômica que o país atravessava. A crise resultaria dos choques do petróleo e das rodadas sucessivas de alta da taxa de juros norte-americana, observada no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o que implicou numa moratória parcial do Brasil já em 1982. Com o fim das reservas cambiais brasileiras, após o contágio na América Latina em consequência da moratória mexicana, o governo teve de recorrer ao FMI. Em 1982 o déficit público brasileiro atingiu 14% do PIB. No Governo Sarney, em 1987, ocorre definitivamente a suspensão do pagamento dos juros da dívida externa aos credores internacionais. Reconhece-se que, pouco mais de três anos depois de promulgada a Constituição de 1988, o sistema de proteção social encontrava-se em uma nova crise de financiamento de proporções profundas (Bresser-Pereira, 1983; 1987b; Safatle, 2012, Fleury, 1994).

Esse ambiente de crise coincidia com a rearticulação do trabalhismo brasileiro, que já vinha acontecendo desde 1978, com o ressurgimento do movimento sindical de massa, marcado pela presença de movimentos paredistas no país. Naquele ano foram mais de 500 mil trabalhadores em greve distribuídos em 7 estados do país, envolvendo 13 categorias, com destaque para os metalúrgicos, trabalhadores do transporte urbano, têxteis, trabalhadores rurais, bancários, professores e médicos (Cordeiro, 1984; Bresser-Pereira, 1987a,b; Escorel, 1998; Boito Jr., 1991; Noronha, 2009).

A reincorporação dos trabalhadores organizados na sociedade se daria sob a égide do sindicalismo de resultados, que consolida o poder sindical pragmático. Assim a contestação social privilegiada pela recém-formada Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, parecerá ter se tornado ineficiente como meio para a abertura de canais de participação. Não obstante, o sindicalismo de resultados não lograria a superação do caráter patrimonial e predatório das relações entre as elites e Estado brasileiro, de sorte que o pragmatismo sindical mostrar-se-ia incapaz de diferenciar-se dos interlocutores de interesses contrários (Cardoso, 1999, pp.32-34).

Nesses termos, o advento do sindicalismo de resultados e a sua articulação na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) em torno da garantia de organização e da concessão de benefícios sociais, do Estado ou do patronato, será, portanto, o tema a ser desenvolvido no item seguinte.

### 3.2.3 O sindicalismo de resultados: primórdios da concertação neocorporativa

Antes de verificar a ação do sindicalismo de resultados no Brasil dos anos 1980 é necessário um percurso sobre a situação política na segunda metade do regime militar, a partir de 1974, na fase conhecida como “abertura política”, quando o regime já apresentava sinais de esgotamento. O “milagre econômico” cessara (1968-1973), já não produzia seus elevados índices de crescimento econômico, e o próprio presidente da República, Ernesto Geisel, sinalizava para a necessidade da transição democrática.

“O golpe de 1964, que a burguesia havia apoiado, acabou tirando-lhe de forma decisiva o poder. O golpe foi acompanhado por um período de milagre econômico beneficiando a burguesia e a tecno-burocracia. Foi uma fase de aceleração da acumulação de capital, eis porque a burguesia tolerava a tutela política. Com o fim do milagre não

havia motivos para a aceitação da tutela, a burguesia sentia-se muito forte economicamente para aceitar que um grupo de tecnocratas no poder distribuísse favores apenas a alguns poucos grupos empresariais” (Bresser-Pereira, 1987a).

No entanto, segundo Bresser-Pereira (1987a,b), já havia, na altura do “fim dos anos 1970, sinais de ruptura do pacto político autoritário-capitalista-tecnoburocrático. À medida que o milagre econômico se esvaia, a legitimidade do governo reduzia-se. A burguesia, entendida como o conjunto dos proprietários dos meios de produção que emprega o trabalho assalariado, que incluía, além dos representantes das associações patronais, os pequenos burgueses atuantes na indústria, agronegócio, e nos serviços, começa a romper o pacto autoritário com a tecnoburocracia estatal. Os trabalhadores seguiam excluídos da aliança de classes em crise e a burguesia não se sentia ameaçada, estava unida e pleiteava uma ampliação de seu poder político, por meio do fim da tutela tecnoburocrática estatal e do restabelecimento dos mecanismos democráticos de governo”.

Assim, “se a manutenção da união nacional já não era factível, da mesma forma o retorno ao populismo dos anos 1950 era inviável. Os trabalhadores estavam à época muito mais organizados, tinham uma consciência muito maior de seus próprios interesses, a ponto de não estarem mais dispostos a serem facilmente manipulados” (Bresser-Pereira, 1987b).

“Os trabalhadores urbanos já estavam suficientemente integrados na sociedade capitalista, para dela fazer parte constitutiva. Assim, a burguesia tenderá a procurar o apoio dos trabalhadores. Líderes sindicais até há pouco tempo desconhecidos despontaram no cenário nacional, e uma vez que o sistema de poder perde legitimidade, os trabalhadores encontram o ambiente propício para não apenas reivindicar salários, mas

também aumentar sua participação política. A crise ao nível das classes dominantes abre espaço para os trabalhadores ampliarem sua faixa de participação política”

(Bresser-Pereira, 1987a).

Foi nesse contexto que “em 1977, logo após o ‘pacote de abril’ [quando o presidente Geisel fecha o Congresso e introduz uma reforma política que cria os senadores biônicos] que se forma o ‘pacto político democrático de 1977’, que nascia da indignação política da burguesia e das classes médias tecno-burocráticas não diretamente comprometidas com o governo.

Representava o rompimento, ainda que parcial, da burguesia com a tecnocracia estatal. A campanha contra a estatização, iniciada em 1975, é o primeiro sinal dessa ruptura. Esse novo pacto, ainda que muito informal e impreciso, fundamentava-se em três pontos:

- 1) o restabelecimento da democracia, que interessava a todos;
- 2) moderada distribuição de renda, de interesse dos trabalhadores;
- 3) aceitação, por todos, do sistema capitalista, que interessava à burguesia”

(Bresser-Pereira, 1987b).

Contudo, essa aproximação burguesa com o movimento sindical foi dificultada pela Greve dos Metalúrgicos do ABC de 1980, com a ascensão de Lula e a criação do Partido dos Trabalhadores, e da CUT, em 1983. A ideia de pacto se interrompera até a eleição de Tancredo Neves, em 1985.

Não obstante os significativos avanços políticos dessa época, como a obtenção da anistia política, a eleição direta para governadores e a campanha pelas eleições diretas para presidente, que uniu todo o povo, e posteriormente, com a cisão do PDS [depois PPR

e desde 2003, PP] e a criação da Aliança Democrática desembocaram na eleição de Tancredo Neves pelo colégio eleitoral do Congresso, pondo fim ao regime militar. Esse pacto foi presidido, do ponto de vista da burguesia, pelo princípio da conciliação, o caminho a ser seguido para a fazer a inevitável transição para a democracia sem romper a ordem estabelecida, de sorte que o projeto foi bem-sucedido, com a união nacional em torno de Tancredo Neves (Bresser-Pereira, 1987b).

Antes de avaliarmos em perspectiva a atuação do sindicalismo de resultados no Brasil redemocratizado, cumpre, no entanto, fazer antes um balanço relativamente à estratégia política desenvolvida pelo regime militar brasileiro, nesse instante que esta tese aborda o processo de redemocratização e o fim do referido regime ditatorial.

O que se pretende ressaltar nesse instante é que a estratégia dos militares guardava traços do corporativismo-dirigista. Conceitualmente, os governos militares parecem ter encampado essa doutrina, segundo as características desenhadas por Harcourt (2000) e Bobbio et al. (1998) para o corporativismo-dirigista, descritas no item

1.1 deste trabalho, e sumariadas a seguir:

- intervenção absoluta do Estado sobre a sociedade, em que a classe burguesa é chamada a colaborar, num tipo de agência de participação compulsória;
- o Estado acolhe o interesse de grupos empresariais na formulação das políticas, de forma a perseguir objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional;
- o Estado torna real a disciplina integral, orgânica e unitária das forças produtivas, com vistas ao desenvolvimento da riqueza;
- o Estado exerce papel dominante na formulação de políticas implicando na dependência dos interesses de grupos do apoio estatal;



- o Estado cria uma estrutura hierárquica e unitária, em que o sindicalismo está subordinado à corporação, e esta ao Estado;
- as corporações são órgãos do Estado; os sindicatos são tutelados pelo Estado.

Ademais, a título de ilustração, Ernesto Geisel e Artur da Costa e Silva, dois ex-presidentes militares, foram tenentistas, sob a liderança de Goes Monteiro e Eurico Gaspar Dutra. Luis Carlos Prestes também era um expoente do movimento, no entanto, simultaneamente, liderava o movimento comunista no país.

Há registros biográficos de que Geisel arregimentou-se às tropas que garantiram a Revolução de 1930, e teria participado também da derrubada de Getúlio. Na divisão do movimento tenentista, Prestes seguiu sua luta comunista, e Geisel e Costa e Silva, sob a liderança de Goes Monteiro e Dutra, alinharam-se ao espectro político da direita.

Goes Monteiro emergiu como o maior ideólogo do tenentismo, e posteriormente foi ministro da guerra de Getúlio. Admirava líderes de regimes nacionalistas fortes, praticantes do dirigismo econômico (Saes, 2011).

Segundo Malloy (1986) o tenentismo articulava uma “concepção de renovação nacional, baseada na centralização do poder político, na racionalidade administrativa, nas políticas econômicas nacionalistas”, modelo reproduzido no regime militar brasileiro, findo em 1985.

Assim, se de um lado Getúlio Vargas é identificado com a doutrina corporativista-dirigista (Bobbio *et. al*, 1998), de outro, a partir da sua estratégia política personalista, capaz de conjugar o corporativismo com o populismo, Vargas incluiu a classe trabalhadora na pactuação política, expediente que o regime militar de 1964 não fez.

A articulação política da ditadura limitava-se à burguesia nacional, correspondendo ao objetivo desenvolvimentista-nacionalista, traço da doutrina corporativo-dirigista.

Dessa forma, os militares do golpe de 1964 parecem ter incorporado uma certa influência corporativista-dirigista no Brasil, de inspiração fascista: excluía os trabalhadores e os sindicatos, tutelando-os; enaltecia o nacionalismo e a ordem; possuía um aparelho repressor em atividade; e concentrava nas mãos do Estado a coordenação dos interesses econômicos, exercida por uma tecnoburocracia.

Malloy (1986) oferece respaldos para essa avaliação:

“A combinação [de forças políticas] que comandou a Revolução de 1964 foi baseada, em alto grau, em dois componentes essenciais do estamento estatal de Vargas: os militares e a tecnologicamente orientada elite civil-administrativa [a tecnoburocracia]” (Malloy, 1986, p.125).

“Economicamente, pôs em vigor um esquema de desenvolvimento capitalista estatal no qual um Estado ativista, representado por um setor público amplo e crescente, estrutura e guia um dinâmico setor privado (...). O Estado buscava coordenar as atividades dos setores público e privado para atender aos amplos esquemas de planos sociais e econômicos que refletiam valores e prioridades de doutrinas de desenvolvimento nacional, e de segurança nacional, formuladas por elites militares e civis” (Malloy, 1986, p.129).

“Enquanto o regime Vargas tentava criar um sistema autoritário baseado na inclusão controlada de grupos-chave, tais como o trabalho organizado, o regime militar buscava a exclusão controlada desses mesmos grupos” (Malloy, 1986, p.129).

“Na verdade, uma boa parte da estrutura institucional e administrativa, bem como das elites administrativas do Estado Novo, foi incorporada ao novo regime. Em nossa opinião, o sistema de 1964 representa, em parte, o triunfo da ala tecnocrático-administrativa da coalizão original de Vargas” (Malloy, 1986, p.130).

Da mesma forma Ribeiro (1993) contribui para o argumento da presença e da continuidade das relações políticas corporativistas no país durante o regime militar, com tutela sobre o movimento sindical, quando aponta que “os militares do golpe de 1964, à custa de repressão política, reforçaram as amarras ao sindicalismo engendradas pela

legislação corporativa. Esta foi mantida ao longo dos regimes militares, para ser questionada, de modo mais incisivo, a partir de 1977, com a retomada das lutas sindicais maciças, e a emergência do sindicalismo autêntico” [de confrontação].

O que importa destacar é que as características doutrinárias e circunstâncias históricas contribuem para evidenciar traços do corporativismo-dirigista, de inspiração fascista, que o regime militar (1964-1985) incorporou no Brasil.

Vale ainda um registro, sem caráter científico, ilustrativo: conforme será logo em seguida desenvolvido no Capítulo 4, em 1966, no Brasil, o governo militar reorganiza os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social, homônimo do INPS organizado na Itália em 1933, no tempo em que Mussolini era o primeiro-ministro, o *Istituto Nazionale della Previdenza Sociale*, em operação até os dias de hoje. Essa comparação pode revelar antes um traço inspirador do que uma simples coincidência, o que não pode ser comprovado sem uma análise comparada das estruturas do INPS fascista e do INPS da ditadura militar de 1964.

Já no curso do processo político denominado de Abertura, a distensão política é concomitante ao fracasso definitivo do modelo aparentemente corporativo-dirigista dos militares. Findo o período da ditadura militar, o que se percebe é a união da burguesia, dos trabalhadores, e o governo civil recém empossado, em torno da necessidade de um pacto social, que prepare o país para um novo ciclo econômico sustentado e com justiça social.

Assim, a partir da ideia de pacto, podem-se identificar os primórdios de uma concertação neocorporativa no Brasil, como alternativa para a falência do modelo político-econômico anterior.

Dessa forma, com o esgotamento do modelo econômico da ditadura, a burguesia nacional se rebela ao final dos anos 1970. Da mesma forma os trabalhadores ressurgem com força a partir de 1977-78, quando emergiram novos sindicalistas na cena nacional.

Segundo Bresser-Pereira (1987b), ao final da década de 1970 a burguesia buscou aproximar-se dos trabalhadores, em torno de um pacto de união nacional.

Tal fato descrito por Bresser-Pereira sugere uma cena em que a contraposição ao corporativismo-dirigista do regime militar carrega consigo o gérmen da concertação neocorporativa implícita no pacto que reúne, e reunirá, no Brasil do início do século XXI, capitalistas, trabalhadores e o Estado.

No que se refere à situação do trabalhismo do Brasil dos anos 1980, o cenário era o seguinte: “os trabalhadores estavam longe de ser uma classe unida. Havia aqueles organizados sindicalmente, que constituíam minoria, e os não-organizados, massa de manobra fácil para as classes dominantes, a burguesia e a tecnoburocracia. Entre os organizados, havia os trabalhadores reformistas, preocupados com melhores salários e condições de trabalho, e os trabalhadores políticos, que identificavam a atividade sindical com a partidária. Entre esses havia o grupo da Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat), relacionado com o PMDB e com os partidos comunistas, e o grupo da CUT, ligado ao PT (Bresser-Pereira, 1987b).

Já no período da ANC, existiam duas centrais sindicais, além da CUT. Havia a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), liderada por Joaquim dos Santos Andrade, o “Joaquinzão”, e de menor importância a União Sindical Independente (USI), à época liderada por Antonio Pereira Magaldi. As posições da CUT na ANC se fizeram representar pelos parlamentares do Partido dos Trabalhadores (PT), predominantemente egressos do movimento sindical, movimentos populares e do movimento estudantil, e por alguns

membros do Partido Democrático Trabalhista (PDT), de Leonel Brizola. Parlamentares do PMDB e do PTB representavam as posições da CGT, e o interesse empresarial tinha no PFL (atual DEM) e em parcelas do PMDB seus principais defensores (Cardoso, 1999).

À época participavam da CGT o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo (SMSP), presidido por Luiz Antonio de Medeiros, e o Sindicato dos Eletricitários de São Paulo, cujo presidente era Antonio Rogério Magri. Esses dois últimos líderes protagonizavam o sindicalismo de resultados, posicionando-se contra a estatização, em defesa do mercado e do pragmatismo sindical, posicionando-se contra as tendências ideológicas da CUT. Medeiros e Magri surgiram ao final do processo Constituinte como aliados do capital, em detrimento da defesa dos interesses dos trabalhadores no cerne da luta de classes. Medeiros não era favorável ao estabelecimento de uma lei de greve, por exemplo, defendia que a melhor lei de greve seria o ‘bom senso’ (Cardoso, 1999).

Esses líderes posicionavam-se sempre contrariamente às centrais sindicais tidas como ideológicas, como a CUT, e muitas vezes não seguiam as orientações da própria CGT, da qual seus sindicatos eram membros, firmando-se contra as posições de “Joaquinzão”.

No curso dos trabalhos da ANC os sindicalistas concentraram a sua participação nos debates da Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos (Boschetti, 1998).

Segundo Cardoso (1999), no primeiro anteprojeto da Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos, os direitos dos trabalhadores eram ampliados consideravelmente. O anteprojeto pressupunha um Estado do Bem-Estar altamente desenvolvido e eficiente, como a garantia à assistência médica gratuita, seguro-desemprego, e aposentadorias para as donas de casa, ao tempo que isentava de impostos diretos mais de noventa por cento dos trabalhadores que ganhassem até 20 salários

mínimos, pagamento em dobro das horas extras, maior remuneração do emprego noturno, turno de seis horas, estabilidade no emprego e jornada semanal de 40 horas.

Interessante notar que a implantação de um novo sistema de saúde pública, de base universalista, era debatida simultaneamente na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, no entanto, os trabalhadores aglutinavam-se em torno de uma assistência médica própria, privada, a ser provida pelos empregadores, denotando que, para o movimento sindical, coexistiam: a saúde pública para todos; e a saúde do trabalhador, específica para os trabalhadores organizados.

Contudo, uma emenda substitutiva do Senador Albano Franco, à época presidente da Confederação Nacional da Indústria (CNI) rechaçava, além da estabilidade no emprego, a jornada de 40 horas, e também as atribuições transferidas ao empregador, notadamente a assistência médica, considerada [à época] obrigação da previdência social (Cardoso, 1999, p.203).

Em meio aos debates da Constituinte, Sarney convocara as centrais para uma discussão, marcada para 28.04.1988, no Planalto, em torno da possibilidade de um pacto entre trabalhadores e empresários, ante ameaça de uma greve geral que estava sendo gestada pelas centrais sindicais. Participaram a CGT, a USI, além de Medeiros e Magri, e a CUT não se fez representar.

À época Medeiros afirmava aos jornais que o discurso atrasado das centrais sindicais que apregoavam as greves era indicativo de que elas não se apercebiam dos novos ventos que sopravam no mercado de trabalho:

“Temos que aprender com os sindicatos da Europa a negociar (...) Os dirigentes sindicais acumulam forças com pequenas vitórias, conquistas de benefícios que trazem credibilidade aos trabalhadores (...) Os sindicatos de contestação não venceram em parte alguma do mundo” (Cardoso, 1999, p. 226).

Medeiros defendia o pacto social, que passou a contar com a simpatia do empresariado. A FIESP lança as bases do pacto, por meio do recém-criado Fórum Informal de Empresários.

“Claramente os membros do Fórum Informal de Empresários faziam uma proposta de tipo neocorporativo. À Folha de São Paulo Mario Amato declarou em 13.08.1988 que o Fórum dos Empresários estaria disposto a abrir mão de seus interesses na ANC para salvar o Brasil” (Cardoso, 1999, p. 227-229), assim, estavam dados os primeiros passos para as negociações capital-trabalho no Brasil, com a anuência da Presidência da República. Era de interesse dos empresários a emergência desse novo sindicalismo moderado.

As referências explícitas a saídas negociadas para a crise econômica - caracterizada por elevados déficits públicos, inflação galopante e dívida externa elevada - sugeria o reforço da democracia em contraposição a alternativas autoritárias, implicava que o pacto social deveria representar uma tentativa de distribuição consensual dos custos do ajuste econômico entre todos os setores (Cardoso, 1999).

As negociações do pacto resultaram, em resumo, nas seguintes pactuações, conforme expressas no Quadro 3.5, a seguir.

Quadro 3.5 – Diretrizes definidas no Pacto Social de 1988 segundo compromissos e intenções recíprocas das partes

Trabalhadores	Empresários	Governo
<input type="checkbox"/> Manutenção do poder de compra dos salários <input type="checkbox"/> Retomada do investimento produtivo <input type="checkbox"/> Controle tripartite da previdência social <input type="checkbox"/> Remuneração justa aos aposentados <input type="checkbox"/> Redução das disparidades de renda <input type="checkbox"/> Definição de formas de garantias ao emprego em períodos recessivos <input type="checkbox"/> Liberdade de organização sindical nos locais de trabalho	<input type="checkbox"/> Reajuste salarial pela média da inflação dos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Trégua nas greves <input type="checkbox"/> Definição de formas de garantias ao emprego em períodos recessivos <input type="checkbox"/> Retomada do investimento produtivo <input type="checkbox"/> Permissão de organização sindical nos locais de trabalho <input type="checkbox"/> Reajustes de preços dentro das metas estabelecidas	<input type="checkbox"/> Controle do déficit público <input type="checkbox"/> Combate à corrupção <input type="checkbox"/> Retomada dos investimentos <input type="checkbox"/> Renegociação da dívida externa com soberania

Fonte: Cardoso, 1999, p. 236. Elaboração própria.

O insucesso do pacto pode ser traduzido pelos desdobramentos da cena política e econômica. O “Plano Verão”, de Maílson da Nóbrega, não conteve a inflação, um dos principais objetivos do pacto. No ano seguinte tivemos a posse, e posterior queda, dois anos depois, de Fernando Collor.

Para Cardoso (1999), o pacto social foi um retumbante fracasso para todos:

“Medeiros investira numa forma de negociação de caráter neocorporativo que mais uma vez mostrou-se ineficaz” (Cardoso, 1999, p.237). “Sabia-se de antemão que o trabalho entraria em posição subordinada nas negociações, e a postura dos demais interlocutores, Estado e empresários, no pacto, reafirmou esta assunção, pois nem um nem outro sentaram nas mesas de negociação dispostos a ceder em seus pontos programáticos. Tal como a CUT, os empresários apresentaram condições para sentar à mesa, expressas na intransigência quanto à redução das margens de lucro, na não aceitação de um congelamento pactuado de preços e salários, e na exigência do fim da intervenção estatal no mercado. O Estado por sua vez jamais tomou a sério a necessidade de controle do déficit público, além do que a reforma administrativa, as privatizações e um projeto de reforma fiscal, exigidos pelos outros negociadores do pacto, jamais ganharam efetividade sob Sarney” (Cardoso, 1999, p.243). (Grifo meu).



Assim, diante desses fatos, verifica-se que, no Brasil, se buscava, pela primeira vez, uma tentativa de uma concertação neocorporativa, que não foi bem-sucedida. Tampouco a classe trabalhadora sairia mais forte, até porque os trabalhadores entrariam de forma subordinada nas negociações, o que não seria novidade em face das observações acerca do posicionamento de autores marxistas relativamente à fragilidade da posição do mundo do trabalho nas negociações de cunho neocorporativo (Wilson, 1983; Esping-Andersen, Kersbergen, 1992; Cardoso, 1999; Jessop, 2002; Sória-Silva, 2005).

Esse tipo de concertação neocorporativa contrapor-se-ia à estratégia política presente no período militar imediatamente anterior, em que um Estado autoritário articulava os interesses do desenvolvimento econômico exclusivamente com o capital, deixando o movimento trabalhista de fora do processo político, mantendo a estrutura sindical distante e tutelada pelo Estado.

Assim é importante registrar que o corporativismo introduzido na Era Vargas viveu no país até o final do regime militar, quando começa a ser aos poucos substituído pelo neocorporativismo.

É notável que traços neocorporativistas encontravam-se presentes no Brasil da segunda metade dos anos 1980, sendo perceptível o interesse do Estado em conceder poder de influência às organizações do capital e do trabalho em troca de moderação em suas relações conflituais, conforme uma das características presentes na teoria neocorporativista, segundo a síntese de Bobbio et al. (1998).

Naquele período pós ditadura militar estava implícita a visão de um Estado que assume a iniciativa no que se refere às organizações representativas dos interesses, concedendo-lhes reconhecimento público enquanto as incorpora na formação das opções

políticas, para lembrar uma vez mais a síntese de Bobbio et al. (1998), descrita no subitem 3.1.2 deste trabalho.

Bresser-Pereira (1987a) apontou que nenhum pacto político poderia ser firmado no Brasil sem que fossem atendidas três condições: 1) hegemonia da burguesia; 2) participação decisiva da tecnoburocracia; 3) abertura do espaço efetivo para os trabalhadores, sendo que o pacto social proposto por Sarney tinha a pretensão de reunir todos esses ingredientes, contudo, conforme bem observou Cardoso (1999), nenhum dos pactuantes admitia fazer concessões que implicassem na assunção de custos, de maneira que essa foi a primeira grande barreira que resultou no primeiro grande revés da concertação neocorporativa no Brasil, situação que será superada anos mais tarde, conforme será abordado no item seguinte.

#### 3.2.4 A CUT rende-se ao neocorporativismo

Em 1987 o intelectual Bresser-Pereira confundia-se com o ministro da Fazenda, e concomitante à sua breve passagem pelo Governo Sarney, o acadêmico fez as seguintes previsões relativamente aos pactos possíveis no Brasil:

“A partir do momento em que a Aliança Democrática entrar em crise, dois pactos alternativos serão possíveis: um pacto liberal-burguês; e outro democrático-popular. Poderão levar não apenas ao empoderamento das classes ou frações de classes que os constituem, podem levá-las também ao exercício do poder efetivo, de modo a atender, ainda que de forma insatisfatória, as demandas dos grupos envolvidos, inclusive dos trabalhadores. Significará a retomada do crescimento econômico e alguma forma de distribuição de renda” (Bresser-Pereira, 1987b, p.203).

“O pacto político liberal-burguês teria como base a grande burguesia, com apoio decisivo da média burguesia conservadora, que pretende ser ao mesmo tempo liberal e democrática, e repudia a intervenção estatal na economia. Preferirá preservar a ordem existente em vez de superá-la, representará a continuação da política econômica monetarista, na qual a estabilidade de preços será a prioridade básica, e de uma política social assistencialista. Teria como massa de manobra os trabalhadores não organizados politicamente. Lograrão algumas

conquistas, mas essas serão menores na medida em que a continuidade da política econômica inviabilizará a solução do impasse econômico, baseado na elevada taxa de juros e na consequente apropriação de excedentes por rentistas improdutivo. Esse pacto em termos partidários atuais [1987], corresponderia ao PFL [atual DEM] e a setores do PDS” [correspondente indireto ao atual PP] (BresserPereira, 1987b, pp.204-205).

“O pacto político baseado no PMDB é o chamado pacto democrático-popular. Não terá o apoio da grande burguesia, a não ser de alguns setores industriais. Terá amplo apoio na média burguesia progressista, que alia aos valores democráticos as preocupações com a justiça social, e ainda contará com apoio decidido da classe média tecnoburocrática, e terá sua base eleitoral mais importante nos trabalhadores organizados sindicalmente ou não vinculados ao PT. Esse pacto, caso se torne dominante, pretenderá mudanças na política econômica, com vistas à retomada do crescimento e à melhor distribuição de renda, suas prioridades básicas” (Bresser-Pereira, 1987b, pp.204-205).

Interessante notar que Bresser-Pereira (1987) identificou corretamente a sequência dos pactos que se seguiriam ao impeachment de Collor de Mello. Foi preciso na definição dos formatos desses pactos, tendo em vista as correlações das forças políticas necessárias à condução dos dois processos: os pactos liberal-burguês e democrático-popular.

Apenas não lhe foi possível prever corretamente o protagonismo político por trás dessas pactuações: em vez de PFL e PMDB, que não passaram de coadjuvantes, importantes, de PSDB e PT, respectivamente, na condução dos pactos liberal-burguês, e democrático-popular, nessa ordem.

Entretanto, compreensível tal imprevisibilidade, pois em 1987 o PSDB ainda não era uma realidade, eis que se concretizou apenas no 2º semestre de 1988, e o PT, associado à CUT, era um partido ainda sectário, incapaz, à época, de liderar um pacto político de grande envergadura no país. Em 1989 Lula chegaria ao 2º turno das eleições presidenciais sob grande temor das elites, tendo sido derrotado pela opção disponível, Fernando Collor, que não resistiria por mais do que 30 meses no governo.

Com efeito, o pacto liberal burguês foi conduzido por Fernando Henrique Cardoso a partir da sua posse na Presidência da República. FHC contou, na integralidade de sua administração, com o apoio do PFL de Antonio Carlos Magalhães, que exerceu poderosa influência na época sobre o presidente. Assim foi o PSDB que liderou o pacto liberal-burguês, como liberal, o que contribuiu para a identificação da política do Partido da Social Democracia Brasileira, o PSDB, como de direita, seguidora do receituário *mainstream* na cena política internacional, neoliberal, da época. Como exemplos, na Inglaterra de então, de Margaret Thatcher, haviam sido privatizadas a British Petroleum, a British Gas, a British Coal, a British Rail, a British Telecom, e a British Airways, para destacar as mais importantes, além das empresas do setor eletronuclear. O “socialismo inglês de 1945” só se veria representado, na ocasião, pelo NHS.

Da forma como Bresser-Pereira anteviu, o pacto liberal-burguês viria a se concretizar no Brasil com o apoio da média e grande burguesia, que repudiava a intervenção estatal na economia e pregava a manutenção da ordem. Datam desse período o programa de privatizações brasileiro, o predomínio da política monetarista, a busca da estabilidade monetária [Plano Real] e a disseminação da austeridade fiscal [Lei de Responsabilidade Fiscal], e uma política assistencialista por excelência, com a criação do Bolsa Escola e do Vale Gás, cooptando-se os trabalhadores não organizados politicamente. Contudo, não se pode dizer que a meta de crescimento econômico fosse atingida, tampouco que a distribuição de renda fosse cogitada.

Após dois mandatos de FHC, e a partir da ascensão de Luís Inácio Lula da Silva ao poder, em 2003, verificou-se, no país, a efetiva viabilização de um pacto democrático-popular, reunindo as principais características apontadas por Bresser-Pereira (1987b): o apoio de alguns setores industriais e amplo apoio da média burguesia progressista, afeições aos valores democráticos e de justiça social, além de contar com uma base

eleitoral dos trabalhadores organizados sindicalmente, todos reunidos em torno dos pressupostos do crescimento econômico e da distribuição de renda.

A Carta ao Povo Brasileiro, firmada por Lula em meados 2002, ano eleitoral, selava o compromisso do PT com a manutenção da ordem, com o respeito aos contratos, com a estabilidade monetária e com as reformas. A seguir, extraímos trechos importantes da Carta, em que a garantia de manutenção dos contratos é mencionada mais de uma vez:

O Brasil quer mudar. Mudar para crescer, incluir, pacificar. Mudar para conquistar o desenvolvimento econômico que hoje não temos e a justiça social que tanto almejamos. (...) Se em algum momento, ao longo dos anos 90, o atual modelo conseguiu despertar esperanças de progresso econômico e social, hoje a decepção com os seus resultados é enorme. (...) a economia não cresceu e está muito mais vulnerável, a soberania do país ficou em grande parte comprometida, a corrupção continua alta e, principalmente, a crise social e a insegurança tornaram-se assustadoras. (...) O sentimento predominante em todas as classes e em todas as regiões é o de que o atual modelo esgotou-se. (...) O caminho das reformas estruturais que de fato democratizem e modernizem o país, tornando-o mais justo, eficiente e, ao mesmo tempo, mais competitivo no mercado internacional. (...) O caminho da reforma tributária, que desonere a produção. Da reforma agrária que assegure a paz no campo. Da redução de nossas carências energéticas e de nosso déficit habitacional. Da reforma previdenciária, da reforma trabalhista e de programas prioritários contra a fome e a insegurança pública. O PT e seus parceiros têm plena consciência de que a superação do atual modelo, reclamada enfaticamente pela sociedade, não se fará num passe de mágica, (...) Será necessária uma lúcida e criteriosa transição. O novo modelo não poderá ser produto de decisões unilaterais do governo, tal como ocorre hoje, nem será implementado por decreto, de modo voluntarista. Será fruto de uma ampla negociação nacional, que deve conduzir a uma autêntica aliança pelo país, a um novo contrato social, capaz de assegurar o crescimento com estabilidade. (...) Premissa dessa transição será naturalmente o respeito aos contratos e obrigações do país. (...) Estamos conscientes da gravidade da crise econômica. Para resolvê-la, o PT está disposto a dialogar com todos os segmentos da sociedade e com o próprio governo. (...) Esse é o melhor caminho para que os contratos sejam honrados e o país recupere a liberdade de sua política econômica orientada para o desenvolvimento sustentável. Ninguém precisa me ensinar a importância do controle da inflação. Iniciei minha vida sindical indignado com o processo de corrosão do poder de comprar dos salários dos trabalhadores. Quero agora reafirmar esse compromisso histórico com o combate à inflação, mas acompanhado do crescimento, da geração de empregos e da distribuição de renda, construindo um Brasil mais solidário e fraterno, um Brasil de todos. A volta do crescimento é o único remédio para impedir que se perpetue um círculo vicioso (...) o equilíbrio fiscal não é um fim, mas

um meio. (...) A estabilidade, o controle das contas públicas e da inflação são hoje um patrimônio de todos os brasileiros. (...) As mudanças que forem necessárias serão feitas democraticamente, dentro dos marcos institucionais. (...) Vamos ordenar as contas públicas e mantê-las sob controle. Mas, acima de tudo, vamos fazer um compromisso pela produção, pelo emprego e por justiça social. (...) O Brasil precisa navegar no mar aberto do desenvolvimento econômico e social. É com essa convicção que chamo todos os que querem o bem do Brasil a se unirem em torno de um programa de mudanças corajosas e responsáveis.

Luiz Inácio Lula da Silva. São Paulo, 22 de junho de 2002.

O ex-presidente Lula acenou à época para a sociedade, antes mesmo de sua eleição, com o compromisso por mudanças pactuadas, em torno de reformas estruturais voltadas para o desenvolvimento e crescimento econômicos, com justiça social. Saía em defesa de uma ampla negociação nacional sem a interferência unilateral do governo, do Estado.

Assegurou seu compromisso com a estabilidade monetária [obtida no governo FHC] e com a necessidade de se honrarem os contratos, ressaltando que seu projeto político se desenrolaria respeitando-se os marcos constitucionais, ao tempo que rememora seu papel de sindicalista que não deseja que a inflação volte a corroer os salários dos trabalhadores.

Acenava com objetivos que interessavam ao empresariado (o crescimento econômico, leia-se o aumento da produtividade), e aos trabalhadores (controle da inflação com distribuição de renda). No mais a estabilidade econômica seria de interesse não apenas de qualquer governo, mas de toda uma sociedade.

Ao fim e ao cabo, Lula estabeleceu um governo de união nacional que muitos consideram ter sido de perfil socialdemocrata. Conforme ressalta Cardoso (2015), “o PT nunca foi partido revolucionário”. Na eventualidade de se tratar como verdadeira a assertiva de que o Governo Lula tivesse sido socialdemocrata, estar-se-ia diante de

ambiente político considerado favorável, tido como condição necessária ao florescimento do neocorporativismo: a socialdemocracia.

Pois, recapitulando-se Bobbio et al. (1998):

A peculiaridade dos ordenamentos neocorporativos nos governos social-democratas é constituída pelo fato de que somente nestes casos o sindicato se pode sentir suficientemente tutelado pelo partido social-democrático governante, tanto que abrirá mão de parte de seu poder atual em troca de potenciais benefícios futuros. Ao mesmo tempo, as organizações empresariais conseguem, entrando nos ordenamentos neocorporativos, reduzir o grau de incerteza relativo ao comportamento das outras partes sociais e, portanto, programar investimentos, produção e transformação de suas atividades (Bobbio et al., 1998, p.1195).

Conforme Bobbio et al. (1998) acentuam, “o crescimento do neocorporativismo é marcado pela necessidade do consenso entre Estado, grupos empresariais e sindicatos em torno das políticas econômicas, de modo que a resposta aos problemas da justiça e da segurança social seja dada ao nível da sociedade civil, e não ao nível institucionalestatal”.

Nesses termos a administração Lula, com um mandatário desvestido do discurso radical do passado, conseguiu reduzir o grau de incerteza, de sorte a regularizar o fluxo de investimentos que contribuiu, em conjunto com fatores externos, para a retomada do crescimento econômico no Brasil. Por outro lado, a administração Lula representava para os sindicatos a garantia política destacada por Bobbio et. al (1998), “de que o Estado seria o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar, além da proteção dos direitos sindicais. Para Bobbio et al. (1998) “a existência desta garantia levaria os sindicatos a privilegiar a negociação política acima da atividade conflitivo-contratual no sistema de relações industriais”. Assim, a palavra-chave seria “consenso”.

Não obstante, Alves (2001), confirma o argumento de que já havia sinais da concertação neocorporativista no Brasil mesmo antes da ascensão de Lula. Para este autor

havia evidências de “um avanço de uma nova postura sindical de cunho neocorporativo no Brasil [bem] ao final dos anos 1980 [a CUT, por exemplo, ficou fora do Pacto Social de 1988], caracterizada pela mudança do padrão de ação sindical da CUT, que tenderia a privilegiar não mais a confrontação, tal como decurso de quase toda a década de 1980, mas tenderia a destacar a negociação ou a cooperação conflitiva. Estaria havendo uma transição de um sindicalismo de massa e confronto para um sindicalismo marcado pelo neocorporativismo”.

Segundo esse autor verificava-se no país uma política sindical concertativa permeada por uma lógica corporativa setorial. “Seria através da concertação social, cuja instância superior seriam os fóruns tripartites setoriais, considerados, inclusive, modelos de elaboração e implementação de política pública, que poderíamos encontrar a saída para a crise do sindicalismo e do capitalismo brasileiro. Um dos maiores resultados do sindicalismo neocorporativo foi a implementação, de 1991 a 1994, da câmara setorial da indústria automotiva. Desde então o sindicalismo neocorporativo tenderia a privilegiar a influência propositiva”.

Para Alves (2001) a estratégia sindical hegemônica na CUT passa a incorporar a construção de um corporativismo societal, apresentado como uma saída para a crise brasileira, como alternativa ao corporativismo estatal que vinha caracterizando as estruturas de representação de interesses no Brasil desde a Era Vargas.

“Nos anos 80, a própria socialdemocracia foi obrigada a encontrar um novo ponto de equilíbrio político e ideológico. Ela tendeu a convergir para um discurso que incorpora as novas percepções político-ideológicas da reprodução sistêmica do capital mundial. O modelo socialdemocrata destaca não mais um corporativismo societal, ao contrário, enfatiza um corporativismo setorial que a nova *praxis* sindical neocorporativa, de aspecto



propositivo, incorpora no curso das negociações por empresas, o que favorece as categorias assalariadas mais organizadas. Há uma transmutação do arranjo neocorporativo socialdemocrata clássico que leva à sua redução para os limites do setor ou ainda da grande empresa” (Alves, 2001).

“A *praxis* sindical neocorporativa vai traduzir, no plano ‘egoístico-corporativo’, o novo momento da política socialdemocrata, acompanhada da rendição subjetiva de importantes lideranças da classe trabalhadora organizada diante da lógica do capital. Incapazes de articular uma nova contra hegemonia à voracidade do capital na produção, (...) eles rendem-se à perspectiva ideológica do polo antagônico. O novo padrão de ação sindical, sustentado na lógica corporativa setorial é, portanto, a própria síntese propositiva da captura da subjetividade do trabalho. A lógica da captura da subjetividade do trabalho, decorrente da diluição radical da consciência de classe, é impulsionada através dos novos arranjos de negociação, circunscritos à grande empresa” (Alves, 2001).

Para Alves (2001) “introduz-se a lógica contida na ideia de concertação social, que incorpora o espírito da colaboração ativa entre capital e trabalho e da participação dos próprios trabalhadores assalariados – visto sob a perspectiva do trabalhador individual e parcelar e não do trabalhador coletivo – na implementação das estratégias produtivas”.

Assim, rememoradas algumas características do neocorporativismo sintetizadas segundo Bobbio et. al (1998), no subitem 2.1.2 desta tese, e identificadas por Alves (2001) na atuação dos sindicalismo brasileiro a partir do início dos anos 1990, incluída a CUT, resta-nos entretanto, para confirmar a consolidação das relações de tipo neocorporativo no Brasil, verificar qual teria sido o posicionamento do sindicalismo brasileiro, no instante que tem início a pactuação informal liderada pelo presidente Lula, que consagra a incorporação do modelo neocorporativista no Brasil.

Dessa forma, ressaltando-se mais uma vez o argumento de Bobbio et al. (1998), a solução neocorporativista se impôs unicamente naqueles países em que o governo seria dominado pelos partidos da classe operária, o que garantiria politicamente que o Estado seria o promotor de interesses fundamentais da classe operária, levando sindicatos a preferir a negociação política em vez do conflito.

Para Sória-Silva, a criação do Fórum Nacional do Trabalho (FNT) no início do Governo Lula, em 2003, realça o tom de diálogo do discurso presidencial [de Lula] pela ocasião de seu lançamento: “o tempo de ser sindicato apenas de contestação já passou. A história está a exigir tanto dos trabalhadores como dos empresários uma outra cabeça, uma outra forma de entendimento, pela qual o movimento sindical brasileiro extrapole os limites do corporativismo e possibilite construirmos o consenso”. Para Sória-Silva (2005) estaria expressa no Fórum Nacional do Trabalho a vontade do governo em efetivamente constituir um espaço para o florescimento do tripartismo no país.

Segundo Sória-Silva (2005) a CUT, em resolução de sua Executiva Nacional, de 16.09.2003, deliberou pela participação nas discussões institucionais sobre as reformas sindical e trabalhista, o que para esse autor importou que a central migrava da lógica do sindicalismo-movimento, de aspirações anticapitalistas, para a lógica do sindicalismo-organização, em que a institucionalização do movimento sindical o converte em estrutura reformadora do sistema social e econômico.

A vitória de Lula em 2002 é comemorada pelos trabalhadores, conforme indica o documento do 8º CONCURT, realizado em São Paulo em 2003: “após anos de derrotas do sindicalismo combativo impostas pelos sucessivos governos neoliberais, a ascensão de Lula à Presidência da República dá um novo alento à estratégia da central de alterar a

correlação de forças na sociedade, no que marcaria um novo e promissor período histórico na política brasileira” (Sória-Silva, 2005).

“Observa-se com isso o crescimento na disposição em interagir com o Estado e o patronato. Assim, a CUT, que nasceu de uma postura que fazia a crítica radical à burguesia e ao Estado capitalista, à medida em que se aprofundava a crise ideológica da esquerda em geral, e tendo diante de si as forças do capital em franca ofensiva, o sindicalismo da CUT acaba adotando praticamente os parâmetros do sindicalismo reformista, mais afeito a relações com o patronato e com o Estado. Este estado de coisas parece corresponder em grande medida às abordagens teóricas de perfil neocorporativo” (Sória-Silva, 2005).

Pois é certo que essa afinidade com o patronato se explica pelo fato de as teorias neocorporativistas terem se desenvolvido no curso das transformações históricas e estruturais experimentadas pelo capitalismo mundial, que nos últimos 30 ou 40 anos têm influência decisiva sobre o curso dos acontecimentos históricos que, no Brasil, levaram ao aparecimento de um novo sindicalismo (Sória-Silva, 2005).

Tendo se formado em uma conjuntura de crise do Estado e dos valores públicos, coletivistas, e universais, o novo sindicalismo nasceria estrutural e conceitualmente marcado por um traço anti-estatista. A partir daí o objetivo do movimento sindical se volta para o ganho específico, e a unidade de interação social é o grupo privado ou a categoria específica (Sória-Silva, 2005).

“A noção de interesse seria um elemento central no agir sindical atual. O interesse, aqui, define a ação informada pelo cálculo pragmático e que se refere ao ganho imediato, específico, pontual, obtido de forma mercantil em função do *locus* em que se dá – o mercado, o contrato”. “No neocorporativismo é a noção de interesse que eclipsa o aspecto ideológico na subjetividade das classes ou grupos sociais” (SóriaSilva, 2005).

Segundo Alves (1993) “o sindicalismo brasileiro atual encontrar-se-ia mais orientado em direção ao mercado do que ao aparato estatal”.

Com isso, restava caracterizado definitivamente no Brasil, na transição para o século XXI, um cenário neocorporativista em que os sindicatos e os setores econômicos mais fortes e organizados buscariam pragmaticamente os arranjos mais vantajosos para si, independentemente da sorte de outros setores econômicos e seus trabalhadores (Sória-Silva, 2005).

### **3.3 Considerações finais**

Este capítulo tratou das características e de como são introduzidas as relações corporativistas e neocorporativistas no âmbito geral das relações políticas, econômicas e sociais, presentes nos regimes políticos, com ênfase no caso brasileiro.

Foi possível identificar a presença no Brasil desses tipos de relações, corporativistas e neocorporativistas, ao tempo que logrou-se periodizar, entre 1930 e 2010, a articulação no país de cada uma dessas formas de pactuação, que buscam em última instância a manutenção da ordem social e o desenvolvimento econômico. A preocupação com a justiça social é específica das relações neocorporativas.

O desenvolvimento e a atuação do trabalhismo no Brasil também foram esmiuçados, com a identificação das formas de participação do sindicalismo na cena política nacional, ou mesmo da sua exclusão. Em alguns momentos-chave, como por exemplo a Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, o Pacto Social de 1988, ou o Fórum Nacional do Trabalho, de 2003, a classe trabalhadora persegue a defesa dos seus interesses mais imediatos, tentando influenciar na formulação das políticas públicas do país.

Destacamos como fundamental o período da ANC, quando sindicalistas se reuniram em pelo menos duas subcomissões da Comissão da Ordem Social em defesa de seus interesses. Tornaremos a analisar esse período no capítulo seguinte.

A atuação do movimento sindical brasileiro, ao longo de todo o período analisado, inicia-se por um sindicalismo incipiente e tutelado da Era Vargas, sem força política para alcançar grandes transformações, para em seguida ser observado o seu banimento da cena política durante o regime militar, para novamente vir a se reorganizar a partir do movimento grevista de 1978, quando o regime militar apresentava claros sinais de esgotamento.

No curso dos trabalhos da Constituinte floresce no Brasil o sindicalismo de resultados de Luiz Antonio de Medeiros e Antonio Rogerio Magri, que buscava a negociação - admitiria perdas no presente para a obtenção de ganhos futuros, desde que atingido o objetivo comum de queda da inflação. Nessa época começariam a ser apercebidos no país os primeiros sinais da concertação neocorporativa, durante o Governo Sarney.

Tancredo Neves, o presidente escolhido pelo Colégio Eleitoral em 15.01.1985, já havia acenado com um pacto social entre empresários e trabalhadores, com a mediação do governo, para conter e reverter a aceleração inflacionária. Sarney, ao assumir após a morte de Tancredo, seguiu a orientação. Convocou as reuniões em torno do referido pacto, que em 1988 definiu suas linhas gerais, o que, no entanto, não foi uma experiência exitosa. A CUT não participou. Essa poderia ser considerada a fase latente do neocorporativismo no Brasil.

Pouco tempo depois, durante os Governos de Collor, Itamar e FHC, têm lugar as câmaras setoriais da indústria automobilística, desta feita com a presença da CUT, que

aos poucos substitui o sindicalismo de confronto pelo sindicalismo de concertação, o que representou a adesão da CUT ao pacto neocorporativo. Pode-se classificar essa como a fase preliminar do neocorporativismo brasileiro, ou sua 1ª fase.

Na sua 2ª fase, já na Era Lula, o neocorporativismo se consolida no Brasil, quando sindicalistas confiam no governo do ex-operário e esperam ter a garantia da expansão dos direitos sociais e trabalhistas; passam a privilegiar a negociação política em detrimento do conflito, e passam a integrar o Governo. O Quadro 3.6, a seguir, delimita essas fases.

Quadro 3.6 - Relações políticas corporativistas e neocorporativistas. Brasil (1930-2010)

REGIMES E CARACTERÍSTICAS	PERIODIZAÇÃO
<p><b>Corporativismo e populismo</b></p> <p>Harmonia entre classes Objetivos comuns em torno do desenvolvimento nacional</p> <p>Organização da coletividade baseada na representação de interesses profissionais (corporações)</p> <p>Eficiência e a concentração do sistema em contraposição a forças ideológicas e classistas</p> <p>Apelo para as massas operárias e camponesas realizando-lhes ganhos materiais e melhorias das condições de vida</p> <p>Aproximação com sindicatos e consolidação dos direitos trabalhistas; sindicatos sob a tutela do Estado.</p>	<p>Era Vargas 1930 a 1945</p> <p>De 1945 a 1964 foi mantida a norma</p>
<p><b>Corporativismo-dirigista</b></p> <p>Estrutura hierárquica e autoritária</p> <p>Concepção nacionalista</p> <p>Economia programada</p> <p>Primado da tecno-burocracia; racionalização do mundo econômico</p> <p>Reunião das energias do país em busca de resultados mais eficazes com menor dispêndio de meios</p> <p>Sindicalismo subordinado à corporação, e esta ao Estado</p> <p>Contraposição ao sindicalismo e exclusão dos trabalhadores das negociações políticas</p>	<p>Regime militar 1964 a 1985</p>
<p><b>Neocorporativismo</b></p> <p>Concertação social com participação voluntária no aparato decisório</p> <p>Tomada de decisões sob a forma tripartite</p> <p>Articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias para conter tendências geradoras de ameaças</p> <p>Resultam mais fortes os grupos que ocupam posições centrais na estrutura social e produtiva</p> <p>Tomada de decisões sob a forma tripartite</p> <p>Tomada de decisão consensual</p> <p>Sucessivas rodadas de negociações que culminam em acordos</p> <p>Representação de interesses de grupos independente</p> <p>Controle democrático das instituições</p> <p>Governos participam das negociações de forma centralizada</p> <p>Forma centralizada de implementação das políticas</p> <p>Concertação essencialmente informal</p> <p>Diminuição das desigualdades, da inflação, e busca do crescimento econômico</p>	<p>Governo Sarney fase latente</p> <hr/> <p>Governos FHC 1ª fase - preliminar</p> <hr/> <p>Governos Lula fase - consolidação</p> <p style="text-align: right;">2ª</p>

Fonte: Elaboração própria. Obs.: Governos Collor e Itamar, não definido. Período conturbado de difícil caracterização.

Uma 3ª fase, do neocorporativismo maduro, do Governo Dilma (I), será trazida no Capítulo 6 desta tese.

Antes, contudo, para a compreensão da evolução da política de saúde no caso brasileiro, segundo a lógica de interesses individualistas da classe trabalhadora, dois momentos serão marcantes para a discussão nos capítulos 5 e 6:

- 1) o fortalecimento da base privada de provisão de assistência à saúde, durante o regime militar;
- 2) a consolidação da saúde suplementar no período democrático.

Ao demarcar, no país, a presença de relações neocorporativistas, evidenciadas pela cooperação concertativa entre governo, sindicatos e capitalistas, o presente capítulo atingiu seu objetivo.

A influência do corporativismo na construção da proteção social no Brasil, especialmente na Saúde, já foi evidenciada por alguns autores (Costa, 1994 [1996]; Santos, 2014; Boschetti, 1998; Fleury, 1994[1996]), não obstante existe ainda uma lacuna no que se refere à pesquisa de traços do neocorporativismo na conformação da política de saúde do país.

A partir deste ponto será possível revisitar o traço corporativo na assistência à saúde dos trabalhadores, para nos capítulos seguintes buscar demonstrar a eventual influência das relações neocorporativistas sobre o arranjo das políticas de saúde em nosso país, de interesse da classe trabalhadora, com ênfase no caso da saúde suplementar, e na adesão a planos e seguros de saúde. É o que será visto em diante.



#### 4 CORPORATIVISMO E POLÍTICA EM SAÚDE

*Gramsci considerava que o avanço e a consolidação do movimento dos trabalhadores dependeria de uma sempre difícil 'guerra de posições'. Dependeria de planejamento, de organização eficiente, de conhecimentos, e de uma sólida preparação. Ao contrário da 'guerra de movimentos', que se faz com manobras súbitas de pequenos grupos, (...) 'a guerra de posições' requer participação ampliada, a construção do consenso. (...) A mobilização só pode ser suficientemente profunda e ter efeitos duradouros se puder se apoiar em consciências coesas e articuladas, em um pensamento rigoroso e lúcido (...)*

*Rodolfo Konder (2001, apud Faleiros et alli, 2006).*

Conforme abordado no capítulo anterior, a lei Elói Chaves, de 1923, representou um marco histórico. Ela introduzia no país um protótipo de proteção social inspirado no modelo bismarckiano de seguridade social, industrial-corporativo, de gestão e financiamento tripartite: entre Estado, trabalhadores e empresários.

Sobre aquele tempo destacamos aqui, mais uma vez, as lições de Gentile de Mello (1984) e Oliveira, Teixeira (1984):

“O sistema de seguros sociais no Brasil dos anos 1920 inspirara-se no modelo bismarckiano alemão, ao adotar como fonte de financiamento a contribuição tripartite, do empregado, do empregador e do Estado, em partes iguais. Em contrapartida foi permitida, tanto nas CAP e depois no IAP, a participação de representantes dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. A presença do maior usuário dos serviços previdenciários possibilitou que os trabalhadores influíssem, de alguma forma, na amplitude e nas diversas modalidades de prestação de assistência prestadas nos diversos CAP/IAP. O quadro político populista que vigorou a partir de 1930 possibilitava essa abertura a pressões “de baixo” capazes de influenciar os rumos da política previdenciária, inclusive de assistência médica, segundo a forma de gestão compartilhada dos IAP, na medida que na direção dos órgãos previdenciários estavam paritariamente representados os empregados, empregadores e o Estado (Gentile de Mello, 1984, p.175; Oliveira, Teixeira, 1984, p.197). Grifos meus.

A escolha do modelo industrial-corporativo, que na acepção de Titmuss (1974) “baseia-se no mérito e na empregabilidade, a partir dos conceitos de incentivo, esforço e recompensa, com a política social estatal a fazer uma intervenção parcial, em que as instituições de bem-estar são adjuntas da economia”, forjou-se em nossa sociedade a partir

dos anos 1920. Era de interesse do trabalhismo, que buscava meios de influenciar os rumos da proteção social - aliás, como deveria ser - e foi incorporado pelo Estado a partir dos anos 1930.

A sequência estudada a seguir neste capítulo oferecerá uma visão em torno da discussão das políticas de saúde no país, e enfatizará a influência do corporativismo na saúde, que se consolida decisivamente durante o regime militar (1964-1985).

Evidenciará o posicionamento da classe trabalhadora nos debates em torno do tema Saúde, na 8ª CNS, e da seguridade, no GT/MPAS, ambos de 1986, e as reviravoltas em torno desses assuntos ao longo do processo da Constituinte, em 1987, para em seguida passarmos ao efetivamente conseguido na Constituição de 1988.

Ao final é feita uma crítica ao modelo duplicado de atenção à saúde do cidadão brasileiro, predominante desde o início dos anos 1990.

### **3.1 Corporativismo e assistência à saúde do trabalhador**

A criação do modelo de CAP, que se estendeu posteriormente a outras categorias, foi uma resposta do empresariado e do Estado no contexto das reivindicações operárias.

Elói de Miranda Chaves foi deputado federal, todavia era também industrial, banqueiro e proprietário rural. “Ao apresentar sua exposição de motivos para a lei, Elói Chaves destacara os aspectos humanitários, todavia reenfatizara as considerações pragmáticas de uma elite claramente interessada em si própria”. Não obstante, “o aspecto mais importante sobre as CAP é que elas envolviam um programa social publicamente formulado, através do qual o governo federal se projetou nas relações de trabalho do setor privado” (Malloy, 1986).

Com a Lei Elói Chaves instituíam-se um protótipo de seguridade que compreendia as aposentadorias e pensões, bem como propunha soluções para as situações de dependência causadas pela organização produtiva capitalista, como o adoecimento do trabalhador, e de seus familiares, bem como o amparo dos familiares em caso de morte do provedor titular.

O modelo de seguridade das CAP previa benefícios de aposentadoria por tempo de serviço, por invalidez, pensão por morte e assistência médica. As CAP possuíam natureza jurídica privada (Boschetti, 1998, Cohn, 1980). Eram internamente governadas pelo conceito corporativista de representação funcional, ao tempo que representavam um programa social publicamente formulado, muito embora definido por uma elite de juristas, empresários e homens públicos (Malloy, 1986).

No que se refere ao financiamento das CAP, era tripartido entre empresários, trabalhadores e a União. O financiamento da União à seguridade foi formalmente recepcionado no texto da Carta Constitucional de 1934, todavia há uma interpretação possível para que a União também se constituísse em uma contribuinte da seguridade, desde a criação da CAP dos ferroviários, em 1923, a partir da análise de Martins (2002):

"A lei Elói Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da União. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União (Martins, 2001). Grifo meu.

Santos (1979); Cohn (1980); Gentile de Mello (1984); Malloy (1986) confirmam que o esquema de financiamento da CAP era tripartite. Segundo esses autores inicialmente os trabalhadores contribuiriam com 3% de seus vencimentos, o empregador com 1% das receitas brutas da empresa, e o Estado com recursos provenientes de uma taxa incidente

sobre os fretes e transportes de passageiros ferroviários. Posteriormente a modalidade de CAP se expandiu a outras categorias de trabalhadores profissionais.

Destacamos a seguir alguns trechos do Decreto-lei 4682/23 (lei Elói Chaves), mantido o vernáculo da época. A alínea c) do Art. 3º remete à taxaçoão que corresponderia à participação da União no custeio da CAP:

Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. (...)

Art. 3º Formarão os fundos da Caixa a que se refere o art. 1º:

a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3% dos respectivos vencimentos;

b) uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1% de sua renda bruta;

**c) a somma que produzir um augmento de 1,5% sobre as tarifas da estrada de ferro;**

d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da creação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a em mez de vencimentos e pagas em 24 prestaçoões mensaes;

e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes à diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas tambem em 24 prestaçoões mensaes;

f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno;

g) as multas que atinjam o público ou o pessoal;

h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras;

i) os donativos e legados feitos à Caixa;

j) os juros dos fundos acumulados. (...)

Art. 9º Os empregados ferroviários (...) que tenham contribuído para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º letra "a" terão direito:

1. a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

(...)

Art. 41. A Caixa de Aposentadorias e Pensões dos ferroviários será dirigida por um Conselho de Administração, de que farão parte o superintendente ou inspector geral da respectiva empresa, dois empregados do quadro - o caixa e o pagador da mesma empresa - e mais dois empregados eleitos pelo pessoal ferroviário, de tres em tres annos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspector da empresa ferroviária.(...)

Art. 47. A partir da entrada em execução da presente lei e para os fins nella visados ficam augmentadas de 1½% as tarifas das estradas de ferro.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923; 102º da Independência e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES

Segundo os termos do Decreto-lei 4682/23, cidadãos, e empresas fora do âmbito da atividade principal assegurada, vertiam recursos para as CAP, para além das empresas relacionadas com a atividade fim e seus respectivos trabalhadores, caracterizando-se a existência de uma comunidade de contribuintes *extra corporis*, assemelhando-se a uma efetiva contribuição tributária da União.

A bem da verdade o *status* da União contribuinte da seguridade continua a vigor na atualidade, por meio do instituto da renúncia fiscal, que permite a dedutibilidade dos gastos diretos com procedimentos de assistência à saúde, e com planos de saúde, no cálculo do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas.

O que é importante verificar, a partir da edição da lei Elói Chaves, é, acima de tudo, a opção histórica pelo modelo de proteção social bismarckiano, relacionado ao processo de acumulação capitalista, e de financiamento tripartite. Esse modelo teve a adesão da classe trabalhadora, ainda que à época organizada de forma incipiente e embrionária.

Na contemporaneidade, os trabalhadores organizados não se arredaram desse formato de proteção social, nem mesmo após as reformas da Constituição Cidadã de 1988, e da edição da lei 8.080/90, que cria o SUS.

Para Malloy (1986), a Lei Elói Chaves lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho.

Segundo Santos (1979) a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida tempos depois, nos anos 1960. O movimento militar tratou de expandir a cobertura previdenciária, sem, no entanto, desvincular os benefícios sociais da acumulação de riquezas. Com a criação do INSS, as aposentadorias permaneciam vinculadas ao emprego formal, da mesma forma o acesso à assistência médica. Consagrava-se no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

Assim como Santos (1979), Gentile de Mello (1984), Malloy (1986) e Boschetti (1998) também fixa os anos 1920 como a origem dos fundamentos do sistema previdenciário brasileiro, sob a lógica do seguro privado bismarckiano, associado à produção e à acumulação. Garantia-se aos trabalhadores assalariados do setor urbano o atendimento médico, as aposentadorias e pensões. Em 1930 eram 47 CAP beneficiando 8000 aposentados e 7000 pensionistas.

Vale ainda registrar que as CAP, e seus sucessores, os IAP, dentre eles o IAPI, eram estruturas de seguridade social análogas, que passaram por um processo evolutivo,

começando como estruturas de direito privado (CAP), transformando-se posteriormente em associações de direito público, a exemplo dos IAP, que datam de 1933, para depois verificar-se a estatização desses fundos, rearranjados no INPS, conforme o DL 72, de novembro de 1966.

Cohn (1980) compartilha desse entendimento de que os IAP eram uma evolução relativamente às CAP:

"(...) a previdência social, até então deixada para o setor privado através de contratos de seguro entre empregador-empregado [por intermédio das CAP], passa a ser objeto de atenção do Estado. Ao lado de toda uma série de dispositivos legais regulamentando o trabalho, começam a ser criados os IAP, agora sob a égide direta do Estado. (...) cabia ao poder público o direito de escolha e nomeação do presidente do instituto [dos IAP]. (...) na passagem das CAP aos IAP, temos duas alterações significativas: a extensão da cobertura previdenciária às classes assalariadas urbanas, com a segmentação dessas classes por categorias profissionais, e não mais por unidades empresariais, como nas CAP. A segunda consiste em que agora é o Estado quem gere essas instituições (...)" Malloy (1986) vai no mesmo sentido:

Apesar de o IAP ser obviamente uma inovação organizacional das velhas CAP, a inovação tinha raízes no processo de construção do Estado moderno. O IAP era conceitualmente um movimento oriundo de uma noção mais concreta, que era a CAP, para uma noção mais abstrata, abrangendo categorias profissionais. Uma vez que o processo de modernização envolve um movimento de modelos de organização social que se movem do concreto para o abstrato, a criação dos IAP pode ser vista como expansão lógica dos princípios de previdência social originais, dentro do projeto geral de modernização iniciado por Vargas. Apesar da inovação, é importante enfatizar que a previdência social continuou como um sistema altamente particularizado que reforçava a tendência para dividir a população trabalhadora em unidades funcionais distintas. (...) A sequência refletiu também um quadro realístico de distribuição de poder entre trabalhadores da seguinte ordem econômica: as melhor organizadas e estrategicamente melhor localizadas eram as categorias cobertas primeiro, vindo as outras depois, mais ou menos na ordem de seu significado econômico, e, portanto, político".

No que se refere aos aspectos assistenciais das CAP, segundo Boschetti (1998), na maioria dos casos as CAP não asseguravam diretamente a assistência médica, todavia mantinham contratos com hospitais privados para a provisão dos serviços, embora o

decreto de n. 5.109, de 1926, tenha permitido às CAP a prestação direta dos serviços médicos.

Esse ponto de vista diverge daquele de Cordeiro (1984), e aqui é importante ter em vista a noção de Faoro (1957) de que a legislação trabalhista passou a valer integralmente após a Revolução de 1930. Segundo Cordeiro (1984, p.32), foi “em 1947 que a Portaria nº42 do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, autorizou o IAPI a conceder assistência médica, cirúrgica e hospitalar, mediante contribuição suplementar”.

Assim faz-se mister recorrer nesse instante a extratos do texto do Decreto 5.109/26. Conforme se observa, o Artigo 13 facultava às CAP a disponibilização de estruturas físicas para atendimento ambulatorial e de pronto atendimento, desde que houvessem fundos disponíveis, e ainda fosse ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, que por sua vez não funcionara pelo menos até a ascensão de Vargas, segundo o testemunho de Faoro (1957).

Por tudo isso, tal constatação não contribui para a afirmativa de que as CAP teriam efetivado a prestação de assistência médica direta. Seguem-se trechos do Decreto nº 5.109/26:

DECRETO Nº 5.109, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1926 -  
CLBR 31/12/1926

Estende o regimen do decreto legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas.

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

I - da instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviarios

Art. 1º Todas as estradas de ferro do paiz, a cargo da União, dos Estados, dos Municipios, ou de particulares, terão Caixas de Aposentadoria e Pensões para os seus ferroviarios, regidas pelas disposições da presente lei.



§ 1º Os dispositivos da presente lei são extensivos a todas as empresas de navegação marítima ou fluvial e às de exploração de portos pertencentes a União, aos Estados, aos municípios e a particulares, em tudo quanto lhes possa ser applicavel.

**§ 2º As rendas para a manutenção das caixas destas empresas serão calculadas pela forma prevista no art. 3º, recahindo o aumento de 2 % da letra c do mesmo artigo sobre as taxas de exploração de portos e tarifas, abrangendo todas as contribuições pagas pelo publico.**

§ 3º São isentas de qualquer taxa as passagens marítimas e fluviaes de preço fixo e inferiores a 1\$000.

§ 4º O Governo expedirá os regulamentos que julgar convenientes para o cumprimento deste artigo, ouvido o Conselho Nacional do Trabalho.(...)

Art. 3º Formação fundos das Caixas a que se refere o art. 1º:

- a) uma contribuição mensal dos ferroviarias correspondente a 3 % dos respectivos vencimentos;
- b) uma contribuição annual da estrada, correspondente a 1/2 % de sua renda bruta;
- c) **a somma que produzir o aumento de 2 % sobre as tarifas da estrada de ferro;(...**

§ 2º A partir da data em que entrar em vigor a presente lei e para os fins nella previstos, ficam augmentadas de 2 % as tarifas das estradas de ferro.

Art. 4º O aumento de 2 % sobre as tarifas abrange as contribuições pagas pelo publico, como sejam preço de transporte de passageiros, de mercadorias, encommendas bagagens, armazenagens, carga e descarga, apenas com exclusão de todas as taxas de character eventual.

Parapho unico. Ficam isentas do referido aumento as tarifas de passagens nos trens de suburbios e pequeno percurso em que os preços respectivos sejam fixos e independentes das distancias.(...)

**Art. 13. Ouvido o Conselho Nacional do Trabalho, as Caixas poderão adquirir ou construir predio, ou predios, para a sua séde, pharmacia, ou serviço de ambulatorio, ou prompto soccorro, uma vez que os fundos o permittam.**

Art. 14. Os associados a que se refere o art. 2º desta Lei, que tenham contribuido para os fundos da Caixa com os descontos referidos no artigo 3º, letra a, terão direito:

1º, a soccorros medicos em casos de doença em sua pessoa, ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e viva sob a mesma economia, bem como internação hospitalar, em caso de intervenção

cirurgica;(...)

Art. 15. A aposentadoria será ordinária, ou por invalidez.(...)

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 1926, 105º da Independencia e 38º da Republica.

WASHINGTON LUIS P. DE SOUSA

Já nos anos 1960 toda essa estrutura securitária fragmentada, restrita a algumas categorias, possuía sérios problemas de gestão e de insolvência. Os encontros de contas teriam sido um desafio, tanto para as CAP quanto para os IAP.

Segundo Malloy (1986), como o governo e os empregadores eram irregulares nos aportes relativos às suas contribuições devidas, e graças a maus investimentos nas décadas de 1950 e 60, a base de capital desses institutos foi exaurida.

Segundo Andrade (1999), os saldos financeiros desses institutos de aposentadoria de há muito vinham sendo utilizados pelo Estado como fundo excedente complementar ao financiamento da acumulação de capital no país, sendo destinados para a compra de ações de estatais e de títulos públicos, o que, ao nosso juízo não constituiria razão objetiva para a exaustão desses fundos. Razões mais contundentes seriam os atrasos no repasse aos institutos de recursos financeiros por parte dos empregadores, confirmados por Andrade (1999) ao mencionar os achados de Braga e Paula (1986, p.107), segundo os quais, “antes da reforma de 1966 [que cria o INPS], as contribuições das empresas eram simplesmente postergadas”, sendo que a partir do marco legal de 1966 sanções passaram a ser aplicadas aos inadimplentes.

Com efeito, os IAP estiveram envolvidos em escândalos resultantes de seus investimentos imobiliários malsucedidos da década de 1960.

Cumprir destacar que os IAP foram instrumentos utilizados para enfrentar a questão do déficit habitacional no Brasil (Ferreira, 2009).

Cordeiro (1984, p.18) confirma que a crise de financiamento da seguridade resultou em parte dos investimentos imobiliários de baixa rentabilidade do sistema dos IAP, exclusivamente voltados para os beneficiários daqueles institutos, tendo sido esse fato um dos motivos para a reunificação dos vários institutos de seguridade no INPS, segundo as categorias profissionais, sendo também correto alinhar entre essas razões a intenção do regime autoritário de excluir as classes trabalhadoras do processo decisório da seguridade, uma vez que sua participação, ainda que reduzida, dos trabalhadores na gestão das CAP e dos IAP se extinguia a partir da criação do INPS (Cohn, 1980; Fleury, 1994[1996]; Oliveira, Teixeira, 1986).

Para concluir essa parte, verifica-se que toda a estrutura administrativo-organizacional da seguridade social no Brasil foi construída sob elevado nível de fragmentação desde os anos 1920, segundo a variedade de CAP e de IAP, que tornava a assistência diferenciada. Categorias melhor aquinhoadas tinham um acesso e qualidade de serviço superiores (Santos, 1979; Cohn, 1980). Essa estrutura associava as ações previdenciárias e assistenciais à acumulação capitalista, à produção. O participante só lograria obter uma aposentadoria ou a assistência à saúde se estivesse empregado e fosse contribuinte de algum instituto previdenciário.

A estatização e incorporação das CAP remanescentes, e dos IAP, pelo INPS, que organizava em um único instituto a variedade dessas caixas e institutos previdenciários existentes até então, demarca o início as atividades da seguridade de natureza eminentemente pública no país, de gestão exclusiva do Estado. Para Santos (1979), a unificação dos IAP no INPS sem dúvida representou um avanço administrativo-

organizacional em termos de racionalização e produtividade do sistema. “As instituições de previdência social, agora agrupadas no INPS, passaram a ser governadas diretamente pelo Estado”.

Por fim, o quadro 3.1, a seguir, traz uma evolução geral das ações e marcos legais que moldaram a seguridade no Brasil, desde os anos 1920 até a criação do INPS, e em seguida até a meados dos anos 1970 e início dos anos 1980, no instante que é de interesse desse trabalho destacar as ações do regime militar concernentes à seguridade e, principalmente, à assistência à saúde propriamente dita. O referido quadro reflete o ponto de vista de Santos (1979), para quem, entre os anos 1943, data da CLT, e 1966, ano da criação do INPS, ocorreu praticamente um vazio normativo no campo das políticas sociais no Brasil.

Quadro 4.1 - Cronologia das principais políticas de seguridade (Brasil: 1923-1980)

Ano	Ação
1923	É criada a primeira CAP, dos ferroviários, segundo o DL 4682/23, conhecido como lei Eloy Chaves. Segundo Boschetti (1998), a CAP era de natureza jurídica privada.
1926	O decreto de n. 5.109, de 1926, faculta às CAP a prestação direta dos serviços médicos, bem como estende as CAP a outras categorias. Na prática essa prestação direta de assistência não funcionou
1930	Estado passa a intervir na organização econômica e social. Organiza-se uma proteção social com uma distinção clara entre benefícios previdenciários, assistência médica e assistência social.
1933	Em 1933 o governo institui os IAP, de natureza pública, por categorias profissionais.
1934	A Carta Constitucional de 1934 estabelece o financiamento tripartite da seguridade social.
1943	O Decreto de n. 5.452, de 1º de maio de 1926, institui a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT
1945	Em 1945 o governo democrático optou por um modelo estatal de previdência e transformou as CAP existentes em institutos públicos.
1946 (*)	A nova Carta Constitucional mantém o financiamento tripartite da seguridade social, e inclui o direito à assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante.
1949	É criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), para prestar assistência médica aos segurados em todo o país por meio das comunidades de serviço (instituídas em 1951), subordinadas técnica, administrativamente, e financeiramente aos IAP
1966	O governo militar instituiu a criação de um único Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, de 1966, em operação a partir de 1967. A criação de um único instituto põe fim a uma fragmentação institucional e reforça a centralização de poder. A participação da União no sistema financeiro da previdência limita-se aos gastos com a administração.
1967	A conjuntura na qual se dá a unificação da Previdência aponta para o recrudescimento do papel crescente do Estado como regulador da sociedade, e o alijamento dos trabalhadores do jogo político.
1974	Cria-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A Caixa Econômica Federal era o agente financeiro, com <i>funding</i> originado das loterias e de recursos orçamentários, destina recursos a juros subsidiados para o desenvolvimento de uma rede hospitalar privada, fazendo emergir a força da Federação Brasileira dos Hospitais-FBH
1976	É dado início a um processo de expansão da cobertura, a ampliação dos direitos previdenciários incluiu categorias como os trabalhadores rurais e as domésticas, deficientes e idosos com mais de 70 anos que não haviam contribuído com a previdência.
1977	É criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, Sinpas, vinculando em definitivo as ações de previdência, assistência e saúde.
1980	Forte pressão popular pelo atendimento do não segurado leva as autoridades a flexibilizarem a assistência médica sem a exigência de apresentação da carteirinha de segurado do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Fontes: Santos, 1979; Boschetti, 1998; Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984; Escorel, 1998; Leal, 2014; Dataprev.gov.br; planalto.gov.br. Elaboração própria.

(\*) Boschetti (1998) informa que a contribuição tripartite foi retirada da Carta de 1946, o que parece não ser procedente. Da mesma forma argumenta que a LOPS, de 1960, enterrou de vez o financiamento da União à Previdência, o que também colide com o Art. 180 da referida lei.

#### 4.1.1 O período do regime militar: consolidação do corporativismo na Saúde

Do ponto de vista econômico, o Brasil do início do regime militar seguia a desenvolver seu processo de industrialização, e o grande fluxo migratório de trabalhadores para as regiões urbanas, observado desde a década de 1940, resultado desse processo de industrialização, elevou a população brasileira urbana de 31,2% em 1940, para 55,9% em 1970, passando a 67,7% em 1980 (Ferreira, 2009).

Segundo Santos (1979), os movimentos migratórios para os grandes centros impulsionaram o processo de urbanização, suscitando problemas sociais básicos como saneamento, habitação e saúde pública.

A assistência à saúde prestada na rede de assistência previdenciária, exclusiva dos segurados, convivía com problemas de fraudes, racionamento de recursos, e uma rede de atendimento congestionada nas cidades grandes e médias.

Segundo Boschetti (1998), a assistência médica prestada pelo INPS experimentava uma precariedade dos serviços, havia um racionamento clássico com grandes filas de espera, o que fortalecia esse apelo pela assistência médica individualizada em detrimento das ações coletivas.

O grande empresariado da indústria, ainda nos idos de 1964, insatisfeitos com os custos trazidos pelo estrangulamento na rede assistencial do INPS, pactuaram com o Estado a assunção da assistência à saúde dos empregados por intermédio do estabelecimento dos chamados convênios entre as empresas e o INPS.

Essa conjuntura passa a orientar o sentido da ação governamental, que objetiva expandir a oferta privada de serviços médicos, em consonância com as premissas do modelo corporativista. O Estado coordena o desenvolvimento em conjunto com o setor

privado, que por seu turno tem o interesse que suas forças de trabalhos tenham atendimento célere que garanta retornos mais eficientes da força de trabalho, acidentada ou com a saúde agravada, e a volta o mais rápido possível à produção. Ao mesmo tempo assegura-se a superação das relações de conflito resultado da dependência inerente ao desenvolvimento capitalista, de sorte que a pressão social é contornada pela política social, mantendo-se a ordem estabelecida.

Recordando Santos (1979), o modelo de proteção social brasileiro desde a sua concepção original de 1923, cujo marco é a Lei Elói Chaves, sempre esteve ligado ao processo de acumulação.

Nesses termos, a preocupação do empresariado concernente à saúde do trabalho relacionava-se à demora com que trabalhadores acidentados, ou com saúde agravada, eram atendidos na rede previdenciária pública, retardando o retorno às atividades laborais, o que caracterizaria situações denominadas de absenteísmo.

Segundo Cordeiro (1984), para os empregadores “a racionalização do tempo do trabalhador para realizar um dado consumo médico é um fator da sua produtividade física”, o que beneficia a empresa, tendo em vista que os convênios traziam vantagem na agilidade dos atendimentos relativamente ao que era prestado na rede pública própria e contratada da previdência social.

Os convênios possibilitavam a prestação privada de assistência médica aos trabalhadores de uma empresa, podendo a provisão ser própria ou terceirizada. Datam dessa época os primeiros movimentos para o desenvolvimento futuro dos planos de saúde no Brasil.

Nesse contexto disseminam-se os convênios-empresa, marco legal das relações mercado de empresas médicas e o Estado. “Os convênios-empresa eram uma alternativa para o atendimento de parcelas da força de trabalho estrategicamente importante para o desenvolvimento capitalista no Brasil” (Cordeiro, 1984).

Essa necessidade de acelerar a produtividade e a recomposição da força de trabalho é também identificada por Oliveira, Teixeira (1984, p.182), para quem “o interesse por parte do empresariado em torno dos serviços próprios de atendimento nas empresas, assim como no esquema dos convênios, era a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida que um serviço próprio poderia ser mais eficaz nesse sentido, do que as habitualmente morosas e deficientes redes previdenciárias e estatais”.

Ademais, a posse de serviços próprios, ou por intermédio dos convênios, possibilitaria o emprego de uma política de atração de pessoal vantajosa, o que pode implicar em melhor competitividade empresarial. Com efeito, no Brasil esse interesse das empresas nos serviços médicos próprios se manifestou desde os primórdios da industrialização (Oliveira, Teixeira, 1984, p.182).

Segundo Oliveira, Teixeira (1986), “a interferência estatal na Previdência Social, por meio da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, fez surgir no Brasil um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro, permitindo a acumulação capitalista na medicina com privilegiamento do setor privado na provisão de serviços médicos, o que resultou na oferta de financiamentos públicos para a construção de hospitais privados, no credenciamento para compra de serviços no âmbito do INPS e na expansão dos convênios médicos”.



Nesses termos, a expansão do complexo previdenciário criou um subsetor credenciado que se estrutura em bases distintas do setor contratado, sob a forma de contratos de prestação de serviços, voltado para uma parcela específica e organizada de segurados, praticando a medicina ambulatorial e curativa (Oliveira, Teixeira, 1986).

Nos convênios, os serviços eram prestados diretamente pela empresa contratante ou ainda terceirizados. Em contrapartida a previdência ressarcia, mensalmente à conveniada, valores correspondentes a 5% do maior salário mínimo regional por trabalhador coberto no convênio, sem necessariamente desobrigar-se do atendimento hospitalar desse empregado, eis que os procedimentos de maior complexidade e de difícil resolatividade, que demandavam mais tempo de internação, eram prestados diretamente pelo INPS (Oliveira, Teixeira, 1986).

Ainda conforme Oliveira, Teixeira (1986, p.228-229), essa massa de trabalhadores atendida por convênios correspondia, em 1977, a 10% do total da população previdenciária, cobertos por cerca de 4.700 convênios, assinados predominantemente entre o INPS e as grandes e médias corporações. Os convênios assim concentravam-se na região industrializada, 71,3% deles eram firmados no Estado de São Paulo.

Segundo Cordeiro (1984, p.86), no ano seguinte, em 1978, do ponto de vista do gasto com a assistência médica no âmbito previdenciário, os serviços próprios respondiam por apenas 17% da despesa, enquanto os serviços médicos contratados de terceiros correspondiam a 76% da despesa, e 7% dos gastos eram originados dos convênios-empresa. A provisão de assistência médica privada correspondia a 83% do gasto total.

Oliveira, Teixeira (1986) destacam o caráter privatizante que emerge desse período, “por onde elementos da sociedade civil penetram o Estado, dando margem à privatização dos serviços de saúde”. É dessa época a orientação da política de saúde rumo

às “práticas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas, em detrimento das ações de saúde coletivas, de caráter preventivo. Assim a prática médica curativa patrocinada pela Previdência Social propiciou a expansão da rede hospitalar privada, de capital nacional. Essa relação entre Estado e produtor privado revela-se em todos os ramos da economia” (Oliveira, Teixeira, 1986, pp.208-212).

Com efeito, a assistência individualizada, privada, adquire o *status* de política de governo. As relações entre os governos autoritários e os capitalistas do setor saúde resultaram em um radical incentivo à expansão privada de hospitais e clínicas, para lidar com o déficit assistencial da época, em face do estrangulamento da oferta de estabelecimentos de saúde curativos.

O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), de dezembro de 1974, com a participação da Caixa Econômica Federal (CEF) como agente financeiro, destina recursos a juros negativos para o desenvolvimento de uma rede hospitalar privada, fazendo emergir a força da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). Acrescente-se, da mesma forma, o crescimento, no período, da influência, sobre a tecnoburocracia pública, das entidades civis de organização da classe médica, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), para além da já mencionada FBH. Assim, o regime militar reforça os postulados que sustentavam o pacto corporativo-liberal-burguês: a defesa da iniciativa privada, e a oposição às políticas estatizantes e de politização da vida social (Braga,Paula, 1981; Boschetti, 1998; Escorel, 1998; Cordeiro, 1984; Oliveira, Teixeira, 1986, pp.215-217).

Os investimentos do FAS não são desprezíveis, conforme expresso na Tabela 4.1:

Tabela 4.1 - FAS - Créditos aprovados até 30.06.1977 segundo destinação por área e entidades mantenedoras  
(em milhares de cruzeiros e de reais de 31.12.2014\*)

ÁREAS	Cruzeiros	Reais	Público	%	Privado	%
Educação	8.373.600	R\$ 7.423.578	R\$ 6.534.196,0	88,0%	R\$ 889.382	12,0%
Saúde e Previdência	2.690.000	R\$ 2.384.808	R\$ 489.639,0	20,5%	R\$ 1.895.169	79,5%
Outras	599.200	R\$ 531.218	R\$ 309.404,0	58,2%	R\$ 221.814	41,8%
<b>Totais</b>	<b>11.662.800</b>	<b>R\$ 10.339.604</b>	<b>R\$ 7.333.239,0</b>	<b>70,9%</b>	<b>R\$ 3.006.365</b>	<b>29,1%</b>

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base na pesquisa ENSP/Fiocruz e Finep e da CEF. Elaboração própria. (\*)

Valores atualizados pelo IGP-DI (FGV), séries históricas do Banco Central do Brasil. [www.bcb.gov.br](http://www.bcb.gov.br)

Interessante notar que, da parcela do FAS invertida em Saúde e Previdência, praticamente 80% dos recursos foram aplicados no setor privado. A preços de 2015 o subsídio ao setor das empresas médicas correspondeu a quase 2 bilhões de reais. Segundo consta, o subsídio estava embutido na não-aplicação integral da correção monetária sobre os saldos devedores (Braga, Paula, 1981).

Noutra vertente, os 80% aplicados na rubrica Saúde e Previdência, com destinação privada, contrastam com apenas 12% dos recursos do FAS aplicados na rede particular do setor educacional.

A título de observação acessória, ainda conforme a Tabela 4.1, 88% dos recursos do FAS, na rubrica Educação, ou R\$ 6,5 bilhões a preços de hoje, foram destinados ao setor público. Uma interpretação plausível para esse fenômeno nos remete ao vigoroso investimento público efetuado nas universidades federais país afora, durante o regime militar, possivelmente visto como setor estratégico pelo regime, sempre tendo em vista que, no corporativismo-dirigista impresso pelos governos militares, o Estado definia *per se* os rumos da sociedade, e convocava a burguesia para auxiliá-lo no processo, segundo a lógica estatal-dirigente. Fazia parte da estratégia de concertação entre Estado e o mercado em torno do objetivo do desenvolvimento nacional.

Cumpra observar que o regulamento do FAS determinava que 70% do investimento global do programa deveria ser direcionado para o investimento público (Braga, Paula, 1981), o que explica, portanto, o elevado investimento na educação, todavia não retira a ênfase dada ao setor privado no caso da saúde.

De 1964 a 1967, durante os quatro primeiros anos do regime autoritário, a rede hospitalar pública sofre incremento de apenas 12 unidades, ao tempo que a rede filantrópica diminui de tamanho, com o teórico fechamento de 103 unidades (podem ter alterado a sua natureza jurídica para 'lucrativos').

Por outro lado, a rede hospitalar privada lucrativa expande-se vigorosamente, contabilizam-se, em apenas 4 anos, 479 novos hospitais privados, correspondendo a um aumento de 50% em curtíssimo período, confirmando a política privatista na saúde segundo observaram Oliveira, Teixeira (1986).

A Tabela 4.2 traz a distribuição da rede hospitalar no Brasil segundo a fonte mantenedora:

Tabela 4.2 - Quantitativo de hospitais por fonte mantenedora (Brasil, 1956-1967)

Ano	Públicos	%	Privados (*)			
			Filantrópicos	Lucrativos	Total Privados	%
1956	447	18%	n.d.	n.d.	2058	82%
1960	371	15%	n.d.	n.d.	2176	85%
1964	457	16%	1.446	944	2390	84%
1967	469	14%	1.343	1.423	2766	86%

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base em Kowarick, 1976. Elaboração própria.

(\*) Inclui filantrópicos e lucrativos.

O mesmo movimento pode ser observado relativamente às consultas médicas realizadas no âmbito do INPS, de 1971 a 1977, conforme a Tabela 4.3. No total geral do período, o quantitativo de consultas médicas efetuadas cresceu 200%.

Tabela 4.3 - Consultas médicas segundo prestador - INPS (1971-1977)

Ano	Nº consultas	INPS Rede		Rede		Rede	
		Própria	%	Contratada	%	Conveniada	%
1971	44.692	37.328	83,5%	7.361	16,5%	n.d.	
1972	47.796	38.573	80,7%	9.223	19,3%	n.d.	
1973	48.633	39.262	80,7%	9.371	19,3%	n.d.	
1974	52.144	41.575	79,7%	10.568	20,3%	n.d.	
1975	82.369	49.110	59,6%	15.104	18,3%	18.155	22,0%
1976	105.477	52.703	50,0%	27.759	26,3%	25.015	23,7%
1977	134.417	57.152	<u>42,5%</u>	<u>39.633</u>	<u>29,5%</u>	<u>37.632</u>	<u>28,0%</u>

Fonte: Oliveira, Teixeira, 1986, com base em dados do INPS. Elaboração própria.

No caso das consultas realizadas segundo o tipo de prestador, na rede própria do INPS o número variou positivamente em 53%, no entanto, as consultas efetuadas em estabelecimentos contratados e conveniados saltou 950%.

A Tabela 4.3 passa a captar a informação do número de consultas na rede dos convênios entre empresas privadas e o INPS a partir do ano de 1975. Em apenas 3 anos, de 1975 a 1977, o número de consultas efetivadas por essa via expandiu-se em mais de 100%.

Segundo dados da Coordenação de Convênios da Secretaria de Assistência Médica do INPS, em agosto de 1977 existiam 4.699 convênios desta natureza, abrangendo 1.801.082 segurados, que com seus dependentes perfaziam o total de 4.337.187 beneficiários.

Por certo, a rápida expansão dos convênios revelava um desejo ou preferência de todos que se beneficiavam desses esquemas: industriais e trabalhadores. O Governo, por seu turno, compartilhava a tarefa de prover a assistência médica com entidades paralelas.

Reproduzia-se no país, em perspectiva histórica, o modelo corporativo adotado desde os anos 1920, que vincula a proteção social ao processo de acumulação capitalista.

#### 4.1.2 Convênios-empresa: outros interesses envolvidos

Os convênios-empresa eram tanto comemorados pelos empresários, profissionais médicos e também pelos trabalhadores. A crítica por certo existia, e partia dos principais atores do chamado movimento sanitário. Testemunhos a seguir relatam a quem interessava os convênios, para além da abordagem do item anterior, que destacou o interesse econômico dos capitalistas em termos da produtividade do trabalho.

O Diretor Clínico dos serviços médicos da Cia. Brasileira de Fiação afirmara que, “um número elevadíssimo de dias de trabalho era perdido exclusivamente por incapacidade do hospital geral em recuperar rapidamente o doente que teve alta. (...) Tanto do ponto de vista do bem-estar médico-social do operário, como sob o ponto de vista do aumento geral da produção industrial do país, dentro das condições de vida brasileira, o hospital industrial é uma necessidade inadiável (...), pois a volta mais rápida ao trabalho, o aumento da produção e a maior harmonia social serão frutos dessa iniciativa” (Oliveira, Teixeira, 1984, p.190).

Em 1973 a Abramge, em parceria com o então INPS [o Inamps viria a ser criado pela Lei Nº 6.439, de setembro de 1977], reúnem-se nas principais capitais para divulgação dos benefícios dos convênios-empresa. A medicina de grupo era tida como uma solução democrática para os altos custos dos serviços médicos do INPS, sendo que o argumento central da Abramge sustentava que o crescimento contínuo do sistema de medicina de grupo se devia à satisfação de todos atendidos pelo modelo (Cordeiro, 1984, p.18).

Conforme registra Cordeiro (1984, p.97), a crítica partia de certas entidades médicas, como a Associação Médica do Rio de Janeiro, na pessoa de Carlos Gentile de Mello, para quem as medicinas de grupo não prestavam assistência a uma série de doenças graves e procedimentos complexos, não assumindo os riscos catastróficos, promovendo inclusive altas precoces, nesses termos, seria facilmente contestável o argumento de que os custos dos atendimentos seriam menores com as medicinas de grupo, pois havia evidências de que estes estariam subestimados comparativamente aos do sistema oficial previdenciário-assistencial.

Com efeito, o apoio financeiro viabilizado à medicina empresarial pelo regime, com privilegiamento da prestação da assistência médica pelo setor privado, se dava no contexto do regime autoritário que excluía os sindicatos do processo decisório. O projeto governamental entre 1970-74 tendia a consolidar o controle sobre os sindicatos e a massa operária. Prevalencia uma política de arrocho (Cordeiro, 1984).

Assim, é preciso entender com naturalidade, por exemplo, que declarações do movimento sindical, à época, mostrassem-se contrárias às diretrizes da ditadura militar no campo das políticas sociais - atenção à saúde em particular - ainda que estivesse havendo uma expansão da oferta da provisão de serviços sociais, e já tivesse sido constituída uma previdência social pública no país, o INPS, posteriormente expandida para categorias até então excluídas, como trabalhadores rurais, domésticos e autônomos.

Havia, sim, um contexto de forte contestação por parte dos trabalhadores nessa época, principalmente a partir de 1978, quando houve o recrudescimento do movimento grevista no país. Foram mais de 500 mil trabalhadores em greve distribuídos em 7 estados do país, envolvendo 13 categorias, com destaque para os metalúrgicos, trabalhadores do

transporte urbano, têxteis, trabalhadores rurais, bancários, professores e médicos (Escorel, 1998).

Pois nos idos de 1978 o Congresso de Trabalhadores da Indústria Metalúrgica do ABC paulista, realizado em Poços de Caldas (MG), em seu documento final (Cordeiro, 1984, p.100) defendia que “a Previdência Social deveria ter sua rede própria de hospitais, ambulatórios e laboratórios, não devendo manter convênios com entidades particulares que visassem lucros”. Da mesma forma, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em 1979 na Câmara dos Deputados, os trabalhadores defenderam que “somente o Estado estaria capacitado a desempenhar o papel de gestor do sistema de saúde” (Cordeiro, 1984, p.101).

Com efeito, o discurso sindical não correspondia à prática geral da classe trabalhadora, notadamente das bases, pois conforme atesta Cordeiro (1984, p.83) na mesma publicação, os assalariados, ou sejam, as bases, aprovavam os convênios-empresa: “na perspectiva dos assalariados, a assistência médica prestada pelos convênios parecia atender à insatisfação face ao estrangulamento da demanda [do ponto de vista da teoria econômica, o correto seria estrangulamento da oferta] nos serviços próprios do INPS, bem como pela maior facilidade de hospitalizações. Esses fatos repercutiram favoravelmente na difusão desta modalidade assistencial”. Cordeiro também considera que “havia uma intimidade entre a medicina e a fábrica, a partir de uma identidade de interesses entre as duas instituições” (Cordeiro, 1984, p.99).

Registre-se que essa intimidade perdura até os dias atuais. O posicionamento dos trabalhadores da base, do chão de fábrica, favorável aos convênios, traduz as suas preferências por modelos assistenciais capazes de assegurar-lhes atendimento célere e, em



tese, de qualidade, tendo-se em vista que o modelo de atenção individualizada pode contornar o racionamento clássico dos modelos coletivistas.

De outro prisma, o posicionamento de lideranças trabalhistas, em prol dos esquemas privados da medicina supletiva, é evidenciado, ainda que de forma velada, nos debates que antecedem à Constituição de 1988.

Esses debates, em diversos fóruns, como a 8ª CNS, o GT/MPAS, de 1986, e da ANC, de 1987, alteraram, radicalmente, o formato da organização da Saúde no país, o que será visto no item a seguir.

#### **4.2 Movimento sanitário, trabalhadores, e as articulações das políticas de saúde na Constituinte**

Durante a redemocratização intenso debate ideológico tomou conta do país, em especial em torno da seguridade social, no período imediatamente antecedente à ANC. O Governo Sarney instituiu um importante grupo de trabalho para a discussão dos modelos de seguridade adequados à nossa realidade, o Grupo de Trabalho do Ministério da Previdência e Assistência Social (GT/MPAS), assim como o movimento sanitário articulou-se em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ambos de 1986.

Posteriormente o governo instituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que debateria os temas tratados na 8ª CNS, com a inclusão de novos atores. Os objetivos, tanto do GT/MPAS, quanto da CNRS, eram pavimentar o caminho dos debates em torno da previdência (GT/MPAS), e da Saúde (CNRS), na Constituinte.

Nosso percurso sobre a temática discutida em cada um desses fóruns objetivará seguir a uma cronologia, culminando com uma discussão que aponta os resultados efetivamente alcançados com a Constituição de 1988.

Cumpramos ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante da implantação futura no país de um regime de assistência à saúde com características universais, que possibilitaria o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, independentemente da capacidade contributiva e dos vínculos à produção capitalista. A 8ª CNS e suas consequências já se encontram por demais estudadas e conhecidas, posto que, interessa-nos neste trabalho o posicionamento dos trabalhadores organizados, não apenas na 8ª CNS, como também no GT da Previdência, e na Constituinte, que é o que perseguiremos nos itens seguintes deste capítulo.

#### 4.2.1 Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª CNS representou um marco dos debates em torno da medicina social e da saúde coletiva, em contraposição à organização privatista predominante, prevendo-se a adoção no país do modelo universal de assistência à saúde, de influência Beveridgeana (modelo universalista implantado na Inglaterra do pós-2ª Guerra). Discutiu-se a estatização da base privada de provisão à saúde existente, e a substituição dessa base empresarial por um modelo público, universal, extensível a todos os cidadãos, independentemente de contribuição prévia.

A releitura do Relatório Final da 8ª CNS permite avaliar que o debate fez emergir o conflito público-privado. Vale destacar que a palavra expropriação é expressa algumas vezes. O debate sobre estatização dos serviços de saúde foi marcante. Embora a proposta de estatização imediata tenha sido recusada, houve consenso sobre o fortalecimento e expansão do setor público. Foi firmado que a participação do setor privado deveria se dar sob a forma de concessão, o que não foi incorporado em 1988 pelo texto constitucional (Relatório, 1986).

O tema expropriação voltou a ser abordado no Tema 2, nas seguintes proposições: “deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público”, sinalizando um forte controle da atividade privada no âmbito da saúde.

No Tema 3, Financiamento do Setor (Relatório, p. 21), o fim da renúncia fiscal foi sugerido. Propunha-se que a maior participação do setor público como prestador de serviços poderia ser viável, justa e socialmente desejável (Relatório, p. 16, item 16), com expansão da oferta de serviços públicos; no entanto, não houve o entendimento acerca da fixação de um percentual mínimo de dotação orçamentária para a saúde (Relatório, p. 19, item 3e, notas de rodapé).

Observa-se que, ao final da década de 1980, poderia estar em curso na cena política da saúde um processo ideológico de quebra de hierarquia, segundo o conceito de Braudel (1987):

“(...) existem condições sociais para o surto e o êxito do capitalismo. Este exige certa tranquilidade da ordem social, assim como uma certa neutralidade, ou fraqueza, ou complacência, por parte do Estado. [...] O capitalismo tem necessidade de uma hierarquia [...] (Braudel, p. 62-63).

A 8ª Conferência, que não contou [em termos] com a participação direta dos empresários, poderia ser compreendida como uma tentativa de quebra da hierarquia, e, por isso, parece ter provocado uma reação concertada do mercado, conforme será avaliado neste e no próximo capítulo.

O Relatório Final da 8ª CNS trouxe um forte sentido de contraposição ao modelo privado de atenção à saúde dominante. Todavia é importante efetuar-se uma consulta aos Anais da 8ª CNS, que revela detalhes das posições assumidas, seja dos intelectuais, que

estavam por detrás das posições universalistas, mas, sobretudo, do posicionamento ambíguo da classe trabalhadora. Para tanto, recorreremos, a seguir, aos Anais da 8ª CNS.

Sonia Fleury, conferencista convidada da 8ª CNS, em sua palestra, apontara que o projeto democrático deveria necessariamente passar pelo rompimento das concepções tradicionais que subordinavam o desenvolvimento social ao econômico, com o resgate da justiça social. No que se referia à assistência médica associada à cobertura previdenciária, Fleury identificava que tal associação implicava no desperdício de recursos via fraudes e corrupção, de sorte que a subordinação da política assistencial aos interesses privados resultava num sistema oneroso e potencializador de iniquidades. “A saúde, e, portanto, a assistência, são serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma do que como um bem público” (Anais, 1987).

Fleury indicou que o caminho da estatização não necessariamente seria o correto [muito embora o relatório final tenha se pronunciado favoravelmente à estatização], uma vez que a base privada na saúde já se encontrava consolidada e entranhada no aparelho assistencial previdenciário, resultado do sucateamento dos serviços públicos assistenciais encetado pelos governos militares.

Para Fleury, um pacto social seria necessário, e a participação dos trabalhadores organizados seria condição de legitimação deste pacto, com vistas à retomada do crescimento econômico e da melhor distribuição de renda, destacando que a classe trabalhadora nunca estaria em posição hegemônica. Ainda para a convidada, o resgate da cidadania só se consolidaria com a ampliação universal dos direitos sociais (Anais, 1987).

Nos debates que se seguiram a esse mesmo painel, intitulado “Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade”, a CUT, representada por Arlindo Chinaglia, asseverou o seguinte:

- a) “que a classe trabalhadora não tinha a ilusão sobre o estado de classe que defendiam os capitalistas;
- b) que a classe trabalhadora confiava na sua própria luta, o que não significaria que a CUT teria forças para mudar o caráter de Estado no Brasil;
- c) não poderia haver nenhuma ilusão quanto à possibilidade de reverter a relação de forças na sociedade compromissada com o poder econômico;
- d) que as transformações sociais sob controle dos trabalhadores levariam claramente à revolução, para garantir não só a saúde mas os direitos políticos e civis da massa trabalhadora;
- e) que no momento político [que antecedia a ANC] fazia-se um discurso político, que na prática redundaria numa aliança de classes com a classe dominante (...) então Prof<sup>a</sup> Sonia, “defendemos a estatização sim”, e convocamos todos os presentes a fazê-lo;
- f) que a estratégia não é a negociação, mas a organização, a conscientização e a luta da classe trabalhadora” (Anais, 1987, pp.118120).

Arlindo Chinaglia conclui com a assertiva de que a CUT, no que se referia à 8ª CNS, não nutria a ilusão de que aquele fórum tivesse algum poder decisório: “Na verdade vai ser um marco político onde a manifestação da sociedade organizada, ainda que mal convocada, poderá minimamente tentar traduzir aquilo que amplas camadas da população pensam” (Anais, 1987).

Continuando, diferentemente do que a maioria de alguns aponta, de que convidado, o empresariado teria se recusado a participar da 8ª CNS, é possível que o empresariado não tivesse tido uma participação formal, mas indireta, todavia capaz de reduzir o significado de total indiferença quanto aos debates da 8ª CNS.

Pelo que, na oportunidade, destacamos a fala em que o Sr. Bernardo Bedrikow, médico do trabalho, identificado como representante da FIESP, no mesmo debate, defendeu a medicina de empresa, prestada via serviços próprios de saúde no âmbito da fábrica. O representante da FIESP, considerava que “a prática de atividades médicas

dentro das empresas como uma expressão, antes [mais] do que os profissionais podiam e sabiam, do que uma expressão de uma política dessas empresas no sentido da proteção da saúde dos trabalhadores. O que se fazia era fruto do conhecimento e da habilidade desses médicos, e não uma imposição das empresas em relação à sua ação” (Anais, 1987, p.121).

Essa passagem contribui para desmistificar o temor das classes trabalhadoras organizadas, vigente à época, e ainda por vezes manifesto, de que a presença dos serviços médicos nas empresas pudesse significar interferências sobre a saúde do trabalhador, com vistas ao controle epidemiológico seletivo da massa trabalhadora atuante na indústria.

Por seu turno, o representante do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), Sr. Francisco Antonio de Castro Lacaz foi portador de um discurso genérico, posicionou-se assim sobre a saúde na 8ª CNS (Anais, 1987):

“a questão da saúde envolve aspectos não só de acesso aos serviços de saúde, mas de uma política social e de direitos e conquistas civis. Ela envolve por exemplo a estabilidade no emprego, o direito de greve, as condições de trabalho sob controle dos trabalhadores, a informação e a conscientização dos riscos no trabalho, a reabilitação, os benefícios previdenciários e salários dignos. (...) até fevereiro deste ano [1986] eram gastas 242 horas de trabalho para a aquisição de uma cesta mínima para uma família de 4 pessoas; essas questões nos remetem a um aspecto fundamental que é a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, ou seja, as comissões de fábrica (...). Um outro aspecto nessa questão é o controle que o empresariado tem hoje sobre a saúde dos trabalhadores, as empresas detêm o monopólio das informações de saúde através do seu serviço especializado de segurança e medicina do trabalho, através das próprias medicinas de grupo (...). É fundamental que se encare essas questões não como questões meramente técnicas, mas como questões políticas que envolvem a organização dos trabalhadores e a organização dos trabalhadores ao nível das fábricas”.

Em seu depoimento Francisco Lacaz menciona ainda que as últimas constituições brasileiras até então se preocuparam mais com a higidez da força de trabalho, daquela população que trabalha e dá lucros, do que com a saúde da população como um todo.

Enfatizou que a CUT, a Conclat e a Contag tinham a obrigação em direcionar suas lutas também para outras prioridades sociais, de discutir uma proposta de política nacional de saúde e uma política previdenciária, denunciando o sucateamento dessa última (Anais, 1987).

Segundo ele, “a Previdência Social, dizem alguns, é um processo de cooptação das classes populares, mas ela é, também, se a gente for buscar a origem histórica da previdência social no Brasil, o resultado das lutas sociais do início do século”, e conclui que ela [a previdência] é um direito dos trabalhadores e uma conquista desses trabalhadores, que não pode ser utilizada pelo Estado como forma de financiamento da assistência à toda a população” (Anais, 1987, pp.122-123). Grifo meu.

No painel “Financiamento do Setor Saúde”, identificamos a participação de outro membro da classe trabalhadora nos debates, na figura do representante da Conclat, Sr. Luis Roberto de Oliveira. Destacamos os seguintes trechos:

“Em primeiro lugar consideramos que o Estado deve assumir a responsabilidade de assegurar a saúde a todos os cidadãos sem distinção de qualquer natureza. (...) Para que a rede de saúde chegue a todas as partes do território nacional, é obrigatório que um percentual mínimo seja definido para os orçamentos municipais, estaduais e mesmo para o orçamento federal. (...) A Conclat defende nesta Conferência a instituição de um sistema único de saúde sob comando único e que opere de acordo com uma política nacional de saúde que prestigie de maneira predominante o setor público e o setor privado não lucrativo (...), e que o setor privado lucrativo entre de maneira complementar e subordinado ao controle oficial, ao controle do Estado. O financiamento, como se dá hoje, a Conclat o considera injusto, porque a maior parte da assistência à saúde no país é financiada pela arrecadação dos trabalhadores. (...) A Conclat entende que a arrecadação

da folha de pagamento para a previdência deva ser destinada, única e exclusivamente, à previdência, e que o orçamento dos estados, municípios e da União tenham, então, aquela parcela que já colocamos [defendemos] no início”. Grifos meus.

Em resumo, é de se destacar o senso da realidade de Sonia Fleury durante os trabalhos da 8ª CNS, quando defendia a necessidade de promoção da justiça social, ao tempo que compreendia já existir uma base privada forte na assistência à saúde. No entanto defendia que fossem coibidas as fraudes no relacionamento entre empresas médicas e a assistência previdenciária, fato intensamente noticiado pela imprensa da época, sem que, no entanto, tal implicasse no desmonte do setor privado de saúde, que era forte e predominante.

A esse respeito, destacamos trecho de entrevista contemporânea de Sonia Fleury, concedida a Faleiros et alli (2006), relativamente ao decido, pelas esquerdas, na 8ª CNS:

“Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia.”

Noutro diapasão, a fala de Chinaglia, representante da CUT, contrasta com o argumento de Fleury relativamente à estatização. Ademais, não se percebe no discurso do representante da CUT uma preocupação com o objeto Saúde Pública, emergindo tão somente um posicionamento radical e genérico, impeditivo de toda e qualquer negociação, além de ter evidenciado uma descaracterização dos trabalhos da Conferência, com a afirmativa de que não nutriria a ilusão de que aquele fórum tivesse algum poder decisório.



A CUT, à época, incorporava assumidamente o sindicalismo de confrontação, para apenas no início dos anos 1990 ter optado pela via do diálogo.

Da mesma forma, o representante do DIESAT adota posicionamento genérico, que extrapolava os objetivos da 8ª, defendendo desde o direito de greve, e a estabilidade no emprego, até o reconhecimento do direito de organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho, embora, de forma positiva, denunciasse que o aparato legal normativo brasileiro defendera, até então, a saúde ocupacional em detrimento da saúde de toda a coletividade.

Contudo, fazia defesa aberta da previdência, situando-a como uma conquista dos trabalhadores, e que, portanto, não poderia ser utilizada pelo Estado como forma de financiamento da assistência à saúde extensiva à população. No início dos anos 1980 o Inamps flexibilizara a atenção à saúde prestada, estendendo-a, paulatinamente, aos não contribuintes, e isso parecia incomodar as hostes trabalhistas.

Esse discurso exclusivista, que rompe com a ideia de seguridade, era mais direto no caso do representante da Conclat, para quem o financiamento da saúde “era considerado injusto, porque a maior parte da assistência à saúde no país é financiada pela arrecadação dos trabalhadores”. Reproduzindo um trecho de seu discurso mais uma vez: “A Conclat entende que a arrecadação da folha de pagamento para a previdência deva ser destinada, única e exclusivamente, à previdência” (Anais, 1987), deixando ainda claro que o sistema lucrativo privado deveria ser mantido.

O representante da Conclat exigia uma contraparte da União, na medida que pleiteava um percentual mínimo dos orçamentos públicos, incluídas as esferas subnacionais, a ser aplicado na Saúde pública, ao tempo que, reenfatiza-se, admitia que o setor privado atuasse de forma complementar na Saúde.

Começavam a surgir as primeiras evidências do discurso egoístico de que os recursos da previdência eram exclusividade da classe trabalhadora, e, portanto, não se reconhecia o pertencimento da Saúde como um segmento importante da seguridade.

Remetemo-nos, mais uma vez, a Crouch (1982):

Sindicatos apresentam em sua retórica reivindicatória algumas metas e objetivos como por exemplo políticas econômicas genéricas favoráveis ao emprego, e políticas sociais e educacionais de interesse dos trabalhadores e familiares. Muito embora sejam todas de interesse dos membros, não são de resolução imediata, sendo factíveis no longo prazo.

Assim, a opção pelos planos de saúde, que já era uma realidade antes mesmo do advento do SUS, representava o interesse imediato dos trabalhadores, um ganho já alcançado pelas categorias mais fortes, enquanto o discurso em defesa da saúde pública assumiria o caráter genérico evidenciado por Crouch (1982). No caso, o discurso seria ofuscado pela realidade.

#### 4.2.2 O Grupo de Trabalho da Seguridade e a posição do sindicalismo

Alguns meses após o acontecimento da 8ª CNS, é composto o GT/MPAS. Segundo Boschetti (1998), a posição dos trabalhadores era firme pela separação orçamentária entre o financiamento da previdência e da saúde. O GT/MPAS, instituído pelo Decreto 92.654/86, para realizar estudos e apresentar propostas de reestruturação para as bases de financiamento da previdência social e para reorganizar os benefícios previdenciários, o GT discutiu longamente alternativas para o financiamento não só da previdência, como da saúde, tendo em vista que o custeio das ações de saúde curativa (ambulatorial e hospitalar), até então, era responsabilidade do Ministério da Previdência. O Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas ações coletivas, tais como as campanhas de imunizações, a vigilância sanitária, e a regulação da atenção básica provida em postos de saúde.

O GT, presidido pelo Prof. Wanderley Guilherme dos Santos e secretariado pela Profª Sulamis Dain, era constituído majoritariamente por tecnocratas do governo, e ainda era composto pelas centrais sindicais, por entidades representativas dos aposentados e pensionistas. Muito embora os empregadores tivessem sido convidados, não enviaram representantes (Boschetti, 1998).

No que se refere às discussões em torno das fontes de financiamento da seguridade, o representante da Central Geral dos Trabalhadores (CGT), Annibal Fernandes posicionou-se contrário ao desmembramento das fontes de financiamento de previdência, saúde e assistência social. De forma diferente, Rodolpho Repullo Júnior, representante da Central única dos Trabalhadores (CUT), posicionou-se contrariamente à manutenção da fonte unificada:

“A assistência à saúde é um dever do Estado e (...) com um certo tempo (sic) deve ser suprimida a parte de assistência médica da Previdência Social. É uma posição inclusive colocada na Conferência Nacional de Saúde [8ª, de março de 1986] e aprovada, não sei se por unanimidade, mas teve uma votação bastante grande. A assistência deve ficar às custas do Estado, e não da contribuição dos trabalhadores” (MPAS, 1986, apud Boschetti, 1998 [2008], p. 117). Grifos meus.

Noutra oportunidade o representante volta a manifestar-se pela separação de fontes:

É necessário que esse GT aprove essa questão da assistência à saúde ser uma obrigação do Estado. Para isso [a saúde] deve estar incluída nas verbas da União como um todo. A previdência social deveria, progressivamente, se desencarregar de fazer assistência médica, assistência à saúde à população, porque isso aí seria obrigação do Estado cumprir e não das contribuições dos trabalhadores de prestar assistência médica à população (MPAS, 1986, apud Boschetti, 1998 [2008], p.125). Grifos meus.

Ao término dos trabalhos do GT, em outubro de 1986, o primeiro aspecto que foi objeto de acordo foi a separação das fontes de financiamento das políticas de saúde, assistência e previdência social. A saúde seria tratada como política à parte. O GT/MPAS

foi unânime em aprovar o direito universal à saúde e o dever do Estado em assegurá-lo, reforçando os princípios defendidos pelo movimento sanitário no que se refere ao financiamento da saúde, cujas fontes deveriam advir do Tesouro e não mais das contribuições salariais (Boschetti, 1998).

Cumprе ressaltar mais uma vez que aquilo que emerge desse posicionamento do trabalhismo, tanto na 8ª CNS, quanto no GT/MPAS, é uma posição egoística, individualista, com ausência de sentido de classe dos trabalhadores organizados. Ao requerer a separação orçamentária, implodindo-se a noção seguridade, estavam a enfatizar que os recursos da previdência tão somente pertenciam a quem contribuiu, segregando-se os trabalhadores não-contribuintes, informais. Em adição, a saúde era uma questão a ser resolvida pelo Estado, enquanto a previdência, e seu dinheiro, pertenciam aos trabalhadores, que para ela verteram recursos.

No que se refere ao argumento específico do representante da CUT, no GT, de que a Saúde é um dever do Estado, e que à previdência não caberia prestar a assistência à saúde da população, se não revela uma profunda confusão conceitual relativamente aos preceitos do Estado do Bem-Estar, pois, afinal, a previdência é um dos pilares do *Welfare State*, mais do que confirma a faceta individualista dos dirigentes sindicais, vez que a previdência estaria sendo tratada como um bem público ‘particular’ dos trabalhadores, privado, apenas pela razão contributiva, de caráter corporativista.

Nesses termos, no senso-comum do sindicalista, o não contribuinte da seguridade teria seus direitos sociais suprimidos. A União que assumisse, portanto, a provisão. Assim, é nesse contexto particularista, ambíguo, em que é feita a defesa da saúde coletiva. Reserva benesses diferenciadas para os trabalhadores melhor posicionados, e uma saúde pública para todos.

#### 4.2.3 Saúde e seguridade: as emanções da Assembleia Nacional Constituinte

Antes de adentrarmos aos debates sobre a Saúde no período da Constituinte, vale um breve parêntese em torno do resultado da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Essa Comissão desempenhou papel semelhante àquele do GT/MPAS, ou seja, um organismo preparatório para o debate do tema Saúde na ANC.

Segundo relato de Nelson Rodrigues dos Santos (Faleiros et alli, 2006, p.86), “a CNRS teria dado um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos”. Dada a base privada existente, conforme evidenciado no item 4.2.1 desta tese, a expropriação seria especialmente polêmica. Ainda que carregasse um sentido de cidadania forte, não era realista frente à força e presença das empresas médicas, conforme Fleury asseverou.

Para Arlindo Gómez de Sousa [que presidiu a CNRS], a comissão significou um espaço político onde o setor público se reencontra com o setor privado (...) para dar andamento às resoluções da 8ª CNS” (Faleiros et ali, 2006, p.86).

Segundo Rodriguez Neto (2003) os debates da CNRS ocorreram, do ponto de vista técnico, em torno dos condicionantes e do detalhamento do financiamento à saúde, tema que teria recebido insuficiente tratamento técnico nas discussões da 8ª, todavia, a questão política era tão ou mais relevante, pois o texto aprovado na CNRS não atendeu às expectativas das esquerdas, que consideraram ter havido concessões ao setor privado relativamente ao preconizado no Relatório Final da 8ª CNS (Grifo meu).

Isso porque, “do ponto de vista do setor privado, a 8ª CNS era estatizante, conforme trechos de documento da Confederação Nacional da Indústria debatido na CNRS, segundo o qual não se deveria depender apenas do Estado para a provisão do

direito natural à saúde, em crítica dirigida à exclusividade do Estado na prestação dos serviços de saúde, o que seria considerado totalizante, e defendia que o setor privado deveria poder também prestar esses serviços de forma autônoma, sujeitando-se apenas à fiscalização do exercício correto da medicina” (Rodriguez Neto, 2003).

A CNRS, ao incluir efetivamente o empresariado nos debates sobre a Saúde, afastou as intenções estatizantes da 8ª CNS. Findo esse parêntese, retoma-se, a seguir, o debatido em torno das políticas de saúde na Constituinte.

Nos idos de 1987, verificou-se no processo constituinte uma fragmentação do debate em torno dos direitos sociais e do trabalho, subdividido em diversas subcomissões, sendo que “foi na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente em que se forjaram de modo mais preciso os princípios da seguridade social brasileira” (Boschetti, 1998).

Para enfatizar essa fragmentação, os representantes sindicais concentraram a sua participação na Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e dos Servidores Públicos (Boschetti, 2008, p.148), aprofundando a distância, no Brasil, entre direitos do trabalhador e direitos sociais, que em tese deveriam ser a mesma coisa.

Com efeito, este trabalho, apontou, logo em seu Capítulo 2, nas referências teóricas relativamente ao Estado do Bem-Estar Social, ser esse um constructo político que estende os direitos sociais aos trabalhadores, e que, portanto, teria, em tese, a classe trabalhadora como a principal interessada.

Assim, uma vez que seriam os trabalhadores os beneficiários privilegiados do Estado do Bem-Estar, que protege o trabalhador contra as desigualdades, a dependência, a insegurança, e dos riscos inerentes ao desenvolvimento capitalista; logo, direitos sociais

e do trabalhador não deveriam postar-se em paralelo, como parecia admitir a ação ambígua do trabalhismo no Brasil durante o processo constituinte de 1987.

O fato é que a Subcomissão dos Direitos do Trabalhadores focou-se mais nos temas ligados às relações trabalhistas, tais como a organização sindical, do que nos direitos previdenciários, sendo, o seguro-desemprego, o único direito social presente nas discussões desta Subcomissão (Boschetti, 1998).

No que se refere aos debates na Subcomissão de Saúde, muitos dos representantes ali reunidos haviam se originado do GT/MPAS, valendo destacar que, os representantes sindicais participantes nos debates dessa Subcomissão, reenfatazaram que as proposições que defenderam no GT haviam sido vencidas (Boschetti, 1998).

Nas primeiras discussões da Subcomissão de Saúde o representante dos aposentados e pensionistas, Obed Dornelles Vargas, manifestou-se pela separação entre saúde, previdência e assistência social. Relativamente à saúde, defendeu um sistema único e descentralizado de saúde, distinto da previdência, permanecendo afinado com as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com as deliberações do GT/MPAS. “Para o representante dos aposentados e pensionistas a saúde deveria ser financiada integralmente pelo Estado, e as contribuições sociais com base na folha de salário deveriam financiar exclusivamente a previdência”. (Boschetti, 2008, p.149-150).

Por seu turno, o representante da CUT na Subcomissão de Saúde, Rodolpho Repullo Júnior, que participou do GT/MPAS, apresentou dois documentos da entidade, um com propostas para a saúde, também afinado com as deliberações da 8ª CNS, em torno de um sistema de saúde público e universal, e outro documento, para a previdência. No documento da CUT a saúde seria um sistema à parte, não incluído na seguridade social, assim, a seguridade seria financiada com a contribuição do Estado, das empresas e dos

trabalhadores, com base nas capacidades contributivas de cada um, e quando se fizesse necessário, os benefícios seriam estendidos à toda população, desde que os serviços fossem financiados exclusivamente pelo Estado (Boschetti, 2008, p.150)

Nas discussões da Subcomissão da Saúde prevaleceram as teses da 8ª CNS, em que se defendia a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, e sua organização deveria se dar sob a forma de um sistema único e descentralizado, financiado pelo Estado. Os princípios gerais da seguridade social também foram delineados nessa Subcomissão, e, no que concerne à previdência, foi aprovada a forma de gestão tripartite (governo, trabalhadores e empresários).

Os relatórios das Subcomissões foram enviados à Comissão da Ordem Social, na qual seriam permitidas emendas dos parlamentares. O relator incorporou o princípio da seguridade, integrando as políticas de saúde, previdência e assistência, não incorporando as separações das fontes de financiamento dos três eixos. Conforme já adiantado no item anterior, cerca de 30% do OSS seria destinado à Saúde, numa tentativa de romper com a lógica do seguro bismarckiano, em que as contribuições sociais financiam os gastos daqueles que contribuem, estendendo os direitos sociais a todos, universalizando-os, independentemente da contribuição. No caso da saúde isso ficou claro, contudo relativamente à previdência foi mantido o modelo de seguros, em que a condicionalidade e a proporcionalidade entre contribuição e benefício continuariam vigendo. Assim, o conceito de seguridade social proposto pela Comissão da Ordem Social ficou entre a lógica do seguro e a lógica assistencial coletiva. (Boschetti, 2008, p.158-161).

Ainda no que se refere à assistência à saúde, duas correntes bem definidas marcaram os debates na Comissão de Sistematização, de um lado o movimento sanitário, defendendo a universalização e a supremacia do Estado na provisão dos serviços, de outro,



os empresários, que pressionaram para preservar o mercado privado de saúde e garantir que esse sistema pudesse participar do sistema público recebendo subvenções, ao estender os serviços privados à população, na qualidade de participantes do SUS (Boschetti, 2008)

Ao final dos trabalhos da ANC crescia a crítica dos empresários e de suas frentes parlamentares ao relatório da Comissão de Sistematização. Por meio da liderança do Centrão, lograram alterar o Regimento da Assembleia Constituinte, conforme visto no Capítulo 3 desta tese, facultando-se aos parlamentares a interposição de novos projetos de capítulos inteiros da Constituição (Resolução n.3/1988), em vez da possibilidade de apresentação tão somente de emendas pontuais ao relatório da Comissão de Sistematização. Trecho da justificativa da emenda denota o perfil conservador da atuação do Centrão:

(...) tudo aquilo que se refira à seguridade social (...) há de ser tratado com realismo e bom senso. Deve ser descartado o Estado provedor. Não pode o sistema de seguridade social tornar-se sorvedouro de recursos do Tesouro e do contribuinte. (Boschetti, 2008, p.170)

As modificações aprovadas foram no sentido assegurar a participação do setor privado na Saúde, introduzindo a ideia de que a seguridade deveria ser de responsabilidade não apenas do Estado, mas da sociedade. Com efeito, as modificações no capítulo da Ordem Social visavam mais a Saúde, tendo o Centrão mantido o projeto de um sistema único de saúde, e suprimido a proibição de aportes de recursos públicos nos organismos privados de saúde, permitindo-se, ainda, ao setor privado, disponibilizar serviços de saúde ao sistema público, mediante pagamento (Boschetti, 2008, p.171).

Conforme aponta Boschetti (2008), as mudanças apresentadas pelo Centrão não tiveram um curso fácil, eis que se tratava de uma coalizão política instável, resultante de um agrupamento mantido por interesses pessoais e corporativos de seus participantes. O Centrão poderia assegurar em torno de 200 votos fiéis a suas teses, e como não obtinha

sempre a maioria, foi feito um grande acordo de lideranças em torno do projeto da Ordem Social da Comissão de Sistematização, que resultou numa fusão dos dois projetos, com a manutenção da Saúde como direito universal, ao tempo que inseria a participação do setor privado na provisão dos serviços, de forma complementar.

#### 4.2.4 A crítica possível

O que resultou da ANC, conforme o texto sancionado da Constituição Federal de 1988, foi a permissão de atuação do setor privado na saúde, de forma complementar ao público, proibindo-se a presença do capital estrangeiro, ao tempo que era prevista a existência de um sistema universal, público e gratuito.

É importante verificar o posicionamento crítico de alguns membros do movimento sanitário relativamente a essa ambiguidade. Com efeito, o próprio movimento sanitário experimentou uma divisão, entre aqueles que gostariam de ver a Saúde autônoma relativamente à previdência, e outros que defendiam ser a Saúde parte integrante da seguridade social aos moldes do Estado do Bem-Estar Social socialdemocrata. Sonia Fleury ilustra o momento (Faleiros, 2006):

Segundo Sonia Fleury (Faleiros et alli, 2006, p.90), “a polêmica com o Eleutério [Rodríguez Neto] se deu na defesa das duas visões, uma que vinha do sanitarismo, e outra que vinha da seguridade social compreendendo as três áreas que a acompanham. Mas eu entendia perfeitamente o temor da saúde, que queria fazer um movimento de saída da Previdência Social e compor uma única autoridade, contra a ideia de que a seguridade social podia englobar tudo dentro da previdência novamente”.

Rodríguez Neto (2003, pp. 63-69), por seu turno, avalia que o projeto de saúde que emergiu das discussões do capítulo da Ordem Social, na Constituinte, denota um distanciamento do marco político da 8ª CNS, ao tempo que denuncia o *lobby* do MPAS, que teria exercido forte influência sobre a Constituinte em torno da perspectiva remota de

um ministério do Bem-Estar Social, que englobaria a Saúde, “bem ao feitio socialdemocrata”.

Nessa passagem anterior infere-se o porquê da rejeição ao modelo da seguridade, que não se compatibilizava com as posições estatizantes da 8ª CNS, conforme se esclarece com a opinião de Francisco de Assis Machado, o “Chicão” (Faleiros et alli 2006):

“Chicão faz uma crítica à falta de crítica, pois pensa que houve uma certa “sacralização” do SUS e que o contexto subsequente impediu que o resultado fosse aquele que se esperava. O problema fundamental foi a derrocada do movimento comunista, que tinha o Sistema Único de Saúde como a possibilidade de realização de uma reforma em tudo socialista, e a falta de uma visão de que, dentro do capitalismo, cada vez mais globalizado, a possibilidade de realizar uma certa justiça social passa por fazer escolhas e aceitar a realidade de uma sociedade de classes. [...] Então, essa sacralização do SUS dificulta até uma revisão de problemas técnicos” (Faleiros et alli, 2006, p.266).

Por outro lado, Sonia Fleury defendia a Saúde inserida na seguridade social:

“Eu penso que o SUS nunca comprou a ideia de seguridade social. Acho isso um erro político-estratégico fundamental. (...) Acho isso um erro porque nós perdemos força. A saúde tentou se blindar de tal forma que hoje tem menos importância nas políticas sociais do que outras coisas, e não é por falta de força, é pela sua força, o paradoxo é esse. Como é que nós podemos ter uma concepção ampliada de saúde, fazer políticas inter-relacionadas, interdependentes, e depois, paradoxalmente, reservamos tudo e fechamos num modelo próprio? Esse insulamento da área de saúde é um erro, como a não-inserção, mesmo programática, da saúde na seguridade social” (Faleiros et alli, 2006, p.90).

A crítica contemporânea também parte de outros atores do movimento. Para

Anamaria Tambellini:

“O processo de construção do sistema não foi suficientemente flexível para acatar as críticas e se relacionar com o todo. É um processo que tem pouca flexibilidade para se repensar, para se refletir e muito pouca tolerância com a crítica. A crítica deveria ser bem-vinda. A bandeira do SUS não é uma bandeira dos sanitaristas. É uma bandeira muito mais ampla. Não é uma bandeira do setor saúde. Muito pelo contrário. A proposta que eu entendi é que a saúde faria parte de um universo maior de possibilidades e de responsabilidades que diziam respeito àquelas condições que produzem a doença e a saúde. Então, ela não estaria fechada na mão de um setor e, muito menos, numa parte desse setor – o que lida com a atenção médica. Essas questões eram

primitivas quando se começava a discuti-las na década de 1970 (Faleiros et alli, 2006, p.266).

No mesmo sentido esta tese não poderia deixar de oferecer uma dimensão crítica ao posicionamento casuístico dos trabalhadores no que se refere à saúde e à seguridade, em especial da CUT, por ocasião da Constituinte, ainda em 1987.

Em resumo, a CUT, em suas duas propostas, fez a defesa de uma seguridade claudicante, e optou por manter as benesses dos *fringe benefits* de provisão privada, consubstanciadas nos 24,4 milhões de vínculos a planos de saúde no Brasil, segundo estimativas de Andreazzi (1991) para o ano de 1987.

Concomitantemente, a CUT posta-se ao lado do movimento sanitário, em torno dos pressupostos da saúde pública e universal, para aqueles sem condições de barganha para conseguir um nível de privilégios como os planos de saúde, sem a capacidade de se diferenciar.

Restava, com isso, afastada, por parte do trabalhismo, a possibilidade de um conflito com as esquerdas, desde que seus privilégios corporativistas estivessem mantidos.

Essa crítica ao passado deveria ter a faculdade de transmutar-se em uma autocrítica contemporânea daqueles que engrossam as fileiras do movimento sanitário e que, ao mesmo tempo, não abrem mão desses mesmos privilégios, protagonizando uma situação paradoxal, o que sugere ter chegado a hora de uma revisão profunda.

Sobre esses privilégios, Werneck-Vianna (2015) e Temporão (2013) apontam:

“ (...) o fato de os servidores dos ministérios da saúde e da previdência social terem GEAP (plano privado de saúde e previdência, que se intitula Fundação de Seguridade Social) afeta a solidariedade indispensável à efetivação de um sistema universal, como o SUS” (Werneck-Vianna, 2015).

“(...) Todos defendem o SUS no discurso, mas a burocracia

estatal tem planos privados custeados por nossos impostos” (Temporão, 2013).

Nesses termos, o que vale para o posicionamento da classe trabalhadora se estende para relevantes parcelas do próprio movimento sanitário. Defende-se no seu seio o modelo universal de assistência à saúde, mas adere-se, *de facto*, à fronteira entre os modelos de seguro bismarckiano e residual-liberal.

Isso porque os planos de saúde privados são classicamente enquadráveis no modelo liberal, todavia, no Brasil, graças à renúncia fiscal da União, o ente nacional acaba por patrocinar parte dos custos, em face das dedutibilidades do imposto sobre a renda pessoal, e sobre os lucros privados, assim, o financiamento desses esquemas de provisão privada é, e não se pode afastar, tripartite.

Vale destacar que o Ministério da Saúde brasileiro oferece um bônus para o financiamento dos planos de saúde dos servidores, dentre eles os servidores da ANS, que associado aos desembolsos dos próprios servidores, e às dedutibilidades da renúncia, caracterizam de forma incontestável, o financiamento tripartite da assistência à saúde desse grupo, segundo os traços definidores do financiamento do modelo de seguro bismarckiano.

Finalmente, segundo Costa (1995 [1996]), cabe ainda desenvolver uma crítica política ao movimento sanitário:

[O movimento sanitário] “teria adotado uma agenda de construção de reformas pelo alto, com pouca participação efetiva e mobilizadora das classes trabalhadoras. Segundo o ponto de vista de Souza Campos (1988, apud Costa 1995 [1996]), “foram os técnicos envolvidos com o estudo, a administração e o planejamento da atenção médico-sanitária os principais artífices e divulgadores dessa política, à maioria deles pertencentes à burocracia governamental, ou às universidades, os que elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas políticopartidários dominantes”, em contraposição ao caso de outras democracias capitalistas em que intelectuais progressistas tiveram de

compor com o movimento sindical para conduzir reformas em seus sistemas de saúde” (Costa, 1995[1996], p. 353).

Assim, no que toca ao projeto de universalização da saúde idealizado pelo movimento sanitário brasileiro, ele não teve a adesão por inteiro das organizações de interesses substantivos na arena setorial, na qual verificou-se o recrudescimento da estratificação de clientela, e a diferenciação dos trabalhadores do mercado formal, com poder de barganha, dos demais segmentos populacionais (Costa, 1995[1996]).

Relativamente ao descompasso entre os interesses da classe trabalhadora e do movimento pela reforma sanitária, transcrevemos um pequeno trecho da entrevista de Sarah Escorel, presente em Faleiros et *alli* (2006), na qual a especialista observa que “aquilo que se denominava de fantasma da classe ausente seria uma representação do fato de que o movimento sanitário sempre falou pelas demais classes, mas elas não estavam presentes”.

Em consulta à tese de doutoramento da autora (Escorel, 1998, p.182):

“O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. (...) Por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito “para ela” (em direção a ela), ou “por ela” (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário”.

Esse afastamento do movimento sanitário das bases é repercutido também por Rodriguez Neto (2003):

O movimento sanitário que emerge da 8ª CNS era composto por membros originários da academia, dos sindicatos dos médicos e de movimentos dos médicos-residentes, contudo “as dificuldades enfrentadas em colher as assinaturas para a Emenda Popular da Saúde – menos de sessenta mil assinaturas ante quase um milhão na Emenda da Educação, e três milhões no caso da Reforma Agrária – evidenciavam o quanto o movimento sanitário estava distante das entidades realmente populares, de

base, na sua prática cotidiana. (...) Isso evidenciou a necessidade de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados, especialmente os que estão fora da academia e das corporações.” (Rodríguez Neto, 2003, p. 71). A discussão se o movimento sanitário seria por demais autossuficiente tornou-se uma questão em aberto para Rodríguez Neto (2003). O que era certo para o autor, é que o movimento social na área da Saúde “não teria ganho uma consciência coletiva passível de ser critério do processo social como um todo, o que não é capaz de elidir a relevância do papel do movimento sanitário, e de sua atuação em nome dos avanços conceituais e políticos que balizam os princípios da democratização no acesso à Saúde”.

Segundo Rodríguez Neto (2003) o caminho que se descortina para o avanço do movimento sanitário é o da superação da etapa de se trabalhar “para ela” e “por ela”, à luz da reflexão de Escorel (1998, p.182), até atingir-se o estágio de trabalhar “com ela”. Para Rodríguez Neto (2003) o desafio encontra-se na articulação dos defensores do SUS com o movimento popular e sindical, e com os partidos, para a conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre a Saúde.

Segundo Rodríguez Neto (2003) a adesão de assinaturas à Emenda Popular da Saúde conseguiu ser superada pela contraparte conservadora, pois “a Emenda Popular apresentada em conjunto pela FBH, Abramge, pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, da Associação Brasileira de Hospitais, e por uma organização denominada Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade (IPCC), chegou a reunir cerca de setenta mil assinaturas”, superando, portanto, as 60 mil da Emenda Popular da Saúde, capitaneada pelas Plenárias de Saúde. “A emenda da FBH e afins defendia o livre exercício profissional da medicina e a pluralidade de sistemas médico-assistenciais” (Rodríguez Neto, 2003).

Contudo, segundo divisa Rodríguez Neto (2003), “ainda que unidos em torno da bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado, contratado diretamente pelo poder público, e do segmento das

medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas médicas, que percebiam suas receitas sob a forma de pré-pagamentos, indicavam caminhos organizacionais distintos para o sistema de saúde. Enquanto os primeiros lutavam pela manutenção da tutela do Estado, os segundos pleiteavam a independência do mesmo”.

É fato que o setor privado, representado pelas empresas médicas, buscava uma autonomia em relação aos recursos do setor público. A descentralização prevista nas políticas públicas, inicialmente no Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), e que mais tarde se tornaria um dos princípios do SUS, implicava no fim da presença do *single payer*, o Inamps. Os canais entre os empresários da medicina, dos donos de hospitais, com o poder central, os tais anéis burocráticos aos quais referira Cordeiro (1984), em sua obra, encontravam-se sob ameaça.

De forma alternativa, descentralizava-se, de forma incremental, o pagamento dos procedimentos, e das compras de medicamentos e equipamentos, por intermédio dos inúmeros fundos de saúde que foram sendo constituídos no âmbito do SUS desde a sua criação, os fundos municipais de saúde, ativando-se a compra local de serviços, em detrimento do esfacelamento dos anéis burocráticos estabelecidos entre a tecnoburocracia e as empresas médicas, a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, ao longo do regime militar.

Os planos e seguros saúde ganharam impulso com essa necessidade de busca de uma autonomia relativamente à dependência original de recursos públicos centralizados. Segundo Faveret, Oliveira (1990), a expansão do seguro saúde, nos anos 1980, possibilitou uma autonomização do setor.

Em nosso ponto de vista, essa autonomização também tinha o significado de constituir-se em uma alternativa à suposta onda estatizante. Nesses termos, a saúde



suplementar e seus produtos constituíam-se em meios alternativos, e seguros, de reprodução capitalista, financeirizados, virtuais, menos dependentes do Estado, e capazes, ao mesmo tempo, de estabelecer uma relação direta com o cliente: pessoas físicas, ou pessoas jurídicas representando grupos de indivíduos: trabalhadores organizados.

Estimativas de Andreazzi (1991) para o montante de vínculos a planos de saúde ao longo dos anos 1980 denotam o início dessa expansão, conforme a Tabela 3.4.

Tabela 4.4 - Estimativa de Vínculos a Planos e Seguros Saúde (Brasil, 1981, 1987, 1989)

Ano	Vínculos
1981	11.070.000
1987	24.400.000
1989	31.140.000

Fonte: Andreazzi, 1991.

É notável o impulso que tiveram os vínculos a planos de saúde nos anos 1980, com destaque para o período que coincide com os debates da 8ª CNS e da Constituinte. Observe-se que no ano imediatamente anterior à criação do SUS os vínculos haviam aumentado em quase 30%, num período curto de 2 anos.

Para Fleury (1994[1996]), a dificuldade de financiamento do setor público foi um complicador do desenvolvimento da saúde pública, ao tempo que propiciou, desde os anos 1980, a alteração no mercado de saúde, e o florescimento consistente dos planos e seguros-saúde, individualmente contratados ou patrocinados pelas empresas. “Foi para este setor que tanto a clientela privilegiada quanto os prestadores mais competitivos se voltaram, mesmo que utilizando um conjunto de benesses e incentivos estatais” (Fleury, 1994[1996]).

### 4.3 Considerações finais

Concluimos este capítulo com as impressões de Costa (1995 [1996], p.346), seminais, no que se refere à identificação da classe trabalhadora como sustentáculo da demanda por esquemas privados de saúde no Brasil, enquanto constituinte de um grupo de interesse:

“O projeto da reforma sanitária brasileira apresentou uma agenda redistributiva ao suprimir as contribuições previdenciárias como pré-condição para o acesso aos serviços de saúde, permitindo na prática uma transferência de renda dos segmentos que contribuía para o financiamento do sistema para os não contribuintes. Assim restaria caracterizada uma ruptura no padrão de intervenção estatal no campo social segundo os moldes concebidos na década de 1930, fazendo emergir a noção de direito social universal, entendido como direito e não como uma concessão, o que não foi capaz de superar a dominância, nos grupos de interesses, de demandas por atendimento privatizado, caracterizando a existência de uma tendência ativa em torno da opção pelo atendimento diferenciado das organizações intermediárias articuladoras de interesses de grupos, tais como os sindicatos e as associações profissionais e funcionais.

Essa tensão entre uma agenda publicista e a organização de interesses é central nos anos 1980, muito embora a busca de diferenciação contida na opção pela assistência médica privada para a força de trabalho estaria na gênese da cidadania social brasileira, forjada desde os anos 1930, por meio do vínculo corporativo-contributivo”.

Menicucci (2007) vai no mesmo sentido ao revelar que ao longo dos anos 1990 o movimento sindical mais combativo encontrava-se estruturado em torno de planos privados, e, apesar de declarar apoio formal ao SUS, encontrava-se pragmaticamente vinculado ao aperfeiçoamento da oferta de provisão privada por categoria trabalhista, e localiza no arranjo político da seguridade das décadas anteriores, a dificuldade de se construir uma identidade coletiva entre o mundo do trabalho e o projeto sanitarista da saúde pública.

Pina, Castro, Andreazzi (2006) confirmam a adesão das bases sindicais aos esquemas privados de assistência, ao tempo que destacam posição conflitante entre as

centrais sindicais e as bases: “as resoluções políticas das principais centrais sindicais consagram a defesa do sistema público de saúde, por outro lado, os principais sindicatos de trabalhadores incorporam em suas negociações coletivas a demanda por melhoria da assistência médico-hospitalar através de planos e seguros privados de saúde contratados pelas empresas (...)”.

E o paradoxo persiste: as centrais sindicais se postam ao lado do movimento sanitário em defesa de um sistema universal de saúde, público e gratuito, todavia, assim como esses últimos, aderem aos planos privados.

Nesses termos, conforme já mencionado neste trabalho, não apenas os servidores do Ministério da Saúde possuem planos de saúde; os funcionários da CUT possuem planos de saúde para si patrocinados pela Central. A CUT defende o SUS, todavia, para os seus, patrocina planos de saúde.

Dessa forma, no interior desta concepção contratualista de resolução de conflitos de interesse, seria possível identificar, portanto, uma unidade precária entre duas propostas políticas: um projeto de transformação da sociedade concomitante à luta pragmática por direitos a partir do “chão de fábrica” (Santos, 2014).

“Do primeiro plano é possível identificar traços de uma tradição que se esforçava em democratizar o Estado brasileiro, por meio da luta pela saúde pública, assumida como programática em todos os CONCURTO, de 1984 a 2012. Do segundo, verificam-se as afinidades da luta classista com a construção segmentada de direitos, cuja expressão mais nítida seria a conquista de planos privados de saúde por diversas categorias trabalhistas” (Santos, 2014).

Segundo Costa (1995 [1996]), “ao longo da década de 1980 é crescente o movimento em torno da atenção médica diferenciada, fazendo-se presente, na agenda de negociação coletiva, uma pressão das bases por serviços sociais de organização privada. Dados da CUT indicam que 49,5% dos trabalhadores sindicalizados na Grande São Paulo, pertencentes à categoria dos metalúrgicos, químicos, têxteis, operários da construção civil, rodoviários, comerciários e bancários, apontavam a possibilidade de obter acesso a serviços sociais como o principal motivo de filiação sindical. As convenções coletivas de grandes categorias de trabalhadores, em fins dos anos 1980, faziam referências explícitas aos convênios médicos, em contraste com a inexistência de pautas de políticas de saúde voltadas para a necessidades de saúde de grupos estruturalmente fora do processo produtivo corporativo. (Costa, 1995 [1996]).

A proposta de Contrato Coletivo de Trabalho dos Bancários, defendida pelo Departamento Nacional dos Bancários da CUT, previa que as empresas deveriam custear integralmente as despesas de manutenção dos convênios médicos daqueles trabalhadores demitidos, e de seus dependentes, por um período de até um ano (Costa, 1996), o que estaria a indicar o reconhecimento dos sindicatos das dificuldades de realização, fora do circuito do trabalho, de direitos básicos de assistência à saúde, ao tempo que denunciava a distância do movimento dos trabalhadores organizados da agenda publicista.

Assim, conforme foi visto, o início do processo da consolidação da saúde suplementar, reforçado pela preferência dos trabalhadores pelos esquemas de provisão privada, transcorreu num contexto de institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas públicas de saúde, a partir das mudanças legais sugeridas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Nesse fórum as representações sindicais defenderam as teses publicistas, apesar de sustentarem uma agenda autorreferida e segmentadora nas mesas de negociação, o que

estaria a indicar uma forte contradição entre a representação institucional e o curso dos interesses das categorias representadas nos fóruns de participação (Costa, 1995 [1996]).

Costa (1995 [1996]) conclui:

“Esse paradoxo aponta para as dificuldades dessas estruturas de representação formal expressarem demandas solidárias, eis que a agenda de reivindicações dos grupos tendeu a fortalecer aqueles com maior poder de barganha. No caso da saúde e da assistência médica, este processo denota a descontinuidade entre as deliberações destas estruturas de representação nas instâncias formais e o contido nas negociações dos liderados em outras arenas decisórias particulares, fortalecendo, no âmbito da ação dos atores sociais substantivos, as formas de asseguramento privado em saúde e os serviços assistenciais próprios das empresas. Assim, no campo das demandas sociais a classe trabalhadora não se oporia ao modelo de cidadania fragmentada instituída nos anos 1930” (Costa, 1995 [1996]).

Assim, ao término da década de 1980 e ao início dos anos 1990 os planos de saúde já eram uma realidade difundida nas grandes cidades, de sorte que, no Brasil, dois modelos de assistência à saúde passaram a conviver desde então, um público, gratuito e universal, o SUS (formalmente instituído em 1990), e outro, de provisão eminentemente privada, representado pela saúde suplementar. Os dois segmentos de provisão de assistência passam a atuar, desde o início, de forma descoordenada, como concorrentes.

A associação do tema assistência à saúde de base privada, como aspecto importante das negociações coletivas de trabalho é o que veremos no capítulo seguinte.

## 5 O AUGO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO APOGEU DO NEOCORPORATIVISMO

*“A disposição para excluir os temas de políticas gerais das suas negociações ao nível da empresa ou do setor produtivo (...) parece estar na gênese da cultura sindical associativa brasileira. Esta cultura da diferenciação explica a grande mudança na oferta de serviços de atendimento médico desvinculada do orçamento público e orientada para o mercado.” Nilson do Rosário Costa, (1995 [1996]).*

Este capítulo apresenta o crescimento dos vínculos a planos de saúde médico-hospitalares nos anos 2000, a partir de dados da ANS, com a notável evolução dos planos coletivos empresariais, direcionados aos trabalhadores formais da economia. Esse período coincide, no Brasil, com a ascensão do neocorporativismo no país, conforme destacado no Capítulo 3 desta tese.

A estrutura do presente capítulo traz inicialmente o levantamento quantitativo da evolução dos vínculos a planos de saúde a partir da regulação setorial. Em seguida, apresenta a avaliação da percepção dos brasileiros de 8 grandes regiões metropolitanas relativamente ao produto ‘planos de saúde’, contida em pesquisa Ibope realizada em 2015.

O capítulo também apresentará um perfil da demanda por planos de saúde no interior da Administração Pública Federal, que patrocina o SUS para toda a população, no entanto subsidia planos para os servidores. Conforme será visto, patrocina plano não apenas àqueles da administração indireta, ligados às corporações com participação estatal, relacionados à produção industrial, mas também aos servidores da administração direta.

Posteriormente, passa-se a analisar os resultados de nossa investigação empírica concernente ao banco de dados do DIESSE, o SACC, que apresenta as cláusulas atinentes à assistência à saúde negociadas nas convenções e acordos coletivos de trabalho, de 1993 a 2012.

Ao fim e ao cabo o capítulo pretende destacar a percepção de que o modelo de proteção social, de perfil industrial-corporativo, associado à produção, e à acumulação capitalista, predomina dentre as opções preferenciais do trabalhismo brasileiro, *status* esse corroborado pela própria União, que financia esquemas privados de assistência médica para a totalidade de sua força de trabalho.

A opção dos capitalistas por esse modelo, já foi alvo da abordagem no Capítulo 4, quando se tratou dos convênios-empresa, que mais tarde dariam lugar à indústria de planos de saúde.

Por sua vez essa indústria fortaleceu-se, e congrega *per se* um grupo de empreendedores capitalistas. Seus interesses estarão expressos no capítulo seguinte, o 6. Assim, se o empresariado em geral apoiou, nos anos 1970, o florescimento dos convênios-empresa, a indústria que daí derivou-se foi capaz de gerar uma nova casta de capitalistas, aqueles originalmente localizados por Cordeiro (1984) nas empresas médicas: hospitais, clínicas e laboratórios privados, e hoje, líderes da vigorosa indústria de operadoras e seguradoras de saúde.

Com efeito, ante o interesse da classe trabalhadora pela saúde suplementar, conclui-se que a opção original do trabalhismo brasileiro pelo modelo de assistência médica vinculado à produção perdura até os dias atuais. Teve sua origem nos anos 1920, cujo marco foi a Lei Elói Chaves. Esse mesmo interesse é compartilhado pelo próprio Governo e pelo empresariado como um todo, tendo em vista que o financiamento desse esquema continua tripartite: o empregador co-financia o plano de saúde de seu empregado, e ambos obtêm as dedutibilidades do imposto sobre a renda. A renúncia fiscal, portanto, corresponde à contribuição da União para o esquema tripartite.

À luz do que foi evidenciado, segundo Malloy (1986) e Santos (1979), na Introdução deste trabalho, o modelo contemporâneo de assistência à saúde do brasileiro, de provisão privada, pode mesmo ter derivado do modelo original de financiamento tripartite da assistência médica cunhado no passado. É dependente da trajetória. Recorrendo-se mais uma vez a Pierson (2000), o conceito de *'path dependence'* leva em conta a relevância causal dos estágios precedentes em uma sequência temporal. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção.

Nesses termos, antes de tudo, é preciso retrair esse perfil histórico e mapear as transições verificadas no padrão de financiamento assistencial dos trabalhadores organizados do Brasil: ele vai do seguro privado (CAP) ao seguro-social (INPS), e do seguro-social, público, para o seguro-saúde, privado, mantidas as mesmas características de financiamento tripartite, compartilhado.

Essa perspectiva pode ir ao encontro da observação de Fagnani (1997), segundo qual a bibliografia sobre a política social brasileira, “apesar de ampla e diversificada, revela a ausência de tradição na análise do conjunto das políticas, predominando as abordagens setoriais”.

Aqui, tradição reforça a ideia de dependência da trajetória, no âmbito das reflexões sobre como as ações do passado moldaram o futuro das políticas, no caso, de saúde.

Segundo Menicucci (2007b) “os legados da política de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro”. Ainda segundo essa autora, “essa forma histórica de desenvolvimento da assistência [expansão da assistência médica diferenciada segundo categorias com maior prestígio] não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva entre o público-alvo da política [os trabalhadores]



capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas”.

Por fim, inclui-se aqui o testemunho contemporâneo de Werneck-Vianna (2015):

“É nos anos 30 do século XX, após o movimento que levou Vargas ao poder e que deslanchou o projeto industrializante de desenvolvimento nacional, que a questão da saúde entra com mais vigor e consistência na agenda pública. (...) Com a introdução dos seguros sociais compulsórios, sob a forma dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, começa a se configurar uma das principais características do sistema de saúde no Brasil: sua segmentação. Além da separação entre ações preventivas, ditas sociais, e ações curativas, de atendimento individual, a segmentação se expressava nas diferenças entre os IAPs no que concerne aos serviços oferecidos. (...) Bismarck implantara sistema semelhante na Alemanha dos anos 1880. Mas aqui, a tal da dependência de trajetória (*path dependence*), (...) parece ter mais aplicabilidade do que na Alemanha. Cabe lembrar que o IAPI – o Instituto dos trabalhadores na indústria – o mais populoso e funcional ao projeto desenvolvimentista, não tinha hospitais próprios, como tinham, por exemplo, o Instituto dos Bancários e o IPASE (o Instituto criado em 1938, durante o Estado Novo, para os servidores civis da União)”.

Portanto, esta tese tem procurado avaliar os principais passos dessa trajetória, a fim de identificar como, tradicionalmente, a classe trabalhadora organizada procurou defender seus interesses em torno da proteção social, em especial no caso da assistência médica, de forma fragmentada, diferenciada e particularista, de provisão privada.

Conforme já visto nesta tese, a partir da criação da CAP dos ferroviários, em 1923, definiu-se uma assistência médica privada, associada à produção, provida de forma segmentada, segundo a categoria profissional, de financiamento tripartite, dividido entre empresários, trabalhadores e a União (via indireta em função do recolhimento de uma taxa sobre passageiros transportados e fretes).

Esse modelo, de múltiplos fundos financeiros e de assistência médica fragmentada, teve continuidade nos IAP. A qualidade da assistência médica dependia da força e da importância da categoria trabalhista assistida.

A partir da criação do INPS, o modelo corporativista pouco se altera. A novidade é a unificação de todos os institutos previdenciários num único INPS, e tanto a previdência quanto à assistência médica são de responsabilidade do Estado.

A assistência médica dos trabalhadores organizados poderia ser caracterizada, nesse instante, como ‘assistência médica previdenciária’. Era prestada inicialmente pelo INPS, e depois pelo Inamps (a partir de 1977), que provia a assistência médica diretamente aos trabalhadores formais, ligados à produção. O financiamento continuava tripartite: ao governo caberia ao menos os gastos administrativos, enquanto empresários e trabalhadores vertiam contribuições para os cofres da Previdência Social.

Com o advento do SUS, a assistência médica dos trabalhadores organizados, em tese, teve alterado o seu atrelamento à produção, ao tempo que incorpora os princípios da cidadania, estendendo-se a todo tipo de trabalhador, contribuinte ou informal. A assistência médica passaria a ser prestada de forma gratuita e seria de extensão universal. Conforme se verá neste capítulo, o SUS universal não foi suficiente para alterar a trajetória e a preferência dos trabalhadores organizados por uma assistência médica associada à produção.

O contexto em que o modelo de financiamento da assistência do SUS é estabelecido, a partir do aprovado na Constituição de 1988, debatido no Capítulo 4 desta tese, indica que os trabalhadores preferiam uma assistência à saúde pública desatrelada da arrecadação e dos fundos previdenciários.

Por outro lado, o baixo financiamento do SUS não contribuía para que rapidamente se afirmasse na opinião pública como um sistema de saúde confiável, e a despeito das melhorias incrementais, a desconfiança permanece até hoje, resultado das deficiências que

ainda existem. Isso pode ser uma das causas aderentes dos indivíduos e trabalhadores em geral aos planos de saúde.

Com efeito, a falta de recursos leva a uma escassez de serviços especializados em cuidados de saúde que faz com que os brasileiros prefiram deixar a cobertura do SUS assim que experimentem melhorias no nível de renda (Santos, Vaitsman, 2014). Essa observação vai ao encontro da opinião de Offe (1990), segundo o qual quanto mais elevados o *status* e a renda proporcionados a grupos de indivíduos, menor se torna a sua motivação racional para ter seus privilégios vinculados a sistemas coletivos, e, portanto, maior a inclinação para procurarem alternativas de mercado privadas.

Santos, Vaitsman (2014) exemplificam o caso brasileiro, em que estratos privilegiados de renda têm maior propensão a consumir o produto plano de saúde, conforme expresso na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Renda familiar per capita e cobertura de planos de saúde (Brasil, 2003)

Faixas de renda mensal	Percentual de indivíduos com planos
até um salário mínimo	20,5%
entre 1 e 2 salários	33,7%
de 2 a 3 salários	54,8%
de 3 a 5 salários	68,8%
<u>maior que 5 salários</u>	<u>82,5%</u>

Fonte: Santos, Vaitsman (2014). Elaboração própria

Conforme diversas análises, o sub-financiamento crônico da saúde pública sempre correspondeu a um entrave à expansão da política pública universal e inclusiva prevista na concepção original do SUS (Ugá, Marques, 2005; Ugá, 2006; Ocké-Reis, 2012; Faveret, Oliveira, 1990).

De qualquer forma os planos de saúde eram uma realidade já no início dos 1980, e naquele tempo a classe trabalhadora apercebia-se assistida com essa modalidade de atenção à saúde, sob a forma de seguro privado. Com efeito, os planos de saúde poderiam ser considerados os sucessores dos convênios-médicos, que foram definitivamente sepultados antes mesmo da extinção do Inamps, em 1993.

Segundo Bahia (1999, p.21), os convênios mediados diretamente pela Previdência são extintos em 1979, contudo, a autora aponta “indícios da permanência de um grande número de convênios de empresas com grupos médicos sem interveniência da Previdência. A criação de empresas como a Amil, em 1980, demonstra a possibilidade de comercialização autônoma de planos de saúde”. Esse é o marco inaugural da saúde suplementar no Brasil, o início dos anos 1980.

Bahia (1999, p.22) refere-se à Andreazzi (1991) para ressaltar a ocorrência de uma latência no que se referia ao crescimento da população coberta pelos planos de saúde neste período. No entanto, na acepção de Bahia (1999), o segundo ciclo de crescimento mais intenso de cobertura dos planos de saúde coincide com a redemocratização, inicia-se ao final da década de 1980, e marca a presença das seguradoras como ofertantes do produto seguro-saúde.

Em suma, para Bahia (1999, p.22) o crescimento da cobertura por seguros e planos privados de saúde será explicado em parte pelo declínio da qualidade da assistência médico-hospitalar pública, “associada a uma resistência por parte de trabalhadores e empresários à noção de universalização da saúde, embasada em uma visão tradicionalista, corporativista, das políticas sociais no Brasil”

Ainda segundo Bahia (1999, p.28):

“(...) o aumento de cobertura através de planos e seguros é um dos limites para a delimitação do projeto democratizante e universalizante da Reforma Sanitária. A estrutura estratificada da sociedade brasileira teria derrotado as utopias redistributivas. O ‘sistema’ se acomoda e se previne contra arranjos jurídico-legais formais que prometem a universalização. Os atores sociais: sindicatos de trabalhadores, quando evocados, ‘falam’ pela voz dos próprios autores [aqueles que compreendem os planos de saúde como delimitadores da Reforma] [ao admitirem] que ‘não resistiram aos mecanismos de racionamento impostos pela queda de qualidade dos serviços públicos’”.

Na prática, o conceito de cidadania encerrado na concepção original do SUS seria estendido tão somente aos mais pobres, sugerindo, portanto, a falta de renda ou emprego qualificado para se tornarem elegíveis a um plano de saúde.

Sobre esse particular Werneck-Vianna (2015) acrescenta que “os governos eleitos democraticamente desde 1989 vêm incentivando gastos privados com previdência, com educação, com planos de saúde e medicamentos, e cada vez mais destinando fundos públicos ao setor privado, o que, por exemplo, alimenta o processo de segmentação, do sistema de saúde. No gradiente da oferta diferenciada aos diferenciadíssimos estratos socioeconômicos da população, o SUS fica na rabeira. De sistema universal passa a subsistema para pobres. Para pobres. Não para trabalhadores e muito menos para cidadãos”.

Nesse contexto, muito embora a existência do SUS, a classe trabalhadora se via historicamente vinculada a esquemas privados de atenção à saúde, desde os tempos dos convênios-empresa, ou mesmo antes, a partir do modelo bismarckiano dos IAPs de Vargas, no período em que o direito social caracterizava-se como social-corporativo (Werneck-Vianna, 2015).

Diante de tudo isso, a existência de um SUS público e gratuito não foi suficiente para alterar a preferência dos trabalhadores organizados pelos esquemas assistenciais ligados à produção.

O Quadro 5.1 traz uma evolução das variantes dos esquemas assistenciais privados destinados à proteção da saúde dos brasileiros, em especial da classe trabalhadora, desde os anos 1920 ao presente.

Quadro 5.1 – Variantes da assistência médica privada e produtivista (Brasil, 1920-2014)

Período	Tipo de assistência médica	Financiamento & Modelo	Observações
Anos 1920 aos 1960	Assistência médica privada (corporativa)	Tripartite; industrialcorporativo	Múltiplos fundos (CAPs e IAPs); assistência médica segmentada
Anos 1960-1980	Assistência médica Previdenciária (públicacorporativa)	Tripartite; industrialcorporativo	Único fundo – INPS; assistência médica pública (*)
Anos 1980 ao presente (**)	Planos de saúde	Tripartite; industrialcorporativo	Firme adesão de trabalhadores organizados. Múltiplos fundos. Segmentação

Fonte: Elaboração própria. (\*) – A assistência médica pública era praticada nas unidades próprias do INPS, e nas redes contratada e conveniada, de operação privada. (\*\*) – A partir dos anos 1990 a assistência médica dos planos de saúde concorre com o modelo universal do SUS.

Interessante notar que o modelo original de financiamento da assistência médica ao trabalhador previsto nas várias CAP e variados IAP era constituído de múltiplos fundos. Em seguida houve a transição para o fundo público único, no tempo do INPS/Inamps, e, posteriormente, os recursos para o financiamento voltam a ser alocados em múltiplos fundos, hoje representados pelas inúmeras operadoras de saúde, conforme será visto nesse Capítulo.

Nesses termos, cumpre doravante, neste trabalho, lançar o olhar sobre os planos de saúde. Eles representam uma continuidade do modelo de assistência médica privatista e produtivista cunhado no passado, desde o advento das CAP. Salientamos que nossas avaliações desse segmento, denominado de saúde suplementar, neste trabalho, não inclui o olhar sobre a figura dos planos de saúde exclusivamente odontológicos. Esta tese não problematiza este tipo de cobertura supletiva. Não obstante, ela cresce de forma vigorosa, a um ritmo maior que o dos planos coletivos médico-hospitalares.

A guisa de informação, o Relatório de Gestão da ANS informa que entre janeiro de 2003 a dezembro de 2009 o segmento de planos odontológicos expandiu-se a uma taxa média anual de 19,5% (ANS, 2010, p.16). Apresentamos em seguida a evolução dos números do setor denominado de saúde suplementar, com ênfase nos planos de saúde de assistência médica de contratação coletiva, destinados eminentemente aos trabalhadores formais organizados.

### **5.1 A evolução dos vínculos a planos de saúde desde a ANS**

Conforme pesquisou Andreazzi (1991), a adesão a planos de saúde era uma realidade no Brasil no período imediatamente anterior ao advento do SUS. Esse momento foi especialmente ruim para a assistência à saúde pública do brasileiro. Entre a promulgação da Constituição Cidadã e a criação do SUS decorreram-se 2 anos de construção de um novo modelo, o que pode ter ampliado a insegurança assistencial do cidadão de renda média e alta, ao tempo que se construía uma saída cidadã para a saúde dos mais pobres, o que veio com a universalização contida no SUS.

Para Fagnani (1997) o agravamento do quadro econômico ao final do regime militar amplificou as carências sociais, e restringiu a capacidade de resposta governamental às pressões emergentes, sobretudo devido à dramática fragilização dos mecanismos de financiamento.

Esse quadro de crise financeira permanente favoreceu a continuidade da presença e da operação em nosso país de esquemas privados de atenção à saúde. A partir dos anos 1980 os planos de saúde ganham força e parecem ser o modelo aderente de provisão à saúde da classe trabalhadora.

Ocké-Reis (2012, p.157) ilustra esse momento: “Em meados da década de 1980, dada a deterioração dos serviços previdenciários, cresceu a demanda por serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais”.

Andreazzi estimou o volume de contratação de planos de saúde, que, para o ano de 1989, giraria em torno de 31,1 milhões de vínculos, vínculos esses a esquemas privados de atenção, de caráter securitário, e de financiamento tripartite.

No que se refere à essa estimativa específica, talvez pudesse ser caracterizada, *a priori*, como levemente discrepante, se comparada aos 31,7 milhões de beneficiários constantes dos cadastros da ANS, para o ano de 2001, ou seja, de doze anos à frente.

No entanto, a estimativa de Andreazzi (1991) deve ser valorizada pelo resultado obtido. Essa eventual discrepância poderia estar a realçar uma potencial subnotificação cadastral que teria existido nos primeiros anos de existência da agência reguladora, resultado, em primeiro lugar, de sua estruturação paulatina: em termos de estrutura física; de contratação de pessoal, de forma temporária; os primeiros concursados foram empossados apenas em 2005; da estruturação dos sistemas de informação propriamente ditos; e estruturação do marco legal regulatório.

Com efeito, a base de dados da ANS informava, nos primeiros anos, um grande contingente de vínculos a planos de saúde tidos como ‘não identificados’, isto é, se tratava de planos de saúde dentre os quais não era possível a classificação entre coletivo e individual, por exemplo. Dessa forma, isso pode revelar que o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) também se estruturava de forma incremental.



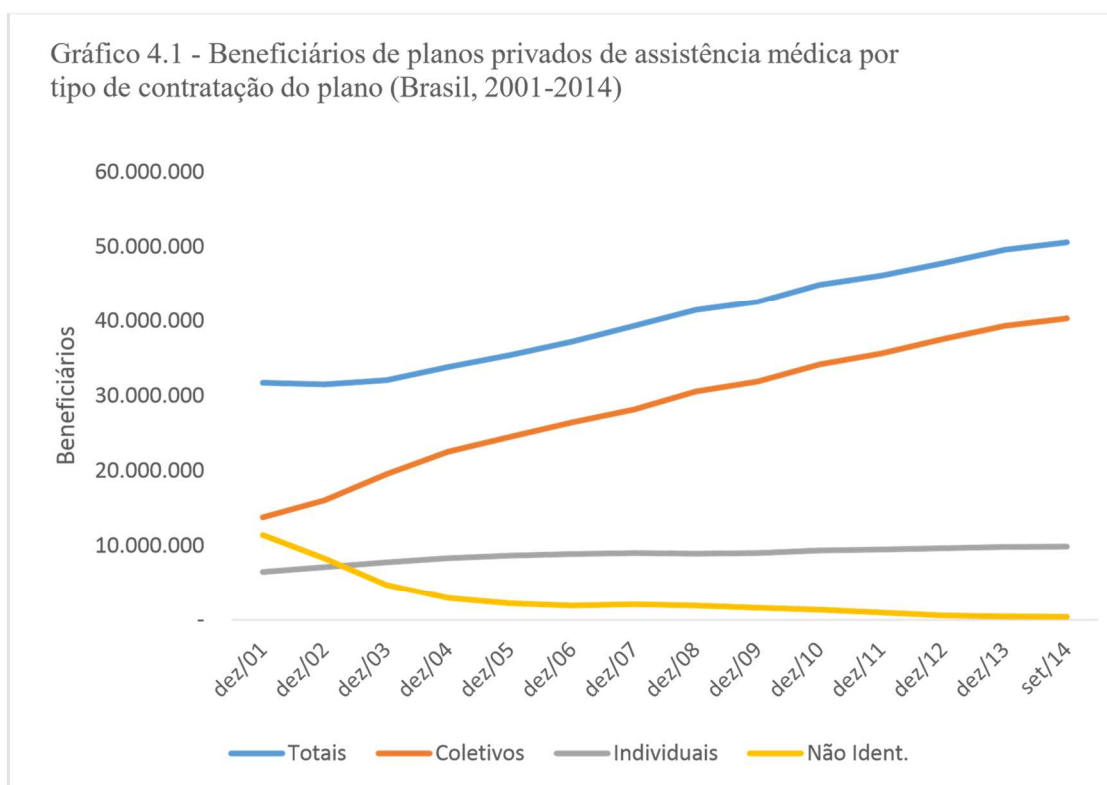
Em segundo lugar, considere-se a resistência a informar dados de uma parcela do segmento das Unimed, conhecido informalmente como “Aliança”, que reconheceu a regulação estatal somente a partir de 2004-2005. Em seguida, esse grupo, de forma morosa, operadora por operadora, firmou com a reguladora Termos de Compromissos de Ajustes de Conduta (TCAC), para a recomposição retroativa do cadastro de informação (SIB), e, por óbvio, para a obediência à regulação normativa que se construía.

Entretanto, naquele tempo, o nível de desorganização informacional do setor real, isto é, das operadoras, era tal, que muitas delas não sabiam quantificar o histórico evolutivo de seus próprios planos de saúde comercializados. Assim, a recomposição do cadastro tampouco seria um grande sucesso. Hoje, em 2015, a ANS possui os melhores meios técnicos para uma regulação de alto nível. Mas ainda existe a ‘política’, como não poderia deixar de ser numa democracia capitalista contemporânea que se pretende avançada.

Assim, a conjugação de todos esses fatores, isto é, o reconhecimento tardio da regulação pelo segmento “Aliança”, e a própria estruturação da ANS, criada em 2000, talvez não teria sido suficiente para a estabilidade do (SIB/ANS), pelo menos nos primeiros anos de sua existência. Isso pode ser comprovado pelo Relatório de Gestão da ANS, 2004-2010, que destaca: “Para a renovação do parque informacional instalado, selecionou-se tecnologia de ponta, com o intuito de multiplicar a capacidade de armazenamento e processamento, e o consequente equilíbrio do sistema por um período mínimo de 5 anos” (ANS,2010). O Relatório (ANS, 2010, p.71) traz ainda uma representação gráfica, a Fig.8, na qual se expressa a proporção de acertos no SIB, que era de 68% em 2003, passando a de 87% em 2006.

Independentemente dessas observações, de caráter meramente técnico, trata-se hoje o SIB de um sistema relevante, como todos os demais bancos de dados da ANS, conforme se verifica pela atualizada, e vasta, disponibilidade de dados assistenciais, dados quantitativos de operadoras e beneficiários, além de dados econômico-financeiros, do setor e por empresa, acessíveis a qualquer cidadão no *website* da ANS.

A partir dos dados da ANS é possível avaliar a evolução dos vínculos a planos e saúde de 2001 a 2014. O Gráfico 5.1 ilustra essa *performance*.



FONTE: ANS

Note-se que a linha superior (Totais), corresponde à soma das 3 inferiores. A porção de não identificados é alta nos primeiros anos e cai ao longo do tempo, em face da acuidade cadastral, resultado da regulação que se impõe.

Observe-se que a linha indicativa dos planos individuais é praticamente uma reta, apontando que a participação desse tipo de cobertura sobre o total é estável no tempo. A

Tabela 5.2 denota que os planos coletivos crescem ao longo da década de 2000, enquanto se verifica a estabilidade, no tempo, dos planos individuais.

Tabela 5.2 - Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2001-2014)

Ano	Vinc. Totais	Coletivos	%	Individual	%	Não informado	%
dez/01	31.727.080	13.783.599	43,4%	6.514.674	20,5%	11.428.807	36,0%
dez/02	31.513.309	16.092.752	51,1%	7.128.755	22,6%	8.291.802	26,3%
dez/03	32.074.667	19.538.538	60,9%	7.809.815	24,3%	4.726.314	14,7%
dez/04	33.840.716	22.561.686	66,7%	8.345.889	24,7%	2.933.141	8,7%
dez/05	35.441.349	24.529.113	69,2%	8.704.862	24,6%	2.207.374	6,2%
dez/06	37.248.388	26.448.081	71,0%	8.891.440	23,9%	1.908.867	5,1%
dez/07	39.316.313	28.191.846	71,7%	9.045.262	23,0%	2.079.205	5,3%
dez/08	41.468.019	30.586.603	73,8%	8.966.805	21,6%	1.914.611	4,6%
dez/09	42.575.169	31.911.847	75,0%	9.048.749	21,3%	1.614.573	3,8%
dez/10	44.923.443	34.187.495	76,1%	9.382.890	20,9%	1.353.058	3,0%
dez/11	46.139.940	35.626.828	77,2%	9.526.351	20,6%	986.761	2,1%
dez/12	47.848.867	37.578.778	78,5%	9.686.245	20,2%	583.844	1,2%
dez/13	49.626.944	39.317.765	79,2%	9.856.622	19,9%	452.557	0,9%
set/14	50.619.350	40.330.116	79,7%	9.891.129	19,5%	398.105	0,8%

Fonte: SIB/ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (Acessado em 8 Jul 2015). Elaboração própria

É possível identificar um crescimento contínuo dos vínculos de 2001 a 2014, com especial destaque para os planos coletivos empresariais, que abrigam a classe trabalhadora organizada.

Do ponto de vista econômico, de dez/2001 a dez/2014, o setor cresceu contínua e vigorosamente, superando as taxas de crescimento anual do PIB, conforme expresso na Tabela 5.3.

Tabela 5.3 - Crescimento anual de vínculos a planos de assistência médica *vis-a-vis* o crescimento anual do PIB (Brasil, 2001-2014)

Período	Vínculos	Var. Anual	Variação % do PIB
dez/01	31.727.080	n.d.	1,28
dez/02	31.513.309	-0,7%	3,08
dez/03	32.074.667	1,8%	1,22
dez/04	33.840.716	5,5%	5,66
dez/05	35.441.349	4,7%	3,15
dez/06	37.248.388	5,1%	4
dez/07	39.316.313	5,6%	6,01
dez/08	41.468.019	5,5%	5,02
dez/09	42.575.169	2,7%	-0,23
dez/10	44.923.443	5,5%	7,57
dez/11	46.139.940	2,7%	3,92
dez/12	47.848.867	3,7%	1,76
dez/13	49.626.944	3,7%	2,74
dez/14	50.819.735	2,4%	0,15

Fontes: SIB/ANS (para os vínculos); Banco Central do Brasil, Séries temporais, segundo critérios atualizados do IBGE

Com efeito, os vínculos ao setor cresceram, no período, a uma taxa média anual de 3,69% ao ano.

No mesmo período, a taxa média anual do PIB brasileiro evoluiu 3,36%. Esse cálculo resulta da variação acumulada nos respectivos períodos. De dez/01 a dez/14 a vinculação a planos de saúde de assistência médica saltara 60,2% em termos absolutos, enquanto o PIB acumulado variou 53,7%, no mesmo período.

O forte crescimento é ainda mais evidente quando se observa isoladamente a evolução dos planos coletivos empresariais, e coletivos por adesão, voltados eminentemente para a classe trabalhadora organizada, conforme aqui já demonstrado neste item.

Por fim, após essa visão geral da evolução dos planos de saúde no Brasil, a partir da criação da agência reguladora dos planos, a ANS, que disponibiliza sua base cadastral, reconhecidamente a principal referência de dados do setor suplementar no país, cumprenos, na etapa seguinte, identificar aspectos da demanda por planos de saúde, segundo a visão dos beneficiários e de potenciais consumidores do produto.

#### **4.2 Planos de saúde: objetos de desejo**

Segundo a interpretação dos dados da ANS do item anterior, a contratação coletiva de planos de saúde supera o crescimento do PIB médio anual no Brasil de 2001 a 2014. Isto não é pouco. Denota capacidade empresarial das operadoras e seguradoras, associada ao desejo de consumo de planos pela população, em especial, pela classe trabalhadora organizada.

Com efeito, desde 2013 a economia brasileira veio apresentando sinais de enfraquecimento, mas os planos de saúde coletivos mantiveram o ritmo, ao menos até o ano de 2014, último período com dados sobre evolução de vínculos a planos de saúde analisados neste trabalho.

Os planos coletivos cresceram em média 3,31% ao ano, contra 1,44% do PIB. Somente em 2014 os vínculos a planos médico-hospitalares evoluíram 2,4%, enquanto o PIB encolheu 0,15%.

Posto que é argumento recorrente afirmar que a expansão dos planos de saúde é função do aumento da renda ou do crescimento econômico. Tal não pode ser classificado como uma inverdade. Economistas sérios avaliam que eventual expansão dos planos de saúde em direção às camadas de baixa renda dependeria das oscilações do ciclo econômico (Ocké-Reis, 2012, p.130).

Não obstante, conforme apontado no Capítulo 2 desta tese, a *performance* do *Welfare State*, que inclui a busca por um melhor esquema de provisão, seja público ou privado, não depende apenas do desempenho econômico, ou das condições fiscais.

A *performance* do *Welfare State* é também influenciada pelas mudanças no mercado de trabalho, que impuseram, nas últimas quatro décadas, uma clivagem no interior de uma mesma classe, entre trabalhadores melhor posicionados e os mais vulneráveis, o que evidenciou a clara busca pela obtenção de benefícios diferenciados segundo a capacidade reivindicatória dos grupos; a referida *performance* é ainda influenciada pelas mudanças na sociedade, em face da insegurança gerada pelas contradições capitalistas, que expõem o indivíduo contemporâneo a incertezas, à instabilidade permanente, empurrando-o para a provisão privada ante os temores da assistência coletivista racionada e precária.

Por tudo isso, o recurso exclusivo aos aspectos econômicos, no caso, a variação do PIB, para explicar a *performance* das empresas responsáveis pela assistência supletiva, pode eventualmente corresponder a um reducionismo. Nesses termos é preciso ampliar o foco. Em linhas gerais, há questões de interesse material dos trabalhadores, e também aspectos comportamentais a serem avaliados. Os trabalhadores desejam mais benefícios indiretos e mais segurança assistencial. Esses interesses misturam-se aos interesses do Estado e dos capitalistas. Um interesse, registre-se, tripartido.

Não é por acaso que este trabalho enfoca a influência das relações neocorporativas na formulação política, em especial, na formulação da política de saúde em nosso país. Com efeito, dentre as premissas do neocorporativismo estão presentes os movimentos de aproximação com a classe trabalhadora organizada, por parte dos empresários, com a mediação dos governos, no sentido de incorporar o movimento sindical nas decisões de seus interesses materiais imediatos, bem como nas formulações de política econômica e social.

Assim, conforme identificado no Capítulo 4 deste trabalho, a classe trabalhadora posicionou-se, nos debates do tema Saúde que antecederam a Constituinte, bem como nos debates em torno do novo texto constitucional, favoravelmente a que o orçamento da Saúde fosse separado da seguridade, na perspectiva que os recursos da previdência não poderiam financiar os gastos em saúde dos não contribuintes.

Caracterizava-se, nesta seara, a defesa de argumentos egoísticos por parte de segmentos influentes do trabalhismo, reveladores de uma ausência de consciência de classe.

Da mesma maneira, a avaliação deste trabalho, de que parcelas dos defendentes da saúde pública, ao fim e ao cabo, aderem a planos de saúde, revela uma força resistente, identificada ante a opção, consciente, pelos esquemas privados de atenção à saúde. Remetemo-nos mais uma vez ao exemplificado anteriormente, de que possuem planos de saúde desde os servidores do Ministério da Saúde aos colaboradores da CUT. Enfim, são vastos os indícios de que existe uma demanda por planos de saúde por parte de muitos, inclusive dos defensores políticos do SUS.

Além desses claros interesses, há aqueles do próprio Estado, que quer evitar a todo custo, desde muito tempo, eventual pressão orçamentária sobre o SUS, que seria

produzida por aqueles quase 51 milhões de usuários de planos de assistência, contidos nas classes de renda média, média-alta e alta, e com alto poder de vocalização, os quais, sem a indústria de planos de saúde, produziriam significativo encargo sobre o já subfinanciado SUS, que, por seu turno, ainda tem de dar conta da assistência, de forma racionada, é verdade, das mais de 140 milhões de pessoas não cobertas pela assistência supletiva, privada, direcionada aos melhor posicionados, econômica e socialmente.

O Governo Federal, por meio da renúncia fiscal, prevista nas dedutibilidades dos gastos em saúde das pessoas físicas e jurídicas sobre o imposto de renda, incentiva, com isso, sobremaneira, o consumo de planos de saúde. Com efeito o próprio Governo Federal patrocina planos de saúde para a sua força de trabalho empregada na administração direta, o que será avaliado em item específico.

Por sua vez, o empresariado nacional, além de desfrutar dos incentivos fiscais, também têm o notório interesse no atendimento célere de suas forças de trabalho, administrando-se o absenteísmo, enquanto os trabalhadores organizados beneficiam-se dos planos alternativamente ao recurso ao SUS, eis que o argumento recorrente desse grupo “é não saber o que lhes espera no SUS”, espalhando-se a cultura do medo e da rejeição aos esquemas coletivistas.

Pesquisa de satisfação conduzida pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2015) e pelo Ibope, entre abril e maio de 2015, denominada “Avaliação de Planos de Saúde”, entrevistou homens e mulheres, com 18 anos ou mais, nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Manaus e Brasília (IESS, 2015).

Segundo o IESS (2015), as principais razões para a posse de plano é a segurança de não depender do serviço público. Além disso, 3 entre 10 entrevistados citam que o



possuem planos porque têm esse benefício oferecido pela empresa. Também se destaca a qualidade do atendimento dos planos, em contrapartida ao atendimento público.

No que se refere às taxas de satisfação, o maior grau de satisfação é observado entre mulheres, e entre os mais jovens. Idosos com mais de 65 anos é o grupo que menos recomendaria o atual plano ou seguro saúde. Da mesma forma, a recomendação é maior entre quem não precisou usar o plano nos últimos 12 meses. Grifo meu.

De um modo geral, os beneficiários apresentam opiniões favoráveis para a posse de plano de saúde. Grande parcela declara ter mais segurança no caso de doença ou acidente, que o plano é essencial, sobretudo para quem tem filhos pequenos (IESS, 2015).

Tabela 5.4 - Principais razões para ter um plano de saúde (Brasil, Mai/Jun 2015)

Motivação	Percentual
Segurança e respaldo com relação à saúde	44%
A saúde pública é precária, não quer depender dela	40%
Qualidade do atendimento dos Planos de Saúde	32%
Posse de plano empresarial (custo, preço da mensalidade, é coberto pelas empresas)	31%
Para ter respaldo em caso de emergência ou se precisar de uma consulta, internação, cirurgia	21%
Pode se consultar com maior rapidez	21%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Quanto a quem já teve plano de saúde, e perguntado por qual motivo deixou de ter, 54% responderam que saíram da empresa em que trabalhavam, ou perderam o direito de usar o plano da empresa; 21% afirmam não terem condições financeiras, e dentre outras respostas, apenas 2% alegaram ter tratamento de saúde gratuito pelo SUS (IESS, 2015). Grifo meu.

Relativamente aos ‘não-beneficiários’ de planos de saúde, a maioria nunca teve um plano, mas gostaria de ter, e valoriza a posse. 74% gostariam de ter posse de plano, sendo que a posse é mais valorizada entre os mais jovens: 86% deles valorizariam ter um plano de saúde (IESS, 2015). As Tabelas 5.5, e as Tabelas 5.6 e 5.7, apresentam essas intencionalidades em direção à saúde suplementar e suas motivações, segundo a classe social.

Tabela 5.5 - Desejo de afiliação a planos de saúde segundo a classe social (Brasil, Mai-Jun 2015)

	Classe social Opção		
	A/B	C	D/E
Gostaria de ter um plano	74%	75%	75%
Não gostaria de ter um plano	26%	25%	25%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.6 - Importância de ter um plano de saúde (Brasil, Mai-Jun 2015)

de importância	Classe social Grau		
	A/B	C	D/E
Muito importante	53%	55%	50%
Importante	31%	32%	36%
Mais ou menos importante	7%	6%	8%
Pouco importante	6%	5%	3%
Nada importante	3%	2%	4%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Elaboração própria

Tabela 5.7 - Principais razões para ter um plano de saúde (não beneficiários)  
(Brasil, Mai-Jun 2015)

Motivação	Percentual
Qualidade do atendimento dos planos de saúde (atendimento rápido, qualidade do atendimento, qualidade dos médicos, bons hospitais)	84%
Necessidade de acompanhamento médico	49%
A saúde pública é precária, não quer depender do SUS	30%
Por segurança, para sentir-se tranquilo em caso de doença	23%
Para ter respaldo em caso de emergência	15%

Fonte: IESS - Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

Assim, a insegurança no que se refere ao atendimento oferecido no SUS é o terceiro motivo frente ao desejo de afiliação a planos (segundo motivo para aqueles que possuem planos), com a alegação de que a saúde pública é precária, portanto, não se quer depender dela. O índice é de 40% entre aqueles que possuem planos, e de 30% entre os que não possuem. Desses últimos, apenas 2% alega não ter a posse porque a saúde pública é gratuita.

Outro ponto de destaque na pesquisa do IESS é que o desejo de ter um plano é praticamente igual em todas as classes, de A a E, em torno de 75%. No que se refere ao grau de importância atribuído à posse de um plano, há um cenário semelhante. Entre as classes C, D/E, o grau atribuído é de 87% e 86%, respectivamente, enquanto para as classes A/B o grau é ligeiramente menor, 84%.

Ante todas essas achados e informações, os indícios que apontam o desejo pelo produto plano de saúde são robustos. Todavia resta ainda demonstrar que a classe trabalhadora organizada, alvo de nosso estudo, efetivamente deseja a cobertura de um esquema privado, financeirizado, para dar conta dos seus gastos assistenciais em saúde, o que será abordado no item a seguir.

### **5.3 A posição dos trabalhadores nas instâncias de negociação coletiva e a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde**

#### **5.3.1 Observação empírica da pauta reivindicatória dos trabalhadores em torno dos esquemas privados de atenção**

Conforme expresso na Introdução (item Metodologia), esta tese também se sustenta em estudo empírico que utiliza a base de dados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Foram analisadas 2.516 cláusulas relacionadas à assistência à saúde do trabalhador, presentes em dissídios coletivos de 225 categorias de trabalhadores organizados, negociadas entre 1993 e 2012, ou seja, correspondem a 20 anos de observações relativamente às reivindicações de trabalhadores no que tange à assistência, em Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho.

Considerado como o maior banco de dados sobre negociações coletivas no Brasil, o SACC/DIEESE alcança 18 unidades da Federação, e serve, dentre outras coisas, para constatar que o momento decisivo do vínculo sindical com a cobertura supletiva de saúde se dá nas mesas de negociação coletiva (Santos, 2014).

Com efeito, “a intensa presença sindical nesses acordos, e o fato de que as definições desta instância assumem força de lei, para todo um setor produtivo ou categoria trabalhista de uma empresa, entende-se que é possível problematizar as perspectivas que apontam a aquisição de “planos coletivos de saúde” como “exclusiva benesse patronal”, ou produto da imposição unilateral das burocracias públicas. Sendo verdade que a preocupação com o “absenteísmo dos trabalhadores para o processo produtivo” constitui

parte do cálculo patronal em ofertar planos de saúde, não menos verdadeiras seriam as evidências do interesse sindical nesta questão” (Santos, 2014).

Os resultados dessa pesquisa encontram-se expressos nas tabelas que se seguem. Amostras dos conteúdos das cláusulas encontram-se expressas no Apêndice deste trabalho.

Tabela 5.8 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a temática (DIEESE, 1993 a 2012)

PLANOS DE SAUDE ASSISTÊNCIA	1.421	56,5%
FARMACÊUTICA	425	16,9%
AUXILIOS DE SAÚDE	291	11,6%
SAÚDE OCUPACIONAL	185	7,4%
<u>EM BRANCO/N. IDENTIF</u>	<u>194</u>	<u>7,7%</u>
<u>TOTAIS</u>	<u>2.516</u>	<u>100,0%</u>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Das 2.516 cláusulas relacionadas, 1421, 56,5% do total, referem-se a planos de saúde. Uma abordagem específica desse quesito será feita logo mais à frente.

Continuando, do total da amostra, 16,9% referem-se à assistência farmacêutica, em geral esse tipo de assistência é reembolsada parcialmente pelas empresas, quando a empresa não possui um dispensário de medicamentos em suas próprias instalações. Representa um desembolso direto, tanto dos empregadores, quanto dos trabalhadores.

Em seguida, o terceiro benefício mais negociado é o Auxílio de Saúde, normalmente relacionado ao empregado vítima de acidente do trabalho. Em geral, delibera-se nas convenções ou acordos que a empresa arcará, em caso de acidente, com as despesas de internação, medicamentos, remoção, dentre outras, podendo o benefício ser extensivo aos acompanhantes. Esse benefício aparece em 11,6% da amostra.

No quesito Auxílio de Saúde aparece também a figura dos adiantamentos, para óculos, próteses diversas, tratamento odontológico, que, posteriormente, o empregado devolve ao empregador, de forma facilitada. Figura ainda, dentre as condições de Auxílio, a cobertura de planos de saúde por prazo determinado, geralmente para os casos de demissão sem justa causa.

Por fim foram classificadas como ‘Não Identificadas’ cerca de 194 cláusulas em branco, perfazendo 7,7% do total, comuns principalmente nos primeiros anos de construção do banco do DIEESE, entre 1993 e 1995. E ainda 185 cláusulas (7,4%) relacionadas à saúde ocupacional. Essas preveem avaliações permanentes das empresas sobre seus programas de saúde, a apresentação de relatórios sobre a situação da saúde laboral, dentre outros assuntos, conforme se demonstra no Apêndice, ao final deste trabalho.

A Tabela 5.9 expressa o quantitativo de cláusulas separadas segundo o provedor do serviço:

Tabela 4.9 - Quantitativo total de cláusulas de assistência à saúde segundo a provisão do serviço assistencial (DIEESE, 1993 a 2012)

OPERADORAS	869	34,5%
AUTOGESTÕES	313	12,4%
SINDICATOS	216	8,6%
REEMBOLSOS	23	0,9%
DESEMBOLSOS DIRETOS	716	28,5%
SAÚDE OCUPACIONAL	185	7,4%
<u>NÃO INDENTIFICADO</u>	<u>194</u>	<u>7,7%</u>
<b>TOTAIS</b>	<b>2.516</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração própria

Assim, no que tange à provisão do serviço, do total de 2.516 cláusulas, em 34,5% a provisão relaciona-se com as operadoras de saúde, 12,4% é de iniciativa das autogestões, 8,6% é de responsabilidade dos próprios sindicatos, que possuem serviços próprios, ou contratados de terceiros, dentre eles as operadoras de saúde, e 0,9% relaciona-se à reembolsos, quando a empresa não possui programa próprio, mas reembolsa os gastos diretos dos funcionários com saúde, conforme expressa a Tabela 5.9 da página anterior. Nesta tabela os desembolsos diretos correspondem ao somatório da assistência farmacêutica com os auxílios de saúde (28,5% da amostra), e o restante é correspondente com as cláusulas em branco e de saúde ocupacional.

Fazendo-se um recorte apenas da provisão relacionada a planos de saúde, o cenário é o seguinte, conforme demonstra a Tabela 5.10:

Tabela 5.10 - Planos de saúde - provedores do serviço

Entidade	Nº	Percentual
Operadoras	869	61%
Autogestões	313	22%
Sindicatos	216	15%
<u>Reembolsos</u>	<u>23</u>	<u>2%</u>
<u>Total</u>	<u>1.421</u>	<u>100%</u>

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

As operadoras lucrativas são, efetivamente, o principal prestador, presente em 61% das cláusulas.

Em seguida, ressalte-se a presença das autogestões como provedoras. Elas se originaram, predominantemente, no tempo do regime militar, quando o projeto de Estado-empresa definia uma gama de benefícios para os empregados das empresas estatais, benefícios esses geralmente generosos, o que é perceptível na amostra.

Posteriormente, a quase totalidade dessas empresas, que foram privatizadas, mantiveram as suas autogestões, de direito privado e reguladas pela ANS. Correspondem às empresas do setor de mineração, siderúrgico, telefonia e elétrico, principalmente.

Compõem ainda o segmento das autogestões aquelas entidades que continuaram com a participação estatal em seus capitais. Elas ainda mantêm suas autogestões, de direito privado, e reguladas pela ANS. São as empresas do setor petroquímico, de bancos e seguradoras, purificação de água e processamento de dados, principalmente.

Nestas autogestões, operantes na esfera da administração indireta do setor Governo, a empresa patrocinadora geralmente cobre 70% de todos os procedimentos, cabendo ao empregado 30%.

Em algumas delas são dispensados medicamentos de alto custo, situação a coexistir com a distribuição gratuita pelo SUS. Neste grupo há ocorrência de benefícios bastante generosos, como a disponibilização de UTI aérea, classificada como Auxílio de Saúde, pois no caso sob comento, tal iniciativa não seria coberta pela autogestão, mas paga diretamente pela empresa.

Em seguida, os sindicatos, em 15% dos casos analisados, também assumem a dianteira da assistência à saúde de seus afiliados. Os sindicatos possuem atuação destacada nos setores da construção civil e de transportes urbano de passageiros, principalmente.

No que concerne aos setores da economia, as cláusulas, segundo o setor de origem, encontram-se expressas na Tabela 5.11.



Tabela 5.11 - Cláusulas de assistência à saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo o setor econômico (DIEESE, 1993 a 2012)

PRIMÁRIO (Agric./Pec.)	8	0,3%
SECUNDÁRIO (INDÚSTRIA)	1.641	65,2%
TERCIÁRIO (COMERCIO E SERVIÇOS)	<u>867</u>	<u>34,5%</u>
<u>TOTAL</u>	<u>2.516</u>	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Diante dos dados, é pacífico afirmar que os planos de saúde são um subproduto do corporativismo histórico gestado na indústria, que a partir dos anos 2000 disseminou-se pelo setor serviços, já sob a égide do neocorporativismo. Assim, do total amostral, 65,2% das cláusulas originam-se do setor industrial, e 34,5% do setor terciário, que inclui o comércio e os serviços.

Do total geral da amostra de 2.516 cláusulas de saúde, apenas 0,3% estão classificadas no setor primário, isto é, agricultura e pecuária. São apenas 8 cláusulas, tão somente relacionadas à assistência farmacêutica. Com efeito, os planos de saúde parecem não ter chegado ao campo. A título de observação complementar, o DIEESE desenvolve atualmente um sistema de acompanhamento específico das negociações trabalhistas no campo.

No que se refere ao quantitativo de cláusulas de assistência médica pertencente às categorias, ou às empresas (acordos coletivos), distribui-se praticamente igual entre esses dois tipos: 50,2% relacionam-se às empresas, e 49,8% às categorias. Todavia, a diferença se faz sentir no quesito planos de saúde, formalmente negociados nas empresas (55,9%), e menos presentes nas categorias (44,1%). A tabela 5.12 apresenta essa distinção.

Tabela 5.12 - Cláusulas de saúde (total) e de planos de saúde discriminadas segundo Acordo ou Convenção Coletiva (DIEESE, 1993-2012)

ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	1.263	50,2%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	1.253	49,8%
Total	2.516	
PLANOS DE SAÚDE		
ACORDOS COLETIVOS (EMPRESA)	794	55,9%
CONVENÇÕES COLETIVAS (CATEGORIA)	627	44,1%
Total parcial (cláusulas específicas relacionadas a planos)	1.421	

Fonte: SACC/DIEESE. Elaboração Própria

Trata-se de um benefício hierarquicamente superior aos demais. Assim, os empregados das grandes empresas, com maior poder de barganha, conseguem mais esse tipo de benefício do que as categorias.

Com efeito, nas categorias a assistência farmacêutica ganha certa importância. Do total de 425 cláusulas prevendo convênio com farmácias, 64% pertencem às categorias, o que não quer dizer que as cláusulas assistenciais de planos de saúde não sejam predominantes nas categorias. Ao contrário, dentre as 1.253 cláusulas de saúde das categorias, 627 relacionam-se a planos de saúde, e 272 são específicas dos convênios com farmácias, para utilizar o jargão.

Pelo observado até o momento, os resultados deste estudo empírico corroboram as impressões imediatamente a seguir de Cardoso (1999), para quem existia um processo de diferenciação em curso no interior do próprio trabalhismo.

Segundo Cardoso (1999, p.29) “os ganhos crescentes obtidos pelos trabalhadores ao término do regime militar implicaram no acirramento das disparidades intra-classe, tendo-se como exemplo o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, eis que os acordos coletivos obtidos nas negociações com a FIESP indicavam que o sindicato conseguia mais

das empresas fortes do que das pequenas e médias, para quem valiam os acordos oficiais, assim, o sindicato não conseguia universalizar os ganhos no interior da sua própria categoria”.

Nesses termos, no que se refere à nossa investigação, os empregados de empresas que possuem autogestões coordenando a sua saúde ocupacional encontram-se melhor posicionados que aqueles cujos empregadores garantem a provisão assistencial por meio de operadoras lucrativas.

Por seu turno, as grandes corporações empresariais, cujas negociações são consubstanciadas nos acordos coletivos, possuem uma gama de benefícios mais favoráveis a seus trabalhadores do que aqueles negociados no âmbito das convenções coletivas de trabalho, ou seja, das categorias.

Essa diferenciação em torno de uma assistência fragmentada tem origem no regime militar, senão antes, ainda em 1930, conforme evidenciado noutros momentos desta tese (Santos, 1979; Cohn, 1980; Costa, 1995[1996]). Assim, no cenário por ora avaliado, verifica-se, incontestavelmente, uma disparidade entre os benefícios obtidos pelos trabalhadores nos Acordos Coletivos relativamente ao obtido por aquelas das categorias, segundo as Convenções Coletivas, sendo ainda evidente que as autogestões possuem as melhores coberturas do que as demais formas de organização da provisão da assistencial.

Vale destacar que os acordos são firmados entre trabalhadores, sindicatos e uma empresa específica. Já as convenções abrangem o pactuado entre as empresas, trabalhadores e sindicatos de uma mesma categoria.

Há ainda evidências de padrões de diferenciação perceptíveis quando se averigua o contido nas coberturas contratadas nos planos de saúde das corporações e das categorias.

Há os mais generosos, a coexistir com aqueles de padrão básico. A Tabela 5.13 logo em seguida apresenta o contido nas 1.421 cláusulas relacionadas com planos de saúde, que correspondem a 56,5% do total amostral.

A referida tabela apresenta os dados discriminados segundo o alcance e destinação da cláusula: se o conteúdo trata do custeio do plano, se é plano de saúde para os ativos, para os ativos e dependentes, se para aposentados, ou para todas essas vinculações. Assim, a Tabela 5.13 apresenta o recorte dessas cláusulas segundo o tipo de contratação, se por intermédio de acordo coletivo, ou convenção coletiva.

Tabela 5.13 – Conteúdo principal das cláusulas de planos de Saúde segundo os acordos coletivos e convenções coletivas de trabalho; discriminado segundo o custeio e a destinação/favorecido (DIEESE, 1993-2012)

Segmentação/cláusulas	Tipos de acordo			
	Acordos Coletivos		Convenções coletivas	
CUSTEIO	269	33,9%	367	58,5%
ATIVOS E DEPENDENTES	360	45,3%	125	19,9%
ATIVOS	59	7,4%	102	16,3%
APOSENTADOS	26	3,3%	11	1,8%
TODOS OS VÍNCULOS	80	10,1%	22	3,5%
SOMA	794	100%	627	100%

Fonte: SACC/DIEESE

Com efeito, a Tabela 5.13 oferece indícios da diferenciação dos benefícios no interior da própria classe trabalhadora. O custeio do plano é a grande preocupação contida nas cláusulas de planos de saúde das categorias, enquanto isso perde importância nas cláusulas negociadas no âmbito dos acordos coletivos, podendo-se inferir que o financiamento do plano é cristalizado nas grandes empresas, que efetivamente estão à frente dos Acordos Coletivos.

Contudo, a diferenciação emerge de forma incontestável quando o benefício é estendido aos dependentes do empregado. Nos acordos, esse tipo de plano abrange 45,3% das 794 cláusulas, enquanto nas categorias esse benefício restringe-se a 19,9% do total das 627 cláusulas.

O mesmo ocorre com os planos de saúde extensíveis aos aposentados. No âmbito das empresas e de seus acordos coletivos, as cláusulas que tratam especificamente dos aposentados representam apenas 3,3%, enquanto nas categorias esse número é ainda menor: 1,8%.

A bem da verdade, nas empresas, no curso do tratamento dos dados, foi comum observar, no conteúdo das cláusulas, a menção à cobertura de aposentados combinada com as demais categorias de empregados, por isso a existência da classificação metodológica “Todos os vínculos”, que objetivou captar a menção a esse beneficiário, geralmente idoso.

Não obstante, o resultado, relativamente às observações referentes ao aposentado decepcionam. Nos acordos coletivos, “todos os vínculos” corresponde a 10,1% das cláusulas de planos, ante 3,5% nas negociações das categorias. Se somarmos os quesitos “aposentados” com “todos os vínculos”, nas duas situações, verificaremos que os aposentados aparecem em 13,4% das cláusulas de planos, no âmbito dos acordos coletivos (segundo empresa), contra apenas 5,3% nas categorias.

Dentre as cláusulas que estendem a cobertura supletiva aos aposentados, reunidas no Apêndice, é possível identificar que a assistência concedida tem prazo certo, ônus integral, além de outras exigibilidades, sendo, no entanto, mais inclusivos nas empresas públicas.

Com efeito, os empregados quando se aposentam não raro deixam de ser prioridade para a vasta maioria dos negócios. No mercado, não há generosidade possível em direção àqueles que não pertencem mais ao time da produção. Destarte, emerge mais uma iniquidade produzida pelos esquemas de assistência de financiamento privado, que, no Brasil, negligenciam o empregado que contribuiu para a história da produção.

Ademais, não pode mesmo ser considerado surpreendente que a esmagadora maioria do empresariado não promova ações solidárias dirigidas ao aposentado. Os capitalistas apoiam o Estado do Bem-Estar Social por conta disso: transfere-se o problema da esfera microeconômica para a macro política. Trata-se, portanto, de um problema de Estado, sendo certo que o Estado do Bem-Estar Social foi concebido para esse fim, contornar as situações de dependência, e manter a ordem, quando o mercado *per se* não consegue dar conta das questões sociais.

Esse tipo de seleção de risco, até o presente, seria inimaginável nos esquemas coletivistas de assistência à saúde. Assim, para a grande maioria dos aposentados, o SUS, senão já o é, ainda será o prestador de última instância. E este indivíduo que se aposenta, geralmente com mais idade, é o que apresenta os custos assistenciais mais expressivos, o que cria mais constrangimentos para o já comprometido orçamento da saúde pública.

Sendo certo que futuramente muitos dos aposentados possivelmente ainda serão expulsos da cobertura supletiva, por absoluta incapacidade financeira de arcarem com seus prêmios de seguros em elevação, que, tornar-se-ão impagáveis para muitos, tema a ser problematizado no capítulo final desta tese.

Frente a essa situação, é evidente que no Brasil os aposentados não encontram guarida assistencial segura, consistente, qualitativa, no modelo duplicado que os próprios

trabalhadores brasileiros contribuíram para sustentar desde os anos 1980. Um modelo de seguridade claudicante, conforme debatido no Capítulo 4 desta tese.

Como complicador, o prestador assistencial de última instância, o SUS, é ainda um sistema cronicamente subfinanciado, racionado e de qualidade irregular. Este trabalho prescinde de uma perspectiva científica para identificar que no Brasil pode haver um SUS muito qualitativo, o qual convive com um SUS muito precário. Tampouco, e por isso mesmo, não constitui novidade o elevado nível de incerteza, muitas vezes superdimensionado, gerado nos indivíduos expostos à cobertura assistencial coletiva e universal.

Dessa forma, não fora por acaso que a pesquisa IESS/Ibope, de 2015, cujos resultados foram apresentados no item 4.2, identificara, entre os detentores de planos de saúde, uma das principais motivações de sua demanda: 40% destes considera que “a saúde pública é precária, não quer depender dela”. Preocupa, ainda, o fato de que 30% dos não-beneficiários de planos expressaram a mesma opinião. E desses não-beneficiários, apenas 2% afirmara que não precisaria de planos de saúde, porque o SUS é gratuito.

Para concluir esta parte, conforme visto logo no início deste capítulo, a interpretação da pesquisa IESS/Ibope identificou que o brasileiro de todas as classes sociais deseja a posse de um plano de saúde, segundo as variadas razões ali apresentadas.

Em seguida, o resultado da pesquisa empírica em torno do banco de dados do DIEESE, tratado aqui neste item, pôde confirmar que os planos de saúde são destaque na pauta reivindicatória de muitas categorias de trabalhadores, o que é bastante para identificar os trabalhadores organizados de forma incontestada com os planos de saúde, à luz dos resultados ora apresentados.

Da mesma forma os trabalhadores do setor Governo, atuantes na administração direta da União, desejam e mantêm planos de saúde patrocinados pelo Estado.

Cumpra observar que o banco de dados do DIEESE traz a vinculação de empregados do setor Governo, isto é, das estatais, empresas públicas ou de economia mista, atuantes na administração indireta da União. Contudo, a avaliação dos dados da cobertura supletiva à saúde na administração direta poderá ser verificada a seguir.

### 5.3.2 Saúde suplementar e o copatrocínio do Governo Federal

Segundo o *status* da referida base de dados SACC/DIEESE, resultado de nossa pesquisa expressa no item imediatamente anterior, 45,2% das cláusulas relativas a planos de saúde encontram-se na indústria privada, 30,5% no setor privado de serviços, e 24,3% no que caracterizamos como Governo. Essa decupagem no banco de dados do DIEESE, ao incluir na análise o setor governo corporativo, isto é, as empresas públicas e de economia mista, revela um apoio indireto do Governo à saúde suplementar, para além dos incentivos fiscais previstos no mecanismo da renúncia fiscal.

O gasto público com a assistência médica dos empregados de empresas públicas e de economia mista deve ser correlacionado com o observado no banco do DIEESE, relativamente ao setor corporativo da União. Esse grupo corporativo-estatal patrocina suas próprias empresas de autogestão para a assistência de seus empregados, regidos pela CLT.



Tabela 5.14 - Contribuição patronal à assistência médica dos funcionários – administração pública indireta (Brasil, 2005-2006) - em R\$ mil

Ano	Setor produtivo estatal	Instituições financeiras	Total
2005	166.236	781.440	947.676
2006	189.690	823.753	1.013.443

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea. TD 1637. Elaboração própria.

Com efeito, o setor público-corporativo, que possui empresas estatais tanto na indústria quanto em serviços, patrocina planos de saúde para os empregados. E o incentivo ao consumo de planos de saúde pelo setor Governo pode ser ainda melhor caracterizado, quando o Estado passa também a patrocinar planos de saúde para os empregados da administração direta.

Assim, dada a sua tradição corporativa, o Estado brasileiro, ainda que sustentando um sistema de assistência à saúde público e universal, estende o benefício ‘planos de saúde’ para a totalidade da sua força de trabalho, conforme ainda será atestado neste item.

Dados complementares, não relacionados ao gasto, mas tão somente relativos aos vínculos a planos de saúde de parcelas significativas da administração direta, podem ser obtidos a partir da GEAP. Essa autogestão estatal, de direito privado, portanto, regulada pela ANS, reúne entre seus beneficiários, os servidores federais da administração direta.

O Estatuto Social da GEAP define:

Art. 1º A GEAP Autogestão em Saúde, nova denominação da GEAP Fundação de Seguridade Social, (...) é uma Fundação com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada juridicamente como operadora de plano de saúde, na

modalidade de autogestão multi-patrocinada, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira (GEAP, 2015).

O *website* da GEAP traz o *link* com os seus patrocinadores, e congrega, entre eles, uma série de ministérios, como os da Saúde, Previdência, Fazenda, Justiça, Educação, Defesa e Cidades, dentre outros tantos; a Polícia Federal e outras autarquias; fundações estatais; agências reguladoras, dentre elas a ANA, a ANAC, a ANTT, a Anvisa, a Anatel, menos a ANS, que deve possuir contrato com operadora privada, muito provavelmente por intermédio da associação de seus servidores, a Assetans. Entretanto, conta com patrocínio financeiro do Estado.

A GEAP traz, ainda, entre seus patrocinadores, a Presidência da República, o Ipea, o CNPq, a Capes, e uma dezena de universidades federais, dentre outros tantos patrocinadores ligados ao Governo Federal. Dados da ANS indicam uma carteira de 648.951 beneficiários na GEAP, na data-base de janeiro de 2015.

Conforme destacado, o estudo empírico em torno do banco de dados do SACC/DIEESE não pôde considerar as categorias de servidores públicos da administração direta, eis que essa categoria não se encontram contempladas no referido banco de dados.

Não obstante, buscamos identificar noutras fontes a demanda adicional pela saúde suplementar desse grupo de servidores da administração direta, para além dos dados da GEAP, conforme será visto a seguir.

Nesses termos, dentre os servidores federais detentores de planos de saúde, há ainda aqueles outros cobertos por entidades assistenciais de direito público, e, portanto, fora do alcance da Lei Geral dos Planos de Saúde (9.656/98), e da regulação da ANS. Essas unidades assistenciais são programas próprios administrados pelos departamentos de gestão de pessoas dessas instituições. Um exemplo concreto é o caso do Banco

Central do Brasil, que possui plano próprio (<https://www3.bcb.gov.br/portalsbc/Home/>).

A Portaria Normativa Nº 5, de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), estabelece, dentre outras coisas, a participação do Governo Federal no custeio de planos de saúde para todos os servidores. Reproduz-se aqui trechos dessa portaria:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

§ 1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar (...).

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (...)

Duas breves observações quanto à norma: 1) sanciona a cobertura duplicada brasileira, quando define que a assistência à saúde dos servidores será prestada no SUS, e de forma suplementar, pelas operadoras de saúde, dentre ainda outros provedores com financiamento misto; 2) define que a assistência suplementar deva ter, no mínimo, o padrão normativo da ANS, o que pode estar a revelar uma intenção de não coibir, portanto, benefícios mais generosos do que aqueles obtidos pelo beneficiário comum de planos regulados pela ANS, e pelos usuários do SUS. Pois em vez de ‘no mínimo’, a referida Portaria poderia trazer o termo ‘equivalente’.

Segundo Santos (2014), no caso dos servidores públicos, “a força da reivindicação corporativa de direitos comparece em eventos como o Seminário CUT/GEP, realizado em 2008. Promovido por iniciativa da CUT, tal evento contou com a expressiva participação de 36 sindicatos da administração pública federal, consistindo, essencialmente, em pressionar o Governo Federal pela definição de política de saúde suplementar para os servidores, implicando, dentre outras coisas, no aumento da participação governamental no financiamento da fundação” [possivelmente a GEAP].

E a resposta a esse movimento pode ser sentida com a regulamentação financeira da Portaria nº 5, de 2010, a qual se fez referência acima, que é dada pela Portaria Nº 625, de dezembro de 2012, do mesmo MPOG. A norma fixa os novos valores para o subsídio mensal, relativo à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor, ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas. A Tabela 5.15 apresenta esses valores:

Tabela 5.15 - Participação da União no Custeio da Assistência à Saúde Suplementar do Servidor Público Federal (Brasil, 2013) Renda / Idade

	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU +
Até R\$ 1.499	121,94	127,69	129,42	134,60	138,62	143,22	154,98	157,44	159,90	167,70
de 1.500 a 1.999	116,19	121,94	123,67	127,69	131,72	136,32	147,42	149,76	152,10	159,90
de 2.000 a 2.499	110,44	116,19	117,92	121,94	125,97	130,57	139,86	142,08	144,30	152,10
de 2.500 a 2.999	105,84	110,44	112,16	116,19	120,22	124,82	133,56	135,68	137,80	144,33
de 3.000 a 3.999	100,08	105,84	107,56	110,44	114,46	119,07	127,26	129,28	131,30	137,80
de 4.000 a 5.499	90,88	93,18	94,91	95,48	99,51	104,11	105,84	107,52	109,20	111,80
de 5.500 a 7.499	87,43	88,58	90,31	90,88	94,91	99,51	100,80	102,40	104,00	106,60
de 7.500 ou mais	82,83	83,98	85,70	86,28	90,31	94,91	95,76	97,28	98,80	101,40

Fonte: Anexo da Portaria 625/2012/MPOG. DOU 24/12/2012 Seção 1

Estimar o quantitativo de servidores públicos da administração direta detentores de planos de saúde com o copatrocínio do Governo Federal não é uma tarefa trivial. A assistência à saúde supletiva do servidor federal reúne tanto entidades assistenciais de direito privado, ao alcance da regulação da ANS, quanto as de direito público, desobrigadas de prestar informação e tampouco de seguir a regulação estatal da ANS. Ademais, a GEAP, com 700 mil vínculos, não tem a exclusividade da prestação da assistência à saúde suplementar dos servidores civis da União. Entretanto, o gasto tributário federal com esse contingente de pessoas foi mapeado por Ocké-Reis, Santos (2011), com base em dados disponibilizados pela Receita Federal.

Tabela 5.16 - Gasto público com assistência médica e odontológica dos servidores federais e dependentes (Brasil, 2003-2006) Em milhares de reais

Ano	Valores
2003	R\$ 881.344
2004	R\$ 960.954
2005	R\$ 1.059.028
2006	R\$ 1.140.080

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea TD 1637. Preços correntes.

De outro lado, a referida portaria nº 625 do MPOG, que fixou o subsídio para a assistência supletiva do servidor federal traz uma matriz com 80 grandezas monetárias diferentes, conforme pode ser observado na Tabela 5.15, da página anterior. Os valores variam segundo a renda e a idade do servidor, a uma razão inversa. Assim, a maior renda, na menor faixa etária, fixa o subsídio em R\$ 82,83, e a menor renda para a maior faixa etária define o subsídio mensal em R\$ 167,70 (valores para 2013).

Trata-se de estimativa necessária para a mensuração de um valor *per capita* mensal, estimado, que é dispendido pela União com a tecnoburocracia. Mas qual o uso? Comparar o *quantum per capita* que a União dispende anualmente em planos de saúde para a tecnoburocracia da administração direta, em contraposição ao valor médio anual dispendido por usuário do SUS.

Dados de Ocké-Reis, Santos (2011) indicam que o gasto público federal em saúde, segundo a execução financeira do Ministério da Saúde, foi de R\$ 40,75 bilhões no ano de 2006. Da mesma forma, esse número, trazido para 2013, atualizado pelo IPCA, seria de R\$59,74 bilhões.

Assim, o gasto *per capita* do Governo Federal com a saúde do cidadão, atendido no SUS - por simplificação, aquele que não é coberto pelo setor suplementar - *versus* o gasto *per capita* com o custeio da saúde suplementar do servidor federal podem ser expressos na Tabela 5.17. Registre-se que as referidas estimativas possuem tão somente valor para comparabilidade. Com efeito, apresentaremos na Conclusão números atualizados da conta satélite de saúde do IBGE, com valores destinados à rubrica Saúde segundo os orçamentos públicos de todas das esferas, nacional e subnacionais.

Tabela 5.17 - Gasto *per capita* estimado da União com planos de servidores *vis-a-vis* o gasto federal *per capita* com a população atendida no SUS (Brasil, 2013)

Tipo do gasto	Valores em reais
Gasto <i>per capita</i> federal anual com servidores da administração direta	1.576,92
Gasto <i>per capita</i> federal anual com usuários do SUS (exclui gasto dos Estados e municípios)	426,71

Fonte: Estimativas a partir de dados da RFB e MPOG. Elaboração própria

Cumprir observar o quão inequitativo é o sistema de saúde brasileiro. Chega-se ao estágio da comprovação de um estado de coisas em que o Governo Federal patrocina planos para seus servidores, e entrega uma assistência gratuita de forma racionada e reconhecidamente precária a contribuintes, geralmente de baixa renda, não cobertos por planos privados.

Por seu turno os trabalhadores melhor organizados conseguem benefícios assistenciais privados superiores àqueles trabalhadores com menor poder de barganha. As autogestões, muitas delas patrocinadas pelo Governo, oferecem uma gama de benesses, classificadas como generosas, aos celetistas das empresas públicas, valendo o mesmo para a maior parte das autogestões das ex-estatais privatizadas nos anos 1990.

Um percurso sobre as 2.516 cláusulas assistenciais permite verificar essa enorme disparidade de benefícios naquelas 225 categorias alcançadas pelo banco de dados do DIEESE, que acaba sendo disseminada por toda a classe trabalhadora, o que confirma, corrobora e ratifica as iniquidades de nosso sistema de saúde - por demais tratada pela literatura especializada. Tudo isso com a sanção do Estado e com a anuência dos trabalhadores. O item seguinte faz um balanço da demanda por planos de saúde no Brasil. A quem eles interessam?

### 5.3.3 Governo, empresariado e trabalhadores: a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde

A caracterização efetuada no item anterior da participação do setor Governo Federal enquanto co-patrocinador de planos de saúde para servidores da administração direta e indireta, insere-se no contexto de uma concertação neocorporativa em torno da qual o produto plano de saúde emerge com destaque. A todos interessa.

Como vimos, o desejo expresso do funcionalismo público pela cobertura supletiva ficou evidenciado no Seminário CUT/GEP, realizado em 2008, e que reuniu 36 sindicatos de servidores públicos da administração federal (Santos, 2014).

A resposta do Governo Federal veio com a atualização, em norma, de valores a serem transferidos mensalmente para o copatrocínio da saúde suplementar dos servidores públicos federais.

Assim, de forma clara, o próprio Governo não recomenda o SUS para os seus colaboradores, eis que ainda pode estar tendo um dispêndio, com a administração direta e indireta, a cifra estimada, a preços de 2014, de R\$ 3,4 bilhões, a título de copatrocínio de planos de saúde, conforme verificado no item anterior.

Ademais, conforme já abordado, ao governo interessa a indústria de planos de saúde, pois ela em tese contribui para mitigar a sua responsabilidade no baixo patamar de financiamento do SUS. Da mesma forma, nunca é demais lembrar que o Governo admite uma renúncia fiscal quando uma pessoa física ou jurídica comprova gastos privados com a assistência à saúde.

O argumento é que o artigo 196 da Constituição Federal assegura que a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e se este último, ao comparecer com uma



assistência de baixa qualidade, descumpra o dispositivo constitucional, há que se tornar os gastos privados em saúde como dedutíveis do imposto sobre a renda. Trata-se de argumento que reforça e evidencia o retorno inequitativo dos impostos, no caso, para os mais ricos.

O estudo de Ocké-Reis, Santos (2011) discrimina a renúncia fiscal presente no âmbito do Imposto de Renda Pessoa Física, ao tempo que, para o Imposto de Renda Pessoa Jurídica, ela é tão somente informada. A Tabela 5.18 traz os números da renúncia fiscal de 2003 a 2006.

Tabela 5.18 - Renúncia fiscal do IRPF segundo o tipo de gastos, e IRPJ total (Brasil, 2003-2006) - Em milhões de reais

IRPF - Tipo do gasto	2003	2004	2005	2006
Hospitais clínicas Brasil	715	870	897	1.055
Hospitais clínicas exterior	14	17	16	16
Planos de saúde	1.940	2.362	2.736	3.232
Profissionais da área de saúde Brasil	1.020	1.242	1.268	1.414
Profissionais da área de saúde exterior	55	66	58	58
Sub-total	3.744	4.557	4.975	5.775
IRPJ (geral)	2.283	2.786	3.235	3.154
Total da renúncia	6.027	7.343	8.210	8.929

Fonte: Ocké-Reis, Santos (2011). Ipea. TD 1637. Elaboração própria.

Observações: Não inclui a renúncia fiscal relacionada às filantrópicas. A renúncia com medicamentos foi inserida no montante das PJ. Interpretação combinada do art. 304 do Regulamento do Imposto de Renda com o 2º do art. 74. da Lei nº 8.383 /91.

Atualizando-se os grandes números, de 2006 para junho de 2015, pelo IPCA do IBGE, a renúncia fiscal atual estimada do IRPF, seria de R\$ 9,56 bilhões, e do IRPJ, R\$ 5,22 bilhões.

Em tese, no somatório, o Governo Federal deixa de arrecadar todos os anos R\$ 14,8 bilhões por meio desse expediente que faculta às pessoas físicas e jurídicas deduzirem gastos assistenciais, pessoais e com a força de trabalho, nas suas respectivas declarações de ajuste anual do Imposto de Renda, e ainda despense R\$ 3,4 bilhões com o patrocínio de planos de saúde para os seus servidores públicos.

Aos empresários, a gama de interesses na saúde suplementar é variada. O interesse que originalmente costuma ser mais evidente a manutenção da produtividade do trabalho em face da redução do absenteísmo, confirmada pela literatura (Cordeiro, 1984; Oliveira, Teixeira, 1984).

Defende-se ainda que, na atualidade, os planos de saúde podem se transformar em um diferencial para atrair e fixar os bons profissionais, isto é, correlacionam-se com a competitividade, um dos vieses da produtividade do trabalho. De outro lado, corresponde à autorrealização do princípio da dádiva, caracterizado por Gomes (1988 [2005]), a quem recorreremos novamente nesta tese: “Quem dá cria sempre uma relação de ascendência sobre o beneficiário, principalmente quando espera o retorno. Quem recebe cria um tipo de vínculo de compromisso, que implica na necessidade de retribuir”.

Essa ‘ideologia da outorga’ pode ser ilustrada pelas cláusulas de saúde pactuadas entre empresários e trabalhadores, disponibilizadas no Apêndice. Verificam-se pactuações de reciprocidade: o empregador oferece o patrocínio do plano de saúde ao trabalhador em troca de uma maior dedicação à empresa.

Da mesma forma interessa aos empresários a fixação do trabalhador mediante a oferta desse tipo de benefício indireto, o que não supera a relação de troca e de obrigação prevista na ideologia da outorga.

Por fim, parcela dos empresários tão somente disponibilizam planos de saúde a seus trabalhadores em função dos incentivos fiscais previstos na legislação, o que também é destacado em algumas cláusulas apresentadas no Apêndice. Há casos em que há previsão de suspensão do benefício ‘plano de saúde’ em situações de crise econômica.

Desse ponto de vista puramente financeiro verifica-se que pode não ser estável a cobertura supletiva para a assistência à saúde do trabalhador. Nesses casos a continuidade

da cobertura supletiva condiciona-se às disponibilidades do empresário, ou à continuidade das benesses estatais, consubstanciadas nos benefícios subsidiados da renúncia fiscal.

Contudo, o trabalhador é o principal interessado nessa cobertura privada, eis que ela já se apresenta como cristalizada em seu desejo de satisfação material, de diferenciação, e de obtenção de segurança assistencial, ao mesmo tempo.

Assim, esta tese pretende comunicar a desconstrução do ‘mito da demanda induzida’, evocado por parte daqueles que absolutamente creem que a demanda por planos de saúde é sempre induzida pelos empresários, interessados na pronta recuperação das suas forças de trabalho.

O mito de desfaz quando confrontado com a análise do banco de dados SACC/DIEESE. Os resultados empíricos de nosso estudo em torno das negociações coletivas entre patrões e empregados indicam que, das 1.421 cláusulas com identificação precisa de tratar-se de pauta reivindicatória de planos de saúde, exatamente 636 cláusulas, ou 45% do total, relacionam-se ao custeio do plano. Aos trabalhadores interessa salvaguardas relativamente ao custeio do plano posto que não se trata de um benefício gratuito. Cabe-lhes uma responsabilidade.

Os percentuais que cabem aos empregadores *vis-a-vis* aos trabalhadores variam. Vão desde a totalidade paga pelos empresários, à totalidade paga pelos trabalhadores. São os extremos, mais raros. Na esmagadora maioria, a conta é compartilhada, conforme cláusulas de custeio selecionadas, e demonstradas a seguir, sendo que a cláusula nº 39, abaixo, estabelece nenhum ônus para os trabalhadores.

Se de um lado há quem defenda que a concessão dos planos de saúde é uma escolha das empresas, de outro há que se considerar tratar-se, antes de tudo, de uma opção dos

trabalhadores, isto é, a eles é facultada a escolha de contratar o plano de saúde, ou não. O Anexo I traz os exemplos desse tipo de pactuação.

A Tabela 5.19 demonstra o quantitativo de todas as cláusulas de planos de saúde em que esteja prevista a participação dos trabalhadores no custeio. Mais importante, a Tabela 4.19 informa, a partir desse total, o *quantum*, relativamente ao qual, é tacitamente deferida a possibilidade do trabalhador em poder declinar da provisão de planos de saúde ofertada pelas empresas.

Tabela 5.19 - Planos de Saúde: cláusulas de custeio com condições para não-optantes (DIEESE, 1993-2012)

Cláusulas	Quantidade	%
Livre opção caracterizada	207	33%
<b>Total de cláusulas de custeio</b>	<b>636</b>	
Categoria (CCT) Livre opção caracterizada	166	
Total de cláusulas de custeio segundo as CCT	367	45%
Empresas (ACT) Livre opção caracterizada	41	
Total de cláusulas de custeio segundo os ACT	269	15%

Fonte: SACC/DIEESE

A opção pelo “não” poderia ser caracterizada, de um lado, como uma clara preferência pelo SUS, ou ainda, evidenciar uma possível dificuldade de renda, isto é, mesmo co-patrocinado pelo empregador o plano sai caro para o empregado, podendo ser considerada a alternativa renda como mais provável, perante os achados da pesquisa Ibope/IESS (2015), segundo a qual apenas 2% dos brasileiros rejeitariam os planos de saúde, tendo em vista a existência do SUS universal, sendo certo que, na hipótese de rejeição ao plano, o SUS será sempre o recurso de última instância.

Assim, os trabalhadores, ao contrário do que se possa imaginar, desejam planos de saúde, o que está expresso nos resultados do estudo empírico conduzido por esta tese com base em observações no banco de dados das contratações e dissídios coletivos de trabalho. Os dados da Tabela 5.19 denotam que não se trata de uma aceitação compulsória, mas de uma reivindicação, que expressa um desejo de consumo de um bem que possa trazer maior segurança assistencial.

A interpretação dos dados da Tabela 5.19 permite aferir que, em 33% das cláusulas de saúde que tratam especificamente do custeio do produto planos de saúde, é facultada aos trabalhadores a condição de não-optante, ou seja, cabe a ele a exclusividade de declinar ou aceitar. É preciso acrescentar que a inexistência desse tipo de ressalva nos demais 67% das cláusulas não implica que esteja caracterizada uma ‘opção forçada’.

O referido índice de possibilidade de escolha é maior ainda entre as categorias, isto é, nos acordos firmados que resultam das convenções coletivas de trabalho. 45% das cláusulas de custeio de planos preveem a livre escolha do trabalhador no que se refere à adesão a esquemas suplementares de atenção à saúde.

Esse mesmo índice cai a 15% na situação dos acordos coletivos, firmados entre as empresas, em geral médias e grandes corporações, as quais oferecem benefícios generosos aos trabalhadores, de sorte que a condição de não-optante seja comparável a um *outlier*, em termos estatísticos.

Para concluir essa parte, verificou-se aqui o posicionamento dos empresários, do Governo e dos trabalhadores em torno dos planos de saúde, uma concertação que assume caráter neocorporativo no instante em que esses grupos de interesses distintos reúnem-se em torno de um objetivo comum, a proteção social que assegura uma cobertura privada

de saúde para o trabalhador, o que assegura a manutenção da ordem, e contribui para a produtividade do trabalho.

Com efeito, este capítulo reuniu os elementos decisivos para a verificação das hipóteses desta tese, segundo as quais, de um lado, o neocorporativismo teria influenciado as políticas de saúde no Brasil, notadamente a expansão e a consolidação da saúde suplementar, ocorrida a partir dos anos 2000; e de outro, averiguar se os pactos neocorporativos foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou pela adesão a planos de saúde em vez de aderir ao SUS.

Será possível identificar, nas relações neocorporativas, as forças motrizes da saúde suplementar no Brasil contemporâneo? O neocorporativismo trouxe mudanças favoráveis ao mundo do trabalho? As respostas a essas perguntas poderão ser obtidas no Capítulo 6, a seguir.

## 6 NEOCORPORATIVISMO E SAÚDE SUPLEMENTAR: LIGAÇÕES PERIGOSSAS

*“Uma ilusão não é a mesma coisa que um erro; tampouco é necessariamente um erro (...) Foi uma ilusão de Colombo acreditar que descobrira um novo caminho para as Índias. O papel desempenhado por seu desejo nesse erro é bastante claro. (...) O que é característico das ilusões é o fato de derivarem de desejos humanos (...) Podemos chamar uma crença de ilusão quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação”*  
Sigmund Freud, (1927 [1974]).

Os elementos indiciários do predomínio das relações neocorporativas no Brasil foram sistematicamente sendo reunidos, de forma incremental, nesta tese. Eles podem ter se estendido para o campo da saúde suplementar, a partir da administração Lula.

Promoveu-se a identificação conceitual das relações neocorporativistas no Capítulo 3, até a constatação da presença dos primeiros traços dessas práticas no Brasil, ao longo do processo constituinte, após a redemocratização dos anos 1980, assuntos tratados no Capítulo 4.

Por iniciativa preliminar do sindicalismo de resultados de Medeiros e Magri, esses traços neocorporativos difundem-se no movimento sindical a partir da adesão da CUT ao sindicalismo de negociação, em meados dos anos 1990. Posteriormente verifica-se a consolidação desse método com a eleição do ex-presidente Lula em 2003.

Complementa-se o argumento com as impressões de Alves (1993), para quem “o novo sindicalismo, ao expressar a emergência de uma reordenação neocorporativa do movimento sindical, de perfil mais mercantil e utilitarista, estaria presente, na forma da noção de interesse, tanto no sindicalismo ‘cutista’, quanto no ‘sindicalismo de resultados’ de Medeiros e Magri, bem como na Força Sindical”.

Com efeito, na fase neocorporativista experimentaram-se no país tempos de paz nas relações capital-trabalho. O grevismo, e seu patrono, o sindicalismo de confrontação,

viu esmaecer o seu ímpeto nas duas últimas décadas. A agitação, o conflito permanente, deram lugar ao espírito da cooperação e participação dos trabalhadores no jogo político. Vale registrar que a partir da eleição de Lula membros da CUT passam a participar do governo.

Em seguida, o Capítulo 5 destacou uma notória articulação entre Estado, capitalistas e trabalhadores, de caráter informal, conforme se acontecer no neocorporativismo, para assegurar, no âmbito do mundo da produção, uma assistência à saúde com cobertura eminentemente privada, com o patrocínio de recursos do Estado, do empresariado, e dos próprios trabalhadores, sejam eles do setor público ou do setor privado. Enfim, com financiamento tripartite.

Naquele capítulo foram discutidas as razões, o contexto econômico, e as preferências claras da população, e dos trabalhadores organizados, pelos planos de saúde.

Em suma, verificou-se até o momento que o Governo estimula o setor privado da saúde suplementar em duas frentes: com os subsídios da renúncia fiscal, e com o copatrocínio de planos privados para os servidores públicos; o empresariado aporta recursos para o financiamento dos mesmos esquemas, também a título de copatrocínio; e os trabalhadores, com apoio dos sindicatos, aderem aos esquemas particularistas por sua própria vontade, em busca de satisfação do interesse material imediato.

Por seu turno, o empresariado setorial, isto é, os capitalistas proprietários das operadoras e seguradoras de saúde, também atuam fortemente influenciando a regulação, e sua ação estaria a revelar os elementos contemporâneos do assentamento tácito das práticas neocorporativas em nossas relações políticas, de sorte que o apogeu do neocorporativismo enunciado no título do Capítulo 5 é absolutamente sacramentado no Governo Dilma (I), quando este parece atingir o seu ápice.



Antes, porém, o processo de discussão das hipóteses, que associam a consolidação da saúde suplementar ao neocorporativismo, passa pela evolução político-institucional da ANS, e do respectivo processo de implementação do marco legal regulatório de responsabilidade da Agência. Esta tese separa o processo evolutivo em duas fases, dois instantes: o primeiro, de 2000 a 2009, quando o marco legal se consolida. E o segundo, de 2010 aos dias atuais, quando se tornam evidentes os indícios de captura regulatória.

Assim, as hipóteses serão demonstradas de forma intercalada entre esses dois períodos da regulação setorial, o da consolidação, e o da captura. É o que se segue.

## **6.1 O processo político-institucional da ANS e avanços do marco regulatório até 2010**

### **6.1.1 Marco inaugural da regulação setorial**

Preliminarmente, cumpre nesse instante uma breve visão geral sobre os primeiros 10 anos da regulação ANS, que procedeu à regulamentação da Lei 9.656/98, que define o marco regulatório da saúde suplementar.

A ANS foi criada no ano 2000, para regular um setor que já operava com desenvoltura desde os anos 1980, a partir da extinção dos convênios-empresa, que podem ser considerados como o programa-piloto do atual vigoroso setor da saúde suplementar.

Com efeito, a regulação da ANS se distingue das demais agências reguladoras pois, se de um lado o setor da saúde suplementar apresenta um perfil econômico, afinal as operadoras recolhem contraprestações antecipadas de seus clientes a preço pré-estabelecido para uma prestação ulterior de procedimentos médico-hospitalares, portanto, gerenciam riscos atuariais e financeiros; de outro, o setor também tem um perfil assistencial, eis que provê assistência médica aos beneficiários dos planos de saúde. O

regulador tem a missão de acompanhar, simultaneamente, a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira do mercado regulado.

Trata-se de um mercado que praticamente não contou com a presença efetiva da regulação estatal até o advento das leis 9.656/98 (marco regulatório) e 9.961/2000 (cria a ANS), o que levou esse setor a práticas consideradas abusivas: a) reajustes nos prêmios elevados; b) prazos excessivos de carência; c) restrições no atendimento, em função da exclusão ou limitação, em contrato, da cobertura de procedimentos de alto custo (Gouveia, 2004).

Assim, iniciada a regulação da ANS, foram adotadas as principais diretrizes (Gouveia, 2004):

- 1) criação de mecanismos para exigir das operadoras a responsabilidade pela manutenção e qualidade da atenção à saúde prestada;
- 2) estruturação de política de informação e de coleta de dados do mercado de saúde suplementar;
- 3) disciplinados critérios de ingresso, operação e saída do setor;
- 4) definição dos instrumentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras;
- 5) formação do cadastro de beneficiários (SIB);
- 6) definição de condições essenciais para registro de produtos;
- 7) regulamentação preliminar do arcabouço legal fiscalizatório;
- 8) definição de critérios para o saneamento econômico e profissionalização do mercado;

9) exigência de apresentação de plano de contas contábil padrão e do envio periódico de informações econômico-financeiras;

10) instituído o Sistema de Informações de Produtos - SIP, com dados sobre a produção em saúde;

11) fixação de normas para reajustes dos contratos individuais e definição de sistemas de acompanhamento da variação de preços dos contratos coletivos empresariais;

12) iniciados os estudos para a atualização do rol de procedimentos.

Por fim, é importante destacar que o período inicial de dez anos da regulação, isto é, desde as indicações da administração FHC, que correspondem ao primeiro mandato de três anos dos gestores da ANS, até a composição dos quadros da ANS no período 2003 a 2010, indicados durante a administração Lula, muito se avançou no marco regulatório.

Assim, tanto nos instantes iniciais da ANS, quanto nos anos seguintes, até meados de 2010, o marco institucional regulatório foi construído para que uma gestão eficaz da ANS sobre o mercado regulado fosse possível. Esse ponto de vista favorável pode ter se alterado na contemporaneidade.

#### 6.1.2 Os dois marcos: avanços do marco regulatório na Era Lula e a presença de traços neocorporativistas na ANS

Em 2003 toma posse uma segunda geração de dirigentes, já no Governo Lula. Essa fase pode ser considerada como uma fase de consolidação das melhores práticas regulatórias possíveis para a saúde suplementar brasileira, isto é, constrói-se um modelo eficaz de regulação, o que não implica na desejada eficiência dessas mesmas práticas.

Não obstante, novos avanços foram alcançados na regulação econômica, notadamente quanto ao efetivo gravame das garantias financeiras pela ANS, importante para prover a continuidade assistencial em situações de insolvência de operadoras.

Avanços também ocorreram no campo da regulação assistencial, em que houve a atualização do rol de procedimentos médicos, que incluiu uma série de novos procedimentos, a despeito da resistência do mercado regulado, que entendia que a maior extensão do rol de procedimentos tornaria o negócio menos rentável, e encareceria os novos produtos a serem comercializados, afetando-se a competitividade e expondo as operadoras a maiores riscos financeiros.

São desse período os seguintes avanços institucionais e do marco regulatório, conforme trechos extraídos do Relatório de Gestão ANS 2003-2010:

(...) Formulação da política de informação da ANS para desenvolvimento da ação regulatória, eis que a Tecnologia de Informação (TI) é imperativa para o processo regulatório da saúde suplementar; (...)

(...) Indução de um novo paradigma de modelo assistencial: esforço da ANS visa ao desenvolvimento de modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nesses termos foram empreendidas as seguintes ações: revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Produtos (SIP); elaboração dos Manuais Técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar; inclusão de profissionais não médicos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; (...)

(...) Regulação dos produtos (planos de saúde): efetivadas a contratualização nas relações entre operadoras e prestadores de serviços médicos, hospitalares e de odontologia; adequação dos instrumentos jurídicos firmados entre operadoras e clientes individuais ou corporativos, de sorte a refletirem o estabelecido no marco legal do setor; (...)

(...) Monitoramento das Operadoras e o Saneamento do Mercado: estabelecidas regras prudenciais fundamentadas em parâmetros técnicos com vistas à maior segurança ao beneficiário na busca pela solvência do setor. As exigências podem ser divididas entre regras patrimoniais, margem de solvência e patrimônio mínimo ajustado

e constituição das provisões técnicas, entre elas a Provisão de Risco, Peona, provisão para remissão e demais provisões técnicas com metodologia própria a ser aprovada pela ANS (ANS, 2010).

Aqui cabe um parêntese: segundo Gouveia (2004), “a exigência de constituição de ativos garantidores de provisões técnicas [acima referidas no Relatório] pelas operadoras levou, até dezembro de 2003, à acumulação de um patrimônio na ordem de R\$ 1,36 bilhão, devendo-se ressaltar que as seguradoras acumulam 68% do total provisionado, o que representam quase R\$ 1 bilhão”.

Pois, então, a esse respeito é importante registrar que o volume total das garantias financeiras a serem aprovisionadas não sofria o gravame direto pela ANS. Apenas no caso das seguradoras esse gravame ocorria, uma vez que essa modalidade de operadora de saúde seguia desde muito o arcabouço regulatório da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda. Mesmo assim o gravame era feito pelo DEMAB, do Banco Central do Brasil. Dessa forma, apenas a partir de 2007, com a edição da RN 159, o referido gravame passa a ocorrer no âmbito da ANS.

Assim justifica o Relatório de Gestão (ANS, 2010):

“A evolução do normativo de ativos garantidores veio com a publicação da RN nº 159, em julho de 2007, lançada simultaneamente com as novas regras de garantias financeiras, e que, além de modernizar a norma, trouxe a necessidade de vinculação à ANS dos títulos, valores mobiliários e imóveis destacados pelas operadoras como lastro das provisões técnicas. A partir de então, a ANS passa a controlar de forma direta o volume de recursos orientados para fazer frente aos riscos assistenciais das operadoras”.

Outros fatos considerados avanços do marco regulatório estão registrados no referido Relatório (ANS, 2010):

Desenvolvimento institucional: a Lei n.º 10.871/2004, possibilitou, mediante a realização de concurso público, a criação de carreiras e a organização dos quadros efetivos das agências reguladoras, estabelecendo as condições finais necessárias ao pleno exercício de suas atribuições. (...)

(...) Dinamização do processo sancionador e das ações fiscalizatórias: desconcentração administrativa e decisória; mudança metodológica dos processos fiscalizatórios implicando maior agilidade no atendimento às demandas individuais e aumento da capacidade de intervenção coletiva. (...)

Articulação institucional: garantir a interlocução entre diferentes instituições com objetivos similares, dentre eles os órgãos e entidades do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e as centrais sindicais e potencializar, junto com a ANS, suas ações em prol do interesse público. Dessa forma, vêm sendo construídas parcerias entre a ANS e o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e as Centrais Sindicais por meio da assinatura de Acordos de Cooperação Técnica.

As parcerias buscam desenvolver ações para fortalecer a consciência dos consumidores/beneficiários sobre seus direitos e deveres em suas relações de consumo de planos de saúde, bem como para os instrumentalizar para as negociações coletivas nesse campo, no caso dos trabalhadores. Grifos meus.

De 2007 a 2009, foram assinados 23 acordos de cooperação técnica com parceiros que incluem órgãos de defesa do consumidor estaduais e municipais, Defensorias Públicas e Centrais Sindicais (...).

Dessa forma, correspondendo ao receituário neocorporativista que inclui capital, trabalho e governo na formulação das políticas públicas, a administração da ANS na era Lula favorece a aproximação da regulação setorial com o mundo do trabalho, o DIEESE, e as centrais sindicais.

Sobre esse aspecto, segundo Alves (1993), uma vez que o Estado “detém os recursos da autoridade pública, mantém-se um fator de sujeição dos grupos ou classes sociais, que dependem de sua anuência para entrar no jogo político institucionalizado. Ao conceder a estes [grupos de interesse] autoridade pública e poder de intervenção política, o Estado neocorporativo legitima o interesse particular identificado na organização social”.

Sobre o envolvimento dos trabalhadores com a ANS recorreremos ainda ao registro de Santos (2014):

“O movimento de aproximação das Centrais Sindicais junto à ANS está documentado ainda em eventos como o Fórum de Saúde

Suplementar, organizado em 2003 pela Agência, e o Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, de 2008. Tais eventos, contando com a expressiva presença das centrais sindicais, assumia como tema básico a melhoria e estruturação da oferta supletiva dos serviços de saúde no Brasil, a partir da capacitação de lideranças sindicais. Esta lógica de aproximação entre o campo sindical e o setor supletivo, compareceria em muitos eventos que se realizaram posteriormente, como o seminário nacional intitulado O trabalhador e a saúde suplementar, e suas quatro edições regionais, realizadas pela ANS em convênio com o DIEESE”.

Com efeito, o neocorporativismo na ANS só é realçado no período que coincide com a administração Lula, que permite que trabalhadores sejam ouvidos no âmbito de uma das diretorias da ANS, participando indiretamente da formulação da política regulatória.

Essa política, que aproxima os trabalhadores do processo decisório, poderia corresponder a um contraponto, perante a mesma política de cunho neocorporativo, que recepciona quadros do empresariado das operadoras de saúde nas diretorias da ANS, conforme o registro contemporâneo de Bahia, Scheffer (2013), os quais denunciam a ‘porta giratória’ regulação-mercado.

Vale ressaltar que a informação pública no sítio da ANS nunca procurou omitir esse vínculo de diretores com o mercado, salvo quando não informado pelo interessado, conforme o ruidoso caso de ex-diretor da ANS, demitido pela presidente Dilma em outubro de 2013 por ter omitido, em seu currículo enviado ao Senado Federal - que o havia sabatinado e aprovado a sua indicação para uma das diretorias - ter advogado para uma das maiores operadoras de saúde do país.

Em suma, na Era Lula participavam da gestão da ANS diretores indicados por partidos políticos, sustentados por operadoras de saúde, e ainda apoiados pelo mundo do trabalho. O neocorporativismo ascende à esfera da regulação da saúde suplementar, e,

posteriormente, passa a ter o domínio sobre os rumos da regulação da saúde suplementar no Brasil pós-Lula, já na administração Dilma I.

Não obstante, o relato feito até então procurou evidenciar que, tanto nos primeiros anos da ANS, no período FHC, quanto na Era Lula, o marco regulatório avançou, de forma correspondente: logo de início, no período de sua implementação, e em seguida, em seu desenvolvimento nos anos seguintes, e, aqui, é importante registrar que as gestões da ANS foram exitosas nesse particular.

Em tão pouco tempo, cerca de dez anos, construiu-se, tornou-se viável, ante a busca de *compliance* por parte dos próprios regulados, e pôs-se em prática, ainda que parcialmente, um arcabouço regulatório sofisticado. Cabe ainda registrar que a ANS conta com um corpo técnico concursado, altamente qualificado, e bem remunerado.

Continuando, já sob a égide do neocorporativismo de Lula, as indicações para compor a diretoria da ANS, da mesma forma, seguiam critérios técnicos. No entanto, no que concerne à gestão da ANS, Lula recepciona a política, o empresariado do setor, e ainda o movimento dos trabalhadores, seguindo intuitivamente o receituário da teoria neocorporativista.

Assim, a partir da Era Lula, surgem as primeiras evidências da presença de relações políticas neocorporativistas, não mais apenas no País, mas também na ANS e na saúde suplementar.

Ex-colaboradores das operadoras de saúde, ou pessoas indicadas por elas, passam a ocupar diretorias da ANS, nas duas gestões coincidentes com o mandato presidencial de Lula. Ao mesmo tempo, os trabalhadores são ouvidos no processo da formulação da



política regulatória, sobre assuntos de seu interesse, e seu apoio se transmuta em capital político.

Contudo, ainda em 2009, toma posse na diretoria da ANS um proprietário capitalista de operadora de saúde, do segmento administradora de planos de saúde, que agora vai se juntar a outro indicado pelo mercado, ampliando a presença do capital no comando, e na gestão regulatória pública, da saúde suplementar.

A influência dos capitalistas do setor, e o interesse em ocupar o espaço formal da ANS, crescem ao término do 2º mandato do médico nomeado por Lula para presidir a ANS, lá atrás, ainda nos idos de 2003.

Assim, ao fim do mandato deste primeiro nome indicado por Lula para presidir a Agência, toma assento na cadeira de Presidente da ANS, no 2º trimestre de 2010, um capitalista do setor. Para compor a direção da ANS, desvinculou-se dos seus empreendimentos capitalistas.

Assim, após termos concluída essa visão geral dos primeiros 10 anos da regulação da saúde suplementar, entende-se que esta tese reúne as condições para a demonstração de sua primeira hipótese.

## **6.2 A discussão da hipótese primeira: o neocorporativismo influenciou a consolidação da saúde suplementar no Brasil?**

Estabelecer um elo entre as relações neocorporativistas e a consolidação da saúde suplementar é uma tarefa que requer aproximações analíticas sucessivas, até se chegar a bases vinculantes aceitáveis.

Em primeiro lugar, “a concertação neocorporativa é essencialmente informal, seus fundamentos refletem o desejo de promover o consenso social e de assegurar uma trajetória econômica estável”, conforme nos ensinou Harcourt (2000).

Assim, como estabelecer um vínculo formal entre neocorporativismo e saúde suplementar a partir de uma relação informal?

Desde que fundamentados em fatores multidimensionais caracterizadores da presença das relações neocorporativas no ambiente socioeconômico e político, relações essas capazes de terem induzido a consolidação da indústria de planos e seguros saúde em nosso país.

Conforme abordado no Capítulo 3 desta tese, a concertação neocorporativa teve seus primeiros movimentos identificados no Brasil durante o Governo Sarney. O Governo coordenava o processo, articulava o consenso entre trabalhadores e empresários em torno da meta maior do crescimento econômico, e do controle da inflação.

A concertação envolvia a ação do sindicalismo de resultados de Medeiros e Magri, na tentativa de se estabelecer um pacto de união nacional após o término do regime militar. A tentativa de Sarney não foi bem-sucedida, o que não foi suficiente para descaracterizar que a busca de um pacto naquele tempo correspondesse ao momento embrionário das relações políticas neocorporativistas no país.

Na ocasião, os capitalistas criaram o Fórum Informal de Empresários para o encaminhamento de suas propostas, fazendo emergir, *de facto*, o não-formalismo, como uma característica desse tipo de relação política, o neocorporativismo, que, de resto, encontra-se bastante caracterizado no Capítulo 3.

Conforme se avaliou ainda no Capítulo 3, a CUT não participou da concertação neocorporativa de 1987, preferindo continuar alinhada ao sindicalismo de confrontação que caracterizara sua atuação nos anos 1980.

Medeiros, que nunca foi da CUT, propalava, na ocasião, que o sindicalismo brasileiro deveria aprender com os sindicatos da Europa a negociar, posto que os sindicatos de contestação não haviam vencido em parte alguma do mundo. Tratava de repercutir no Brasil, de forma intuitiva, o instante do florescimento, na Europa, do neocorporativismo como alternativa ao sindicalismo de confrontação, para o fito da governabilidade e da estabilidade econômica.

O dado importante a destacar é que, nas relações neocorporativas, o movimento sindical é trazido para o centro das decisões harmônicas, tripartites, entre Estados, mercados e representações sindicais.

Posteriormente, no início dos anos 1990, a CUT cede ao neocorporativismo, no instante em que passa a integrar as câmaras setoriais da indústria automobilística, durante a administração Itamar, e posteriormente, FHC (Alves, 2001).

Contudo, é a partir do Governo Lula que são fornecidos os registros importantes de que o neocorporativismo no Brasil se firmava como relação política predominante.

A vitória de Lula em 2002 é comemorada pelos trabalhadores no 8º CONCUR, em 2003: “após anos de derrotas do sindicalismo combativo impostas pelos sucessivos governos neoliberais, a ascensão de Lula à Presidência da República dá um novo alento à estratégia da central de alterar a correlação de forças na sociedade, no que marcaria um novo e promissor período histórico na política brasileira”. (Sória-Silva, 2005).

Segundo Sória-Silva (2005), concomitante à posse de Lula a CUT migrava da lógica do sindicalismo-movimento, de aspirações anticapitalistas, para a lógica do sindicalismo-organização, em que a institucionalização do movimento sindical o converte em estrutura reformadora do sistema social e econômico”.

De forma contundente o próprio presidente da República recém-eleito, em seu discurso de abertura no 1º Fórum Nacional do Trabalho (FNT), afirmara, em 2003, que o tempo de ser sindicato apenas de contestação já havia passado (Sória-Silva, 2005).

Conforme também destacado no Capítulo 3, a Carta ao Povo Brasileiro não deixava dúvidas dos evidentes traços de uma promissora concertação neocorporativa, pronta a unir o governo, os trabalhadores e o empresariado, em torno da meta maior do crescimento econômico, do respeito aos contratos, e da efetiva distribuição de renda com controle da inflação.

Com efeito, a partir do Governo Lula “viu-se progressiva reativação do mercado de trabalho formal, das oportunidades de negócios e do trabalho autônomo melhor remunerado, reforçados pela expansão do crédito ao consumo e pela política de aumento real do salário mínimo, que também se refletiu nos benefícios previdenciários” (Quadros, Gimenez, Antunes, 2013).

A política de aumento real do salário mínimo, estendida aos menores benefícios previdenciários, assegurou da mesma forma a distribuição da renda aos aposentados que percebiam rendimentos nesta faixa de renda. A esse grupo também foi estendido o crédito.

E a própria a expansão generalizada do crédito refletiu-se no aumento da capacidade de consumo, o que favoreceu o ambiente de negócios, contribuindo para que os empresários auferissem ganhos extraordinários.

A conjugação desses elementos, associados aos bons ventos da economia internacional, geraram taxas de crescimento moderadas, porém contínuas. Nesse tempo experimentava-se no país a consolidação dos fundamentos do neocorporativismo, nas variadas relações socioeconômicas.

Alguns dados econômicos são oferecidos a título de ilustração, conforme as Tabelas 6.1, e 6.2.

Tabela 6.1 - Salário Mínimo e Inflação (Brasil, 2003-2010)

	Salário (R\$)	variação nominal do SM	IPCA (nº índice)	nº de meses	IPCA - Variação no período
1.04.2002	200		1839,61		
1.04.2003	240	20,0%	2144,49	12	16,6%
1.05.2004	260	8,3%	2279,15	13	6,3%
1.05.2005	300	15,4%	2463,11	12	8,1%
1.04.2006	350	16,7%	2571,83	11	4,4%
1.04.2007	380	8,6%	2647,88	12	3,0%
1.03.2008	415	9,2%	2759,83	11	4,2%
1.02.2009	465	12,0%	2906,74	11	5,3%
1.01.2010	510	9,7%	3017,59	11	3,8%
<b>Variação acumulada</b>		<b>155,0%</b>			<b>64,0%</b>

Fontes: Guia trabalhista, Disp. em [http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario\\_minimo.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm); IBGE (para IPCA).

A Tabela 6.1 aponta com clareza o processo de distribuição de renda. O salário mínimo teve um aumento muito superior à inflação acumulada durante os dois mandatos do presidente Lula. Evolui 155%, enquanto que a inflação medida, para os períodos exatos em que ocorreram os reajustes, correspondeu a 64%. Assim, o aumento real do salário mínimo na Era Lula foi de generosos 55,5%.

Tabela 6.2 - Relação Crédito/PIB (Brasil, 2002-2010)

dez/02	24%
dez/03	26%
dez/04	27%
dez/05	30%
jun/06	32%
dez/07	35%
dez/08	40%
dez/09	43%
dez/10	44%

Fonte: Banco Central do Brasil.

A Tabela 6.2 confirma a expansão do crédito no país. Em 2002, término da gestão FHC, a relação ‘nível de crédito relativamente ao PIB’ era de 24%. Ao final de seu mandato, Lula havia estimulado a expansão do crédito em 20 pontos percentuais, elevando-o a 44% do PIB.

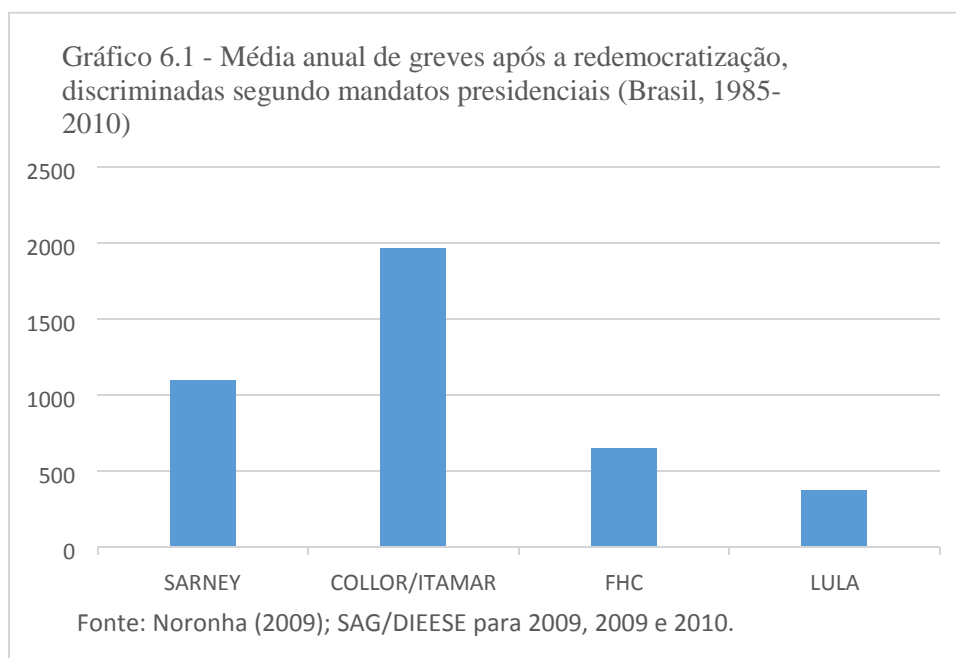
Conforme apontado no Capítulo 3, esse ambiente de crescimento econômico com distribuição de renda era esperado no país, ainda no Governo Sarney. A concertação em torno de um pacto social, que a bem da verdade fracassara, previa, por parte dos trabalhadores, dentre outras demandas, a manutenção do poder de compra dos salários, leia-se, controle da inflação; a retomada do investimento produtivo, capaz de gerar emprego e renda; e a remuneração justa aos aposentados. Da parte do empresariado esperava-se o incentivo governamental à retomada do investimento produtivo e, sobretudo, uma trégua nas greves.

Pois essa cena projetada ainda no Governo Sarney, no período que chamamos de

“primórdios da concertação neocorporativa no Brasil”, tornou-se realidade factual na Era Lula.

Nesses termos, o crescimento do PIB brasileiro se fez acompanhar da distribuição da renda, da expansão do crédito, e teve o benefício de conviver com uma taxa de inflação comportando-se dentro das metas fixadas pelo Banco Central, tendo efetivamente se verificado evidências de um crescimento sustentado no país durante essa fase. E os conflitos capital-trabalho reduziram-se sobremaneira, conforme indica o Gráfico 6.1, a seguir.

Cumprir antes ressaltar que as greves começam a se arrefecer ao longo do mandato presidencial de FHC. Data dessa época o início da participação da CUT nas Câmaras Setoriais do setor automobilístico, segundo evidenciado no Capítulo 3 deste trabalho. A bem da verdade, entre o primeiro e o segundo mandatos de FHC, já era perceptível uma forte redução do ritmo das greves no país. Em FHC I a média anual fora de 865 greves, enquanto em FHC II a média caíra para 440 greves anuais (Noronha, 2009).



Com efeito, o item 3.2.4 desta tese, intitulado “A CUT rende-se ao neocorporativismo”, marca em definitivo o início da consolidação das relações políticas neocorporativistas em nosso país. Em seguida o grevismo atinge seu piso na Era Lula. Ex-dirigentes da CUT passam a compor o governo, como é o caso de Luiz Marinho, que foi presidente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC por três mandatos, em seguida, em 2003, elegeu-se presidente da CUT, e em 2005 assume o Ministério do Trabalho de Lula.

Relativamente ao nosso contexto, o da saúde suplementar, tendo em vista toda a abordagem do último subitem do Capítulo 5, “5.3.3. Governo, empresariado e trabalhadores: a concertação neocorporativa em torno dos planos de saúde”; e ainda levando-se em conta as considerações do item 6.1 do presente capítulo, que traz importantes registros dos efeitos da presença das relações políticas neocorporativistas no país; há por fim que se registrar que o cenário político e econômico favorável da Era Lula sensibilizou a demanda, pelos trabalhadores por planos de saúde.

Esse mercado, conforme se viu nesta tese, é sensível ao aumento do emprego e da renda. Como na Era Lula observou-se progressiva reativação do mercado de trabalho formal e também das oportunidades de negócios, conforme evidenciado por Quadros, Gimenez, Antunes (2013), com efeito, ‘o espetáculo do crescimento’ foi estrelado pela saúde suplementar. No entanto, apenas o aumento da renda não é suficiente para explicar o desempenho do setor, pois segundo Bahia (2013), os períodos recessivos também foram favoráveis às transações que envolvem a assistência à saúde.

Para além dos registros da teoria econômica, o *boom* dos planos de saúde de assistência médica de contratação coletiva sobrepôs-se ao crescimento do PIB, conforme discutido no Capítulo 5.



Tabela 6.3- Crescimento econômico médio e acumulado *vis-a-vis* o desempenho da saúde suplementar (Brasil, 2003-2010)

Varição acumulada do PIB no período	37,1%
Taxa média anual de crescimento do PIB	4,02%
Varição acumulada dos vínculos a planos de saúde no período	42,6%
Taxa média anual de crescimento dos planos de saúde	4,53%

Fonte: SIB/ANS e Séries Temporais do Banco Central do Brasil segundo cálculos atualizados do IBGE.

Conforme se depreende da Tabela 6.3, o crescimento real do PIB acumulado na administração Lula superou os 37%, todavia os planos de saúde na modalidade de assistência médica avançaram praticamente 43%. Isso não é trivial.

Soma-se a esse feito o incentivo governamental dado ao setor, não aquele promovido pela renúncia fiscal, mas o incentivo dado ao setor de forma direta, via patrocínio de planos privados de saúde para a tecnoburocracia pública.

O auxílio à saúde do servidor fora regulamentado na Era FHC, conforme estabelecido no Decreto nº 2.383, de 12.11.1997, do qual reproduzimos trechos a seguir:

Art. 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, suas autarquias e fundações instituídas ou mantidas pelo poder público e as empresas constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, para a concessão de benefícios com assistência à saúde de seus servidores e dependentes, não poderá [exceder] à dotação consignada nos respectivos orçamentos de 1998.

Art. 2º Fica vedado, no exercício de 1998, o encaminhamento ao Ministério do Planejamento e Orçamento de solicitação de crédito adicional para custear benefícios com assistência, qualquer que seja a fonte de recursos.

Art. 3º Os órgãos e entidades abrangidos por este Decreto deverão, até 31 de dezembro de 1997, adequar seus planos de assistência à saúde, ao limite estabelecido ni "caput" do artigo 1º desde Decreto.

Art. 4º Fica autorizada a inclusão de pensionistas vinculados aos órgãos e entidades, abrangidos por este Decreto, nos respectivos planos

de assistência à saúde, desde que integralmente custeado pelo beneficiário.

Art. 5º Fica autorizada a ampliação de benefícios que impliquem custo superior ao limite estabelecido no "caput" do artigo 1º desde Decreto, desde que a diferença de valor seja custeada pelos beneficiários.

Art. 6º As disposições deste Decreto aplicam-se, também, aos casos de plano de assistência à saúde administrado pelo próprio órgão ou entidade.

(...)

O Decreto em si não tem grande importância. Sua característica principal foi ter sido o marco legal de uma prática vigente desde o regime militar, ou, segundo Santos (1979), desde o Império. A matéria foi tratada no bojo de um conjunto de reformas administrativas promovidas pelos 'tucanos', no mesmo instante em que se debatia no Congresso a Lei Geral dos Planos de Saúde, sancionada um ano depois, a lei 9.656/98.

Com efeito, o Decreto de FHC denota preocupação em impor limites, conforme os artigos 1º, 2º e 5º, além de estabelecer ônus integral para o pensionista (Art. 4º). Todavia não restou claro no texto o benefício pecuniário médio estendido ao servidor.

Contudo, foi na Era Lula que a matéria teve um tratamento especial, sendo observável a incorporação tácita do segmento das operadoras privadas de saúde como provedoras da atenção à saúde dos servidores da União. Nesses termos a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG trata de maneira especial, em seus normativos, da assistência suplementar à saúde do servidor federal, conforme demonstrado no Quadro 6.1, a seguir.

Cumprе salientar que o Decreto 2.383/97 de FHC foi revogado pela norma imediatamente expressa no Quadro 6.1, valendo o mesmo para a sequência de portarias,

a última sempre a revogar a anterior. Entretanto, o Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, de Lula, continua a vigor.

Quadro 6.1 – Regulamentação da assistência suplementar ao servidor federal

NORMA	ASSUNTO	PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES/ACRÉSCIMOS
Decreto Nº 4.978, de Fev 2004 (Obs.: a redação foi alterada, pontualmente, pelo Dec. 5010 de Março 2004)	Dispõe sobre a assistência à saúde do servidor.	A assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, cujo custeio é de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante: I- Convênios (com autogestões estatais) II – Contratos
Portaria MPOG/SRH nº 1.983, de Dez 2006	Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo e seus dependentes e pensionistas.	Art. 2º A assistência à saúde suplementar dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada mediante: I - rede do SUS; II - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão; III - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde (...) IV - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou V - auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento. Art. 11. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 5º desta Portaria é de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações, (...) e dos próprios servidores (...).
Portaria Normativa MPOG/SRH nº 1, de Dez 2007	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Altera o Caput do Art. 2º da Portaria 1.983/06: Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante: Seguindo-se inalterado o demais estabelecido no Art. 2º.
Portaria Normativa MP/SRH nº 3, de Jul 2009	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Inclui um §2º que trata das autogestões patrocinadas. Art. 2º (...) § 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.
Portaria Normativa nº 5, de Out 2010	Assunto repete aquele da Portaria 1983 do MPOG/SRH	Traz alterações nos anexos, não relevantes para a tese.

Pouco mais de dois anos após o decreto presidencial 4.978/04 a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, posteriormente apenas do MP, passou a definir tudo sobre a matéria. As portarias passam a apontar o SUS como prestador. Registramos que após a análise comparada das normas no Quadro 6.1, o que importa acrescentar nesse instante é que o vocábulo ‘operadora de saúde’ surge claramente nos decretos em 2006, sancionando a cobertura supletiva para o servidor federal, a ser provida pelo mercado da saúde suplementar.

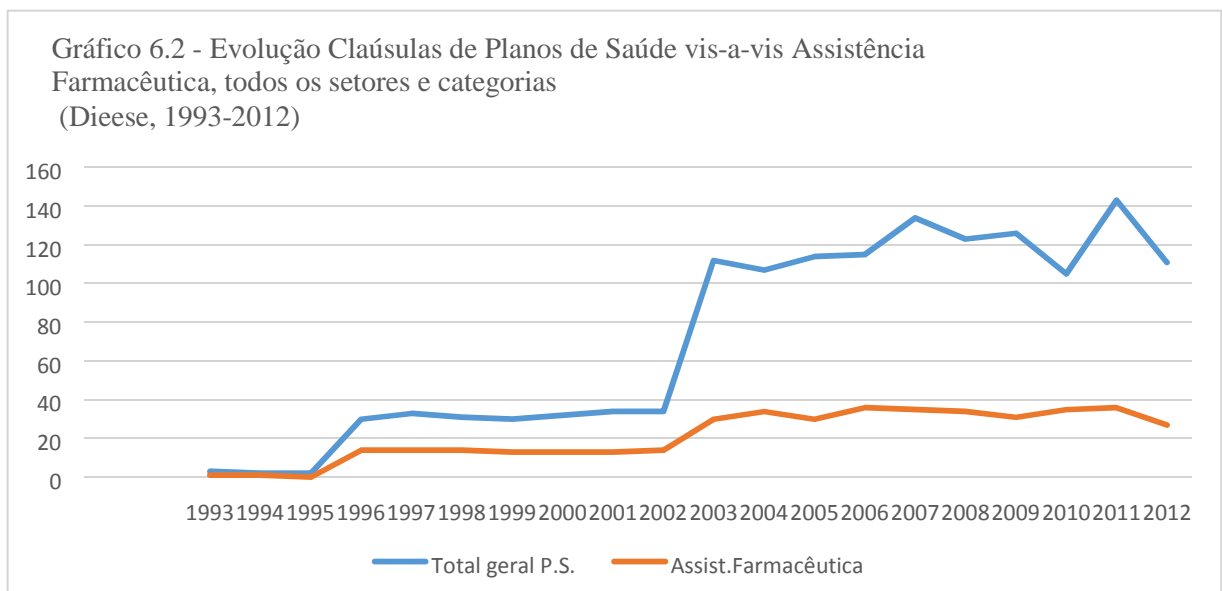
Nesses termos, os normativos foram capazes de conferir maior transparência do Governo Federal, desvelando uma prática que doravante se assentava e se disseminava por toda a força de trabalho da União, com o significado de não restar mais exclusiva às carreiras influentes da tecnoburocracia, ou das empresas públicas e estatais de economia mista.

O custeio da saúde suplementar do servidor é uma realidade disseminada, tratada com bastante transparência. Outro ponto de destaque no Quadro 6.1 é a Portaria Normativa nº 3, do MP/SRH, de 2009, que adicionou o §2º, ao Art. 2º da norma, por meio do qual se estabelece que as contratações de serviços de saúde suplementar com autogestões dependem do vínculo entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Esse fato pode estar a indicar uma vontade inequívoca dos burocratas em calibrar a atuação do Governo Federal também na saúde suplementar, pois o referido §2º privilegia a GEAP no que se refere à assistência dos servidores, ao induzir uma aproximação das unidades administrativas do Estado com uma fundação estatal de direito privado, organizada sob a forma de autogestão patrocinada, com registro na ANS. Ela possui atualmente 650 mil vidas. É uma operadora de grande porte para os padrões nacionais.

A GEAP nada mais é do que uma operadora de saúde do Governo Federal, patrocinada pelos ministérios, autarquias, fundações, universidades, dentre outros entes públicos.

Do ponto de vista dos trabalhadores organizados, cabe ainda nesta tese uma visão complementar sobre o banco de dados SACC do DIEESE, alvo de estudos no Capítulo 5, para avaliar como as cláusulas de saúde se comportaram no tempo, isto é, de 1993 a 2012, período da amostra. Os gráficos 6.2, 6.3 e 6.4, que se seguem, tratam desse particular.

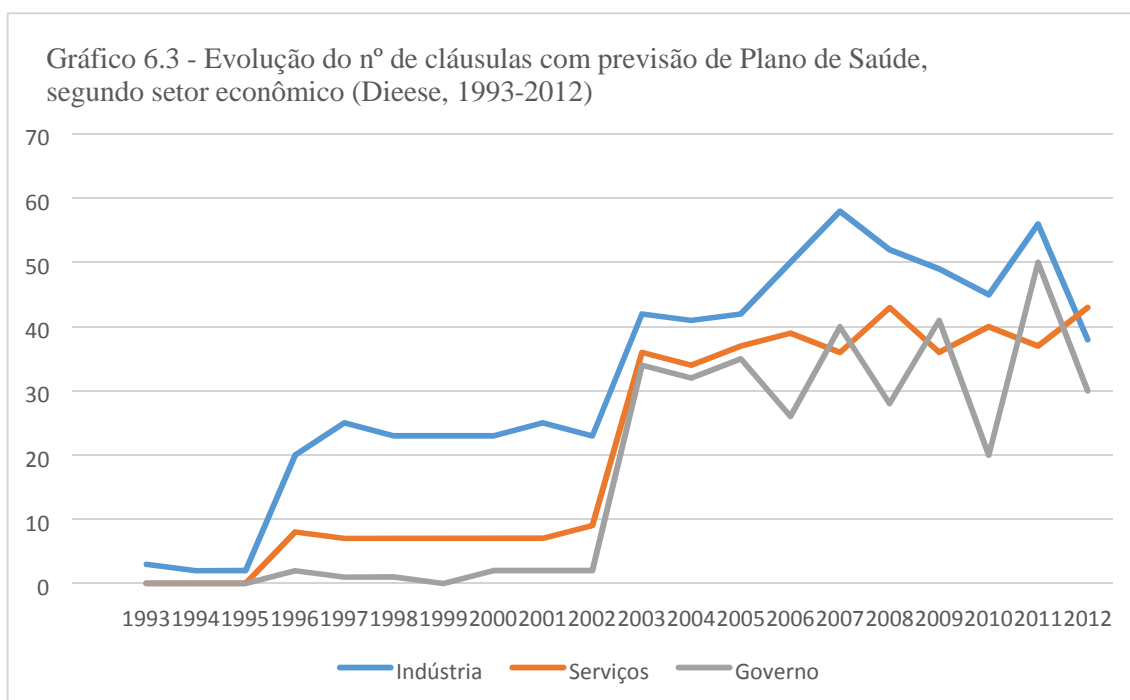


Fonte: SACC/DIEESE.

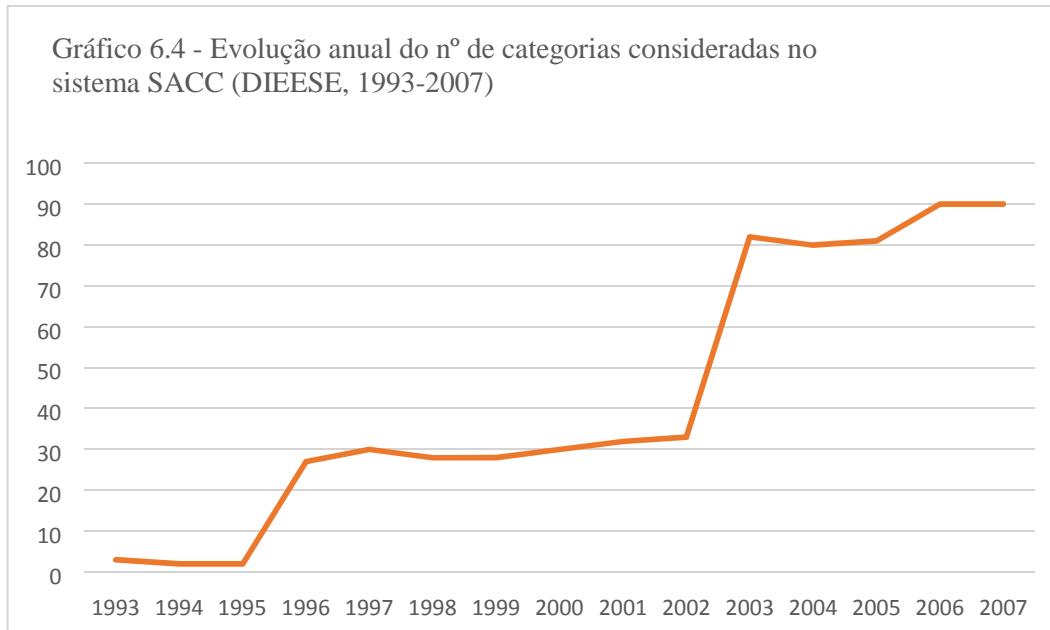
Algumas observações importantes. Destacam-se no Gráfico 6.2 duas questões:

1) é perceptível um aumento acentuado na detecção de cláusulas de assistência médica cuja temática seja plano de saúde, nas contratações coletivas de trabalho, a partir de 2003; 2) no caso da assistência farmacêutica a inclinação é menor, revelando a importância relativa que os planos de saúde passam a ter, no tempo, relativamente aos convênios com farmácias. Com efeito o interesse em torno dos planos de saúde é crescente nos anos observados.

O Gráfico 6.3 traz as cláusulas planos de saúde negociadas entre 1993 e 2012, todavia segregadas por setor econômico. O gráfico demonstra que a indústria ainda é o principal *locus* de reivindicação desses privilégios assistenciais, contudo o setor serviços aparenta uma forte adesão aos planos de saúde nos últimos anos. O setor governo, aqui representado tão somente pelas empresas estatais e de economia mista, também é um consumidor presente nas mesas de negociação. A oscilação no Gráfico 6.3 no setor governo é explicada pela periodicidade das negociações coletivas em algumas empresas, que é bienal.



Fonte: SACC/DIEESE.



Fonte: SACC/DIEESE.

Por seu turno, o Gráfico 6.4 objetivou explicar o porquê da forte inclinação percebida entre os anos de 2002 e 2003 em todas as representações gráficas. Relatório do DIEESE (2015) dá conta de que o sistema SACC teve fases evolutivas que ampliaram, por estágios, a inserção de novas categorias na base de dados do SACC. Assim, não se pode afirmar que esse salto abrupto nas cláusulas guarde relação estrita e direta com a concertação neocorporativa, que ganha impulso, coincidentemente, exatamente nesse período, isto é, em 2003, com a ascensão de Lula, o que não tem o condão de descaracterizar a influência do neocorporativismo na expansão da saúde suplementar.

O que é importante destacar é que a análise das cláusulas de saúde presentes no banco de dados SACC/DIEESE foi fundamental para essa tese no que se refere à efetiva comprovação de que a temática plano de saúde faz parte do desejo de consumo dos trabalhadores, e por isso, o tema comparece às mesas de negociação entre patrões e empregados.

Com isso, os interesses dos trabalhadores se juntam aos interesses do governo e do empresariado, este último interessado nos aspectos de melhoria da produtividade, e da atração e fixação da mão-de-obra.

Frente a esse apanhado do interesse específico na cobertura privada de assistência à saúde, de cada vértice da relação triangular, neocorporativa, cumpre nesse instante rememorarmos os marcos conceituais do neocorporativismo, e correlacioná-los mais uma vez com a Era Lula, e com a consolidação da saúde suplementar no Brasil.

Conforme ensinam Bobbio et al. (1998), a solução neocorporativista se impõe unicamente naqueles países em que o governo é dominado pelos partidos da classe operária. Nesses termos, o neocorporativismo consolida-se no país no instante da chegada de Lula ao Governo do Brasil.

Com efeito, governos operários representam para as organizações sindicais a garantia política de que o Estado será o promotor de alguns interesses fundamentais da classe operária: pleno emprego e sistema de bem-estar (Bobbio et al., 1998).

Conforme abordado no Capítulo 3, os receituários neocorporativistas representam uma articulação de interesses de grupos, partidos e burocracias para conter as tendências geradoras de ameaças (Almond, 1983). Não se pode negar que a assistência à saúde, num contexto de subfinanciamento do SUS, é uma ameaça relevante para a classe trabalhadora organizada.

Daí resulta que as articulações neocorporativistas implicam em que a segurança social seja dada ao nível da sociedade civil e não ao nível institucional-estatal, mediante subsistemas autônomos do sistema político (Bobbio et al., 1998) e, nesse contexto, o plano de saúde, autônomo relativamente ao Estado, torna-se alternativa real para a provisão da



segurança assistencial da classe trabalhadora organizada. Assim, a segurança assistencial desse grupo de interesse passa a ser garantida para além das fronteiras do Estado.

Isto posto, tendo-se em vista todas essas articulações de interesses de grupos, em torno da assistência médica provida pelos planos de saúde, condensadas neste capítulo, após terem sido longamente descritas nesta tese, através das quais ficou evidenciado:

- 1) o interesse do Governo, do empresariado, e dos próprios trabalhadores organizados, na cobertura assistencial provida pela indústria da saúde suplementar;
- 2) o que, ao fim e ao cabo, contribuiu para consolidar o setor;
- 3) e uma vez identificado que as relações neocorporativistas passaram a influenciar a própria regulação setorial, leia-se ANS, a partir da administração Lula, é que entende-se restar demonstrada a 1ª hipótese desta tese, sendo plausível afirmar que as relações políticas de caráter neocorporativista influenciaram, sim, a consolidação, no Brasil, do setor da saúde suplementar.

O segmento das empresas atuantes na chamada saúde suplementar é hoje muito mais sólido do que ao final dos anos 1980. Muito mais poderoso, possui força no Parlamento, eis que é relevante patrocinador de campanhas políticas (Bahia, Scheffer, 2015). Esta indústria também se articula com grande desenvoltura junto aos agentes públicos para a sua reprodução.

Da mesma forma articula-se com o movimento sindical gerando neste uma expectativa da oferta de serviços de saúde de qualidade e pronto acesso. Assim, grupos tradicionalmente mais organizados conseguem coberturas supletivas assistenciais de qualidade, enquanto, para outros, os planos de saúde podem ser uma promessa.

O poder dessa indústria será abordado nos itens seguintes, que avaliam se a classe trabalhadora organizada, consumidora convicta dos planos de saúde, logrará a segurança social necessária, no que se refere à assistência à saúde dos próprios trabalhadores e de seus dependentes.

### **6.3 A outra face da ANS: evidências de captura**

Desde o final de 2009, e notadamente a partir de 2010, a correlação de forças na ANS começa a se alterar. A ANS desta feita não possui mais na sua diretoria apenas um agente do mercado, mas dois: um proprietário capitalista afastado temporariamente de seus negócios, e um indicado por operadora, que já ocupava uma diretoria-adjunta desde algum tempo, guindado ao posto de diretor, ainda em 2009.

Os trabalhadores organizados seguiram apoiando uma das diretorias até o ano de 2013, quando o último indicado pelo Partido dos Trabalhadores na diretoria da ANS tem seu mandato expirado.

O cenário parece deteriorar-se. O adequado arcabouço regulatório construído ao longo dos 10 primeiros anos torna-se menos potente para proteger o consumidor dos planos de saúde, e o interesse público é suplantado pelos interesses capitalistas. A ação com vistas a preservar o equilíbrio entre a relação triangular ‘mercado-prestadores de serviço-beneficiário’ submerge.

A Câmara de Saúde Suplementar transforma-se no *locus* ideal para as consultorias norte-americanas exercitarem o seu *lobby*. É desse tempo palestras de consultores da *Towers Watson*, empresa norteamericana de gestão de risco em saúde, os quais atuam para regulamentar os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Essa regulamentação é o tema central desse item, e será tratado, portanto, em subitem à parte, logo mais adiante.

Continuando, o processo liquidatório de empresas insolventes passa a recepcionar o cancelamento direto de alguns registros, consignados em Resoluções Operacionais, sem passar pelo devido crivo de inquérito administrativo para apurar as causas do deprecimento patrimonial da ex-operadora, ora liquidada. Uma vez cancelado o registro, os bens do administrador, inicialmente bloqueados, segundo o rito legal das liquidações extrajudiciais, são liberados inadvertidamente.

Sobre esse aspecto legal da regulação financeira, Gouveia (2014) destaca que “a legislação do setor [de saúde suplementar], bem como a regulamentação da ANS, foram fortemente influenciadas pelos normativos do Sistema Financeiro Nacional”.

Nesses termos, esse referido processo liquidatório tem o seu rito definido pela Lei 9.656/98 combinada com a Lei 6.024/74. Esta última dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras. Uma vez identificado pelo respectivo inquérito, que apura eventual dano financeiro em função de gestão temerária ou fraudulenta, cabe ao órgão responsável, seja o Banco Central do Brasil, ou a ANS, aplicar uma suspensão ao dirigente sobre o qual recaiu a culpa, sendo cabível, portanto, a inabilitação temporária para o exercício do cargo de administrador, seja na instituição financeira, ou na operadora de saúde. A pena máxima atual de banimento do mercado é de 20 anos.

Não obstante, vale dizer que, nos últimos 15 anos, isto é, desde a criação da ANS, o Banco Central inabilitou dirigentes de instituições financeiras aos milhares. Por seu turno a ANS jamais aplicou essa penalidade a nenhum ex-administrador de operadoras de saúde. Nunca um administrador de operadora de saúde sofreu quaisquer constrangimentos dessa ordem perante o mercado e os seus pares, apesar de que centenas de operadoras foram liquidadas nesse período, podendo-se inferir que os capitalistas do setor podem, de

fato, se sentir confortáveis com a regulação financeira contemporânea da ANS, que pode ser, e parece que tem sido, leniente, *market-friendly*.

Elementos acerca desses registros factuais de leniência da regulação financeira podem ser obtidos em trabalho deste pesquisador apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Salles Dias Filho, 2013).

Continuando, o mercado demorou dez anos para ocupar a Presidência da ANS, e doravante atuará para defender os seus interesses, quais sejam, incrementar o faturamento e as receitas, reduzir os riscos da operação nesse mercado, e abrir espaço para a entrada do capital estrangeiro. A confiança no ambiente de negócios por parte do operador de planos de saúde parece atingir o seu nível máximo.

Pois, verifiquemos o lado das receitas. Observe-se que não estamos nesse instante trazendo ao debate o faturamento do setor em Reais, que pode ser influenciado por uma política expansionista dos preços e também pelo aumento da base de clientes. Assim, do ponto de vista dos preços, reajustes maiores autorizados para o setor influenciam as receitas operacionais e o lucro das operadoras.

Assim, os reajustes dos planos individuais, que historicamente vinham sendo superiores à inflação, descolam-se ainda mais do índice oficial de preços a partir de 2011. A Tabela 6.4 apresenta os reajustes anuais da última década *vis-a-vis* a inflação anual oficial do período.

Tabela 6.4 - Reajustes anuais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos vis-a-vis a inflação oficial (Brasil, 2006-2015)

Ano	Reajuste	IPCA
2006	8,89%	4,63%
2007	5,76%	3,00%
2008	5,48%	5,04%
2009	6,76%	5,53%
2010	6,73%	5,26%
2011	7,69%	6,51%
2012	7,93%	5,10%
2013	9,04%	6,49%
2014	9,65%	6,28%
2015	13,55%	8,17%
<b>ACUMULADO</b>	<b>118,41%</b>	<b>72,32%</b>

Fontes: ANS; IBGE.

Obs.: Inflação acumulada anual entre maio do ano anterior e abril do ano seguinte, conforme critério adotado pela ANS, que divulga os reajustes no mês de maio

Com efeito, a inflação acumulada de 2006 a 2015 (calculada de abril a maio, segundo os critérios de reajuste da ANS) foi de 72,3%, no entanto os reajustes autorizados para os planos individuais, que são regulados pela Agência, corresponderam a 118%.

Contudo, essa margem favorável ao setor pode estar a aumentar ainda mais, conforme se se pode verificar na Tabela 6.5 e no Gráfico 6.5, a seguir, que demonstram o descolamento ampliado dos reajustes relativamente à inflação, a partir de 2011, primeiro ano em que o reajuste foi autorizado por um presidente de ANS acionista de operadora (afastado temporariamente dos seus negócios). Em 2015, esse mesmo expresidente da ANS preside o Conselho de Administração da Qualicorp.

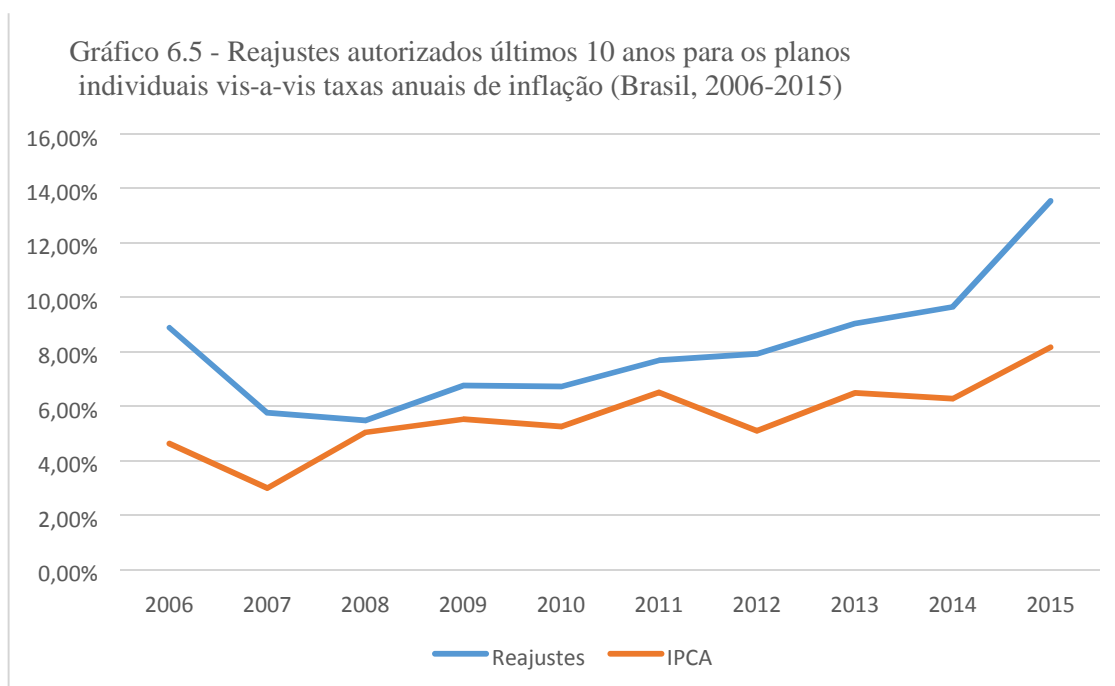
Tabela 6.5 - Reajustes quinquenais autorizados pela ANS nos últimos 10 anos vis-a-vis a inflação oficial acumulada a cada 5 anos (Brasil, 2006-2010 e 2011-2015)

Quinquênio	Reajuste acumulado	IPCA acumulado
2006 a 2010	38,41%	25,74%
2011 a 2015	57,80%	37,04%

Fontes: ANS; IBGE. Elaboração própria.

Obs. IPCA acumulado de maio a abril do ano seguinte no período de cinco anos

Conforme se verifica, de 2006 a 2010, os reajustes foram autorizados pelo diretor-presidente cujo mandato se encerrou em abril de 2010. Os reajustes por ele autorizados em 5 períodos superaram a inflação oficial em 13 pontos percentuais. A partir da chegada de um capitalista à presidência da autarquia, a diferença entre os reajustes autorizados e a inflação oficial saltou para 21 pontos percentuais. Isso não é trivial. Critérios, justificativas, sempre os haverá. O que importa é o resultado: maiores lucros para os capitalistas, em contraposição aos maiores ônus para os beneficiários de planos de saúde.



Observe-se pelo Gráfico 6.5 que a curva dos reajustes (linha superior) se descola ainda mais da linha da inflação (inferior), a partir de 2011.

Nos idos de 2015 a ANS não é mais presidida por um acionista de operadora. Em junho daquele ano é nomeado para a Presidência da ANS um aliado histórico do setor suplementar, que presidiu por um longo período a Confederação Nacional de Saúde, uma entidade de classe poderosa que congrega oito federações de hospitais brasileiras, e ainda

representa quase uma centena de sindicatos médicos. Ademais, o atual presidente da ANS tem laços com o capital internacional privado em saúde, tendo sido presidente da *International Hospital Federation* (IHF), de 2009 a 2011, instituição que congrega os representantes dos hospitais e serviços de saúde públicos e privados de aproximadamente 100 países (ANS, 2015, *website*)

A CNS não representa o interesse direto da totalidade dos segmentos das operadoras de saúde. Com efeito, o setor da saúde suplementar tem uma base de capital ligada a bancos e seguradoras, uma base de capital cooperativado (de profissionais liberais da medicina), e outra base de capital independente, representada pelos proprietários de hospitais privados autorizados a operar planos de saúde, abrigados pelo segmento das medicinas de grupo, portanto, interessados nos rumos da saúde suplementar.

Pois o que importa registrar é que o presidente da ANS em 2015, que em 2003 estava à frente da CNS, foi o signatário da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1931-

8. O referido ato questionava:

- a) a constitucionalidade do ressarcimento aos cofres públicos dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde de operadoras privadas realizados e pagos pelo SUS, comumente, o ‘ressarcimento ao SUS’.

E requeria:

- b) a suspensão da prerrogativa de a ANS autorizar reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde individuais contratados anteriormente à Lei 9.656/98.

O Supremo Tribunal Federal não acolheu o requerimento da CNS relativamente à inconstitucionalidade do ressarcimento, contudo concedeu liminar para suspender a prerrogativa da ANS autorizar reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde individuais contratados anteriormente à Lei 9.656/98.

A esse respeito Gouveia (2004) aponta que “o Supremo Tribunal Federal declarou, em decisão liminar, a inconstitucionalidade do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, no julgamento da ADIn nº 1931-8,19 impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Ao se confirmar o entendimento da predominância do princípio da irretroatividade das leis (art. 5º, XXXVI da CF), restou vedada incidência da Lei nº 9.656, de 1998, sobre contratos antigos, deixando, assim, de estar sujeitos à regulação da ANS aspectos importantes da prática deletéria do mercado, como reajustes abusivos, limitação do tempo de internação hospitalar e rescisão unilateral de contratos individuais ou familiares, temas que, aliás, foram o ponto de partida para a discussão do marco regulatório e que, atualmente [em 2004] atingem a maioria do universo de planos de saúde existentes no mercado”.

Cumprido ressaltar que a CNS sob comento não se confunde com as demais CNS dessa mesma esfera, as Conferências Nacionais de Saúde, e o Conselho Nacional de Saúde. Registre-se que este último manifestou em sessão plenária de 2014, seu repúdio pela indicação do ex-presidente da CNS (dos capitalistas), para uma das diretorias da Agência, e, novamente, reuniu-se em 2015, para repudiar a nomeação do referido ex-dirigente da CNS para a Presidência da ANS (Conselho, 2015):

(...) considerando que, segundo o inciso I do Art. 18 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, é impedido de atuar em processo administrativo o servidor ou autoridade que tenha interesse direto ou indireto na matéria [o ressarcimento ao SUS];

considerando que [o indicado] ocupava, desde 2003 até sua indicação para a ANS, a presidência da Confederação Nacional de Saúde (CNS),



entidade que representa estabelecimentos de saúde, hospitais, laboratórios e operadoras de planos e seguros de saúde;

considerando que a Confederação Nacional de Saúde (CNS), presidida por quase 10 anos pelo indicado, é autora de uma ação contra o ressarcimento ao SUS. Trata-se da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1931-8, que está em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF); (...)

(...)Vem a público: Manifestar insatisfação quanto à desconsideração da posição do CNS por parte do Poder Executivo repudiando veementemente a indicação pela Presidenta da República de [o indicado] para exercer a função de diretor presidente da Agência Nacional de Saúde conforme publicado no DOU de 16 de junho de 2015 para mandato até 11 de maio de 2017.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), emitiram nota conjunta questionando a indicação do ex-presidente da CNS para dirigir a Reguladora, ao apontar o conflito de interesses envolto em sua nomeação, uma vez que o presidente da ANS em 2015, era o mesmo que questionara, junto ao STF, a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, conforme trecho a seguir:

“A participação [do indicado] na diretoria da ANS é incompatível com o princípio da eficiência na administração pública, conforme preconiza o art. 37, caput, da Constituição Federal. Antes mesmo de tomar posse o diretor já estaria impedido de votar nos processos administrativos envolvendo temas prioritários na fiscalização da ANS”.

Esta tese, nesse instante, prescinde da particularização. Não se trata mesmo de nomear pessoas. No caso, o que está em jogo são os interesses capitalistas. Nesses termos, é importante buscar a objetividade de Krugman (2010) para a compreensão dos interesses capitalistas envolvidos no mercado da saúde suplementar, para subsidiar a compreensão

de uma realidade possível que permita uma ação orquestrada, factual, do capital, quando este ocupa postos em segmentos do Estado, no caso, a ANS:

“As empresas de planos e seguros-saúde não ganham dinheiro ao custear a assistência à saúde. Elas ganham dinheiro na medida em que conseguem se safar arrecadando os prêmios e não pagando pela assistência prometida. (...) Entre as companhias de seguros privados de saúde, os gastos efetivos com assistência médica são literalmente chamados de “prejuízos médicos” [no Brasil, são chamados de sinistros].

As companhias de seguros tentam conter esses desastrosos prejuízos médicos de duas maneiras principais. Uma é usando a seleção de risco, a recusa em vender o plano para as pessoas com maiores chances de virem a utilizá-lo. Outra é cobrando dessas pessoas um preço muito alto. Quando podem, as seguradoras filtram seus requerentes. (...) Qualquer indicação de que o requerente tenha mais chances do que a média de precisar de grandes gastos médicos é adeus à esperança de conseguir um plano de saúde de custo acessível. (...) As pessoas [dirigentes] que fazem isso não são más. As consequências são más. (Krugman, 2010, p. 266-267).

O *website* da ANS divulga a principal diretriz do seu presidente em 2015: “A sociedade brasileira pode ter certeza de um trabalho intenso, pautado na transparência institucional e na sustentabilidade do setor para a garantia da proteção dos direitos dos consumidores, que são nossa razão de existir como instituição. (ANS, 2015). Grifo meu.

Pois o paradoxo da sustentabilidade do setor não se descola de melhores margens de lucro, ambiente regulatório favorável e garantias de reprodução capitalista nesse ambiente de riscos mitigados. Por certo a higidez financeira do setor repercute na qualidade assistencial, e conseqüentemente na garantia da proteção dos direitos dos consumidores, mas a que preço de operação dos planos? Conforme sustenta Krugman (2010), a sustentabilidade do setor será sempre uma razão inversa da qualidade assistencial e do comprometimento da capacidade de pagamento por parte dos beneficiários.

Por fim, é preciso ainda considerar um dado importante, que pode, à primeira vista, servir de atenuante. Em 2015, a ANS conta com três diretorias ocupadas por servidoras de carreira.

Porém, em 2015, o diretor indicado pelo mercado segue à frente da diretoria responsável pela regulação financeira. O novo diretor-presidente acumula a Presidência com a diretoria responsável pela regulação assistencial.

Aos servidores de carreira coube, em primeiro lugar, a fiscalização, que, salvo outro juízo, tem reduzido poder de formulação regulatória, bem como de intervenção nos rumos do setor. Trata-se de um órgão executivo, que protege até onde lhe compete o interesse do consumidor. Essa diretoria poderia ser caracterizada como uma potente ouvidoria, ao focar sua ação exclusivamente no consumidor.

Pois, no entanto, outras sendas fiscalizatórias, como a fiscalização econômico-financeira das operadoras, denominada pela ANS de “acompanhamento”, e a fiscalização técnico-assistencial das operadoras, chamada de “monitoramento”, não são atribuições previstas em regimento interno da Diretoria de Fiscalização da ANS.

A fiscalização econômico-financeira das operadoras e a fiscalização técnicoassistencial, correspondem a atribuições das duas diretorias comandadas por representantes dos interesses do mercado.

As demais diretorias ocupadas por servidores concursados estão relacionadas com as funções típicas de área meio da Agência, uma delas com relativo poder, por administrar a política de informação, e o ressarcimento ao SUS.

Assim, no enquadramento atual regulatório da ANS:

- os índices de reajuste dos planos de saúde;

- a regulação financeira e seus macroprocessos: o normativo, o de acompanhamento econômico, e saneamento/liquidação extrajudicial;
- a regulação assistencial e seus macroprocessos: a atualização do rol de procedimentos, a normatização, o monitoramento das redes assistenciais;

Tudo, absolutamente todos os macroprocessos dinâmicos, estão atualmente sob a influência plena do mercado. Isto tampouco é trivial.

Não constitui um sofisma a regulação da saúde suplementar estar-se diante de um evidente processo de captura do administrador pelo administrado.

Para concluir essa parte, no que se refere às ações para a expansão do faturamento desse mercado, no período pós-2010, foram tomadas ações e incentivos para o seu crescimento, com uma razoável possibilidade de ampliação do mercado consumidor de planos, isto é, da base de clientes das operadoras de saúde.

As ações acima referidas contribuem tanto para mitigar os riscos da operação nesse mercado, quanto para abrir espaço para a entrada do capital estrangeiro na saúde suplementar, o que será debatido a seguir.

#### 6.3.1 RN 279/2011-ANS: ajuste perpetrado sobre beneficiários vulneráveis

A edição da RN 279/ANS, de 2011, foi uma medida de grande impacto sobre os direitos dos atuais e futuros aposentados que compõem as carteiras de clientes dos planos coletivos empresariais. Pode-se dizer que foi a mais importante intervenção do primeiro presidente capitalista da Agência.

O ajuste implícito nessa resolução normativa tem também impactos sobre a sustentabilidade do setor, eis que reduz o risco de operação, ao tempo que abre frentes para a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde suplementar.

Contudo, o referido ajuste, favorável à sustentabilidade do setor, recai sobre o grupo de beneficiários mais vulnerável, os aposentados, portanto, sobre os idosos, tradicionalmente aqueles que mais precisam de cuidados médicos. Isto, da mesma forma, não é nada trivial.

A própria ANS demonstra em um estudo que carteiras de planos de saúde ‘envelhecidas’ geram mais custos, conforme expresso na Tabela 5.6, com dados extraídos do Caderno de Informação da Saúde Suplementar, editado pela Agência (ANS, Mar 2010).

Tabela 6.6 - Taxa de sinistralidade segundo faixas de percentual de idosos nas operadoras (Brasil – 2007-2008)

Percentual de idosos	Taxa de Sinistralidade
Menos de 10%	79,10%
De 10 a 20%	80,70%
De 20 a 30%	89,80%
De 30 a 40%	89,60%
De 40 a 50%	93,80%
50% e mais	90,00%

Fonte: ANS, Caderno de Informação (Março, 2010). Elaboração própria

Para contribuir para a interpretação da tabela, taxa de sinistralidade corresponde a um conceito contábil específico do setor suplementar em saúde, representa a razão entre o montante das despesas médicas e as receitas das operadoras. Assim tanto maior a presença de idosos nas carteiras, com gastos médicos previsivelmente maiores, a sinistralidade tende a aumentar; e a lucratividade tende a cair, salvo se ajustes forem feitos

nos preços: aumentando-se as receitas (o denominador), a taxa de sinistralidade tenderá à média do setor.

Pois, então é necessário apreender o estabelecido, em primeiro lugar, nos arts. 30 e 31 da Lei, bem como nas orientações da Consu nº 21.

A Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabeleceu, em seus artigos 30 e 31, o que se segue:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Resta claro que o legislador pretendeu estender a proteção aos beneficiários dos planos de saúde em situação de vulnerabilidade, os aposentados, mais idosos, assegurando-lhes o direito de continuar no plano dos ativos. O direito, vale dizer, é do aposentado.

A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, Consu nº 21, de abril de 1999, dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98. Com efeito, o art. 30 da Lei e a CONSU nº 20 tratam da permanência de ex-empregado demitido no mesmo plano empresarial dos ativos. E o art. 31, bem como a CONSU nº 21, definem a situação do aposentado. Assim, a Consu nº 21 já havia regulamentado a matéria, conforme indica o seu introito “Dispõe sobre a regulamentação...”.

Com efeito, é de interesse desta tese avaliar primordialmente a cobertura ao aposentado, muito embora o raciocínio seja análogo para a compreensão do caso dos ex-empregados. Contudo, a necessidade de proteção dos aposentados é aparente, tendo em vista tratar-se de grupo que requer atenção e cuidados à saúde ampliados.

A seguir trechos da Consu nº 21:

Art. 1º Para efeito do Art. 31 da Lei nº 9.656/98, aplicam-se as disposições desta resolução ao aposentado que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício (...).

Art. 2º Para manutenção do aposentado como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e aposentados.

§ 1º – É facultada a manutenção, em um mesmo plano, para ativos e aposentados, desde que a decisão seja tomada em acordo formal, firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos. Grifos meus.

Assim, a Consu ° 21 facultava tanto a ativos quanto a inativos permanecerem no mesmo plano, na mesma carteira. Tratava-se de assegurar a inexistência da seleção de risco, a mesma seleção aludida por Krugman (2010) logo acima, em que se descreve a segregação de grupos que tendem a uma maior utilização dos serviços médicos, impondo-lhes um sobrepreço, ou restringindo-lhes acesso ou cobertura.

A Lei 9.656/98 acima de tudo veda quaisquer seleções de risco. O legislador não pretendeu nada mais do que afastar essas possibilidades quando conforme o §2º do Art. 10 da Lei 9.656 estabeleceu que as pessoas jurídicas [operadoras] que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o [planos de saúde] desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. Grifos meus.

Ou, ainda conforme o Art. 14 institui, que em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. Grifos meus.

A RN 279, um dispositivo infra-legal, fez diferente. Mas, afinal, o que fez a RN 279/ANS? Dispor sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, e revogar as Resoluções do Consu nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Vale registrar que as Resoluções Consu nº 20 e 21, do Conselho de Saúde Suplementar, já regulamentavam a matéria.

O referido Conselho é um órgão consultivo da saúde suplementar, composto pelos Ministros de Estado da Justiça, Saúde, Fazenda, e Planejamento, sendo secretariado pelo Presidente da ANS. As atribuições do Consu estão definidas na Lei dos Planos de Saúde.

A seguir trechos da RN 279 da ANS:

#### **RN 279 Seção VII**

##### **Das Opções do Empregador Relacionadas à Manutenção do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado e as Regras Decorrentes**

Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

II - contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, separado do plano dos empregados ativos.

#### **Subseção I**

##### **Da Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado no Mesmo Plano em que se Encontrava Quando da Demissão ou Exoneração Sem Justa**



### **Causa ou Aposentadoria**

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

§ 1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o caput do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.

§ 2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o caput ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

### **Subseção II**

#### **Da Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado em Plano Exclusivo para Ex-Empregados Demitidos ou Exonerados sem Justa Causa ou Aposentados**

Art. 17. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deverá ser oferecido pelo empregador (...).

Parágrafo único. O plano de que trata o caput deverá abrigar os empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados.

Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

Art. 20. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados será financiado integralmente pelos beneficiários.

Art. 21. A carteira dos planos privados de assistência à saúde de empregados de uma operadora deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.

Parágrafo único. A operadora deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação. (grifos meus).

Enfim, em linhas gerais, a RN 279 impõe uma seleção de risco, quando faculta aos empregadores a segregação de carteiras de seus ex-empregados demitidos e aposentados em um ‘pool de risco’.

Mais grave. Suprime o direito do aposentado em continuar no mesmo plano dos ativos. O art. 31 da Lei é claro ao assegurar ao aposentado o direito de continuar no mesmo plano desde que contribuísse integralmente. E a Consu nº 21 definiu que essa permanência no mesmo plano fosse de comum acordo entre patrões e empregados.

E por quê a RN 279 suprime direitos? Conforme traz o título da Seção VII, que pode ser revisto imediatamente acima, a opção é do empregador em oferecer o plano aos aposentados. Com efeito, o direito do aposentado é transmitido ao empregador.

E a subseção II da referida norma da ANS consagra a seleção de risco, eis que segrega um grupo de ex-empregados demitidos e aposentados, dos ativos (conforme Art.17). E mais, “em condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (Art.19).

Por fim o Art.21 define que o cálculo do reajuste deverá ser único para os ex-empregados demitidos e aposentados de toda a operadora, e que o respectivo reajuste deva ser divulgado no *website* da operadora.

E quais as prováveis consequências deste duro ato contra os direitos dos aposentados?

Em primeiro lugar: encarecimentos dos prêmios, tendo em vista que os reajustes anuais das mensalidades serão calculados em separado para um grupo em tese ‘envelhecido’.

No médio e longo prazos esses prêmios ficarão impagáveis, o que significará a expulsão desse grupo vulnerável da cobertura supletiva, para a qual, verteram recursos pessoais durante anos.

E quais as consequências possíveis sobre as operadoras de saúde. Romper-se o pacto intergeracional, e transferir-se a responsabilidade pelos custos mais altos ao grupo que mais consome, os aposentados, idosos.

Nesse instante, o custo da massa total de beneficiários ativos, sem agora a presença incômoda dos elevados custos gerados pelos idosos, tenderá a cair. Isso refletirá sobremaneira em argumento comercial, importante para as operadoras aumentarem a sua participação no mercado consumidor, incrementarem a base de clientes, e aumentarem seu faturamento.

E do ponto de vista do risco, ele foi parcialmente afastado, pois os custos da massa dos ativos encontrar-se-ão controlados e os “prejuízos médicos” serão repassados para o grupo idoso.

Num cenário projetado, reduzir-se-á a pressão sobre os reajustes anuais dos contratos dos empregados ativos e, principalmente, potencializará a competitividade dos preços de comercialização de novos planos.

Isso não é trivial, e pode impulsionar as vendas de planos de saúde direcionados aos empregados de empresas que ainda não contrataram um plano de saúde em função de restrições financeiras. O mercado da saúde suplementar pode desenvolver-se ainda mais. Essas projeções não são objeto desta tese, mas merecem estudos ulteriores de interessados no assunto, o que não prescinde de avaliações econométricas, estatísticas e atuariais.

Por ora, a observação dos resultados da RN 279 são modestos, mas indicam uma tendência, ao tempo que são suficientes para comprovar as previsões deste trabalho, em torno do encarecimento dos prêmios desse grupo.

Conforme citado, o Art. 21 da RN 279 define que o reajuste daquele grupo deverá ser unificado por operadora e divulgado no respectivo *website*. Nesses termos buscamos a informação nas quinze maiores operadoras de saúde do Brasil (ANS, tabnet), as quais reúnem em suas carteiras de beneficiários 21,4 milhões de usuários de planos de saúde de assistência médica, com ou sem odontologia, correspondentes a 42,3% do mercado total de 50,5 milhões de clientes na data-base de junho/2015. A Tabela 5.7, a seguir, faz esse apanhado.

Tabela 6.7 - 15 maiores operadoras do país segundo o nº de beneficiários e respectivos reajustes aplicados aos planos de saúde dos ex-empregados e aposentados (Brasil, Jun 2015)

Em milhares de beneficiários		
Nome	Beneficiários	Reajustes aplicados/observações
Bradesco Saúde	4.028	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Amil	3.766	Informação do <i>website</i> : o serviço de Histórico de reajustes é exclusivo para CLIENTE - Gestor de empresa. Indisponível.
Hapvida	2.099	Informação do <i>website</i> : Clique no botão CRIAR LOGIN, informe os dados e aguarde por email de ativação. Indisponível.
Sul America Saúde	1.709	Informação de acesso restrito (sob senha).Indisponível.
Central Nacional Unimed	1.693	Informação do <i>website</i> : Canais Exclusivos do Beneficiário. Indisponível
Notre Dame - Intermédica	1.405	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed BH	1.192	Reajuste anual segundo o mês de aniversário do contrato: Ago a Dez 2014, 25,34%; <b>Jan a Out de 2015, 19,08%.</b>
Unimed Rio	977	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.

Unimed Paulistana (*)	744	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Cassi (Banco do Brasil)	717	Indisponível.
GEAP	650	Indisponível.
Unimed Porto Alegre	629	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed Federação SP	603	Indisponível.
Unimed Campinas	579	Informação de acesso restrito (sob senha). Indisponível.
Unimed Curitiba	566	22,41% (Jan/15); 19,66% (Fev/15); 18,01% (Mar/15); 19,89% (Abr/15); 21,57% (Mai/15); 23,62% (Jun/15); 21,46% (Jul/15); 23,13% (Ago/15); 27,99% (Set/15).

Fonte: ANS Tabnet. SIB/ANS/MS. Jun 2015 e *websites* das operadoras. Elaboração própria.

(\*) Beneficiários da operadora estão em processo de portabilidade especial de carências. Poderá ser liquidada em algum momento.

Com efeito, apenas as Unimed de Belo Horizonte e de Curitiba disponibilizavam a informação publicamente. Para as demais, enviamos e-mail, ou contatamos o serviço telefônico.

Dentre todos os correios eletrônicos enviados, obtivemos resposta da CASSI, uma autogestão, que se isentava de responsabilidade pela divulgação do cálculo, ao afirmar que a informação deveria ser buscada junto ao patrocinador (Banco do Brasil) e junto ao grupo de aposentados (PREVI). A Amil respondeu oferecendo outro e-mail para a consulta, que por sua vez não foi respondido. A Sul América gentilmente respondeu que não poderia atender a este pesquisador, ao tempo que oferecia o *website* da empresa para a obtenção de dados sobre a operadora, o que já não havia sido possível no caso dos reajustes dos aposentados e demitidos, informação que dependia de senhas de acesso.

Essa suposta intransparência indica que essa informação parece ser ainda um tabu, tendo em vista que a maioria, 80% das 15 *majors*, não dão publicidade aos reajustes aplicados a esse grupo.

Enquanto isso, cumpre observar que a ANS divulgou em 2015 o reajuste máximo para os planos de saúde individuais, índice que ela controla, e define, com base na média dos reajustes dos contratos coletivos empresariais. A metodologia é empregada desde 2001, conforme informação da ANS na *internet*:

“A metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média ponderada dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários” (ANS, 2014).

E como se viu, o reajuste autorizado pela reguladora para aplicação a partir de maio de 2015 foi de 13,55%, ou seja, 5,4 pontos percentuais superiores à inflação oficial média para o período de 12 meses compreendido entre maio de 2014 a abril de 2015.

E quanto foi o reajuste aplicado pelas Unimed BH e de Curitiba para os planos dos ex-empregados demitidos ou aposentados?

Conforme indica a Tabela 5.7, a Unimed BH aplicou a título de reajuste anual a esses contratos dois índices: 25,34% de agosto/2014 a dezembro/2014, e de 19,08% para contratos que aniversariem de janeiro a outubro de 2015.

Por sua vez a Unimed Curitiba aplicou uma série de reajustes segundo o mês de aniversário de seus contratos para aposentados e demitidos. Variam de 18,01%, o menor, a 27,99%, o maior.

Enquanto a inflação oficial acumulada nos últimos 12 meses, ao longo do ano de 2015, grosso modo, oscilou de 8% a 10%, o menor reajuste aplicado a este grupo de risco

correspondeu a 18%, e o maior, a 28%! Isso é insustentável para um aposentado. Com efeito, cada beneficiário de plano de saúde empresarial saudável, um dia, será um aposentado.

Não é necessária uma grande ciência para admitir que esses reajustes serão maiores à medida que as carteiras se envelheçam inda mais, e para também afirmar que esses reajustes podem ser considerados abusivos relativamente à renda do idoso, que diminui quando ele se retira. Enfim, os índices de reajuste são impagáveis, insustentáveis para os beneficiários no médio e longo prazos. No entanto, eles existem [os reajustes] em nome da sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

Ora, a garantia da sustentabilidade do setor abriu o mercado de saúde suplementar para o capital estrangeiro. Esses *rent seekers* desejam alta rentabilidade com baixo risco, tradição que o capital estrangeiro sempre seguiu ao investir em nosso país.

Menos de um ano após a edição da RN 279/ANS, a Amil, a segunda maior operadora de saúde do Brasil, foi adquirida pela United Health, a maior operadora de saúde norteamericana, por cerca de US\$ 4,9 bilhões. E depois de 28 meses da edição da norma RN 279, a Intermédica, outra gigante do setor, foi adquirida pelo fundo de investimento estrangeiro *Bain Capital*, de origem norteamericana, com representações nos EUA, Europa e Ásia. (Bahia, Scheffer, 2014; O Globo, 2012)

Por seu turno, os trabalhadores fizeram o que lhes era possível para impedir que a RN 279 tivesse prosseguimento. À época, correspondendo à concertação de interesses neocorporativos, os trabalhadores organizados, que conferiam apoio político informal ao diretor de Fiscalização da ANS, pelo menos até 2013, por certo tomaram ciência do aperto regulatório que estava por vir, e que lhes era desfavorável [havia nesse tempo um processo de consulta pública da ANS relativamente ao projeto de norma].

Era por intermédio da Diretoria de Fiscalização da ANS que os acordos de cooperação eram firmados com as centrais sindicais, conforme abordado no item 5.1.2 deste capítulo. Uma consulta detalhada ao referido Relatório de Gestão ANS 2003-2010 confirma esse vínculo.

Eis que o Diretor de Fiscalização da ocasião manifestou-se formalmente contrário à edição da Resolução Normativa 279 nos termos em que foi aprovada, conforme ata da 315ª reunião ordinária de diretoria colegiada da ANS, disponível no *website* da Agência. O diretor de Fiscalização, segundo a ata, divergiu da decisão acolhida pela maioria.

Nunca antes uma decisão da diretoria da ANS fora tomada sem que fosse de forma unânime. Não obstante, mais um tabu parece emergir. E a depender de um singelo erro de digitação, continuará supostamente a vigor salvo aos olhares mais atentos.

O texto publicado da RN 279 informa que a reunião da diretoria colegiada da ANS [que definiu a seleção de risco] ocorrera em 7 de novembro de 2010. Todavia, o ato, fora de 7 de novembro de 2011. Assim, não será uma tarefa simples, identificar, no *website* da Agência, a referida ata dentre as centenas de atas de reunião de diretoria colegiada da ANS. Aos olhares da sociedade, historicamente toda decisão que dali emerge parece ser unânime. Esclareça-se a verdade dos fatos.

De toda forma, o Diretor de Fiscalização de então votou contrário à norma que impingiu ajuste ao grupo dos aposentados, conforme trechos da ata da 315ª reunião, *in verbis*: “Aprovada por maioria a proposta de Resolução Normativa - RN que regulamenta os arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, com apresentação de voto divergente pelo Diretor Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales, Processo nº 33902.090487/2010-80 (documentação anexa)”.



Não identificamos o voto divergente no *website* da ANS. Invocada, a Lei de Acesso à Informação certamente traria os benefícios da transparência que a ética pública contemporânea está a exigir.

O neocorporativismo parece demonstrar a sua verdadeira face no âmbito da regulação da saúde suplementar: nada parece ser acintoso diante do paradigma da sustentabilidade do setor da saúde suplementar.

#### **6.4 A hipótese segunda: os trabalhadores beneficiaram-se dos esquemas de proteção protagonizados pela concertação neocorporativa, os quais contribuíram para a consolidar o setor de planos de saúde no país?**

Segundo Esping-Andersen, Kersbergen (1992), “as nações com economias abertas desenvolvem estruturas democráticas neocorporativistas para fortalecer o consenso doméstico, facilitar os ajustes econômicos e manter a competitividade internacional. Não obstante, os atores de real importância nas concertações neocorporativas são as federações empresariais, mais do que o movimento trabalhista. Grifo meu.

É neste sentido que se compreende o neocorporativismo como um meio de dominação de classe. Se por um lado, a adesão dos trabalhadores ao reformismo de caráter socialdemocrata lhes permite influir na formulação de políticas públicas e lhes possibilita participar dos resultados do desenvolvimento do capitalismo, por outro, ela reduz a intensidade do conflito de classes, sem que a dominação de classe deixe de existir (Sória-Silva, 2005).

A crítica marxista considera o neocorporativismo um mecanismo protetivo do capitalismo avançado que blinda as forças capitalistas contra os sindicatos e até mesmo contra os governos. Sindicatos são sempre vistos como em grande desvantagem nas

estruturas neocorporativistas relativamente aos grupos empresariais ou ao Estado. Outros enfatizam o papel do neocorporativismo europeu como meio de redução da sobrecarga governamental, uma vez que o neocorporativismo eleva a habilidade dos governos em satisfazer reivindicações de grupos por provisão de serviços no campo do bem-estar (Wilson, 1983).

O neocorporativismo é visto, neste caso, como uma maneira específica de formação das opções políticas em que as grandes organizações representativas dos interesses não se limitam a exercer pressões externas, mas são envolvidas diretamente, ou incorporadas, no processo de formação e de gestão das decisões (Lehmbruch 1977, apud Bobbio et al., 1998).

Nesses termos, diante do cenário em que dirigentes do setor da saúde suplementar ocupam, em 2015, os postos-chave da ANS, com a missão de dominar, conforme se viu, de um lado, a regulação econômica, e de outro, a regulação assistencial, e tendo-se ainda em vista os prejuízos trazidos à classe trabalhadora com a edição da RN 279/ANS, conclui-se, nesse instante, estarem reunidos os elementos para a demonstração da 2ª hipótese deste trabalho, segundo a qual os pactos neocorporativos não foram capazes de assegurar a proteção social na forma esperada pela classe trabalhadora, que optou, no passado, pela adesão a esquemas privados de atenção à saúde.

A resposta é NÃO. Na contemporaneidade parece inexistir alternativa favorável ao beneficiário da saúde suplementar senão pagar mais caro pela assistência no longo prazo. O advento da RN 279, que praticamente deixa à deriva os beneficiários mais idosos, os aposentados, faz cair o pano da ilusão. Eles podem ser expulsos da cobertura supletiva muito antes do que se possa imaginar.

Repetindo Krugman (2010), “as companhias de seguros tentam conter os prejuízos médicos de duas maneiras principais. Uma é usando a seleção de risco. Outra é cobrando dessas pessoas um preço muito alto”.

Pois foi o que o ajuste encerrado na RN 279/ANS enceta a seleção de risco que afronta a legalidade e leva ao encarecimento dos planos e aumentos de prêmios muito superiores às taxas de inflação, conforme observações do subitem anterior deste trabalho.

Vale lembrar que os arts. 10 e 14 da Lei 9.656/98 afastam a seleção de risco na saúde suplementar, restaurada por dispositivo infralegal, a RN 279/ANS.

E o referido encarecimento dos prêmios, resta evidente, não foi favorável à classe trabalhadora, ao contrário, parece comprometer significativa parte dos seus orçamentos futuros. Nesses termos, não valeu a pena, para a classe trabalhadora, participar do esquema neocorporativista. O empresariado da saúde suplementar, ao fim e ao cabo, saiu fortalecido dessa concertação.

Segundo Giddens (1984 [2009], pp.375-376), Marx sustentou que a classe trabalhadora, consciente da situação opressora que o regime capitalista lhe impunha, mobilizar-se-ia para alterar o estado de coisas, contudo ela [a classe trabalhadora] talvez não tenha dado conta da reação possível da classe dominante no sentido de adquirir uma compreensão suficientemente refinada do sistema para estabilizá-lo e conter as forças revolucionárias. O autor ainda enfatiza o peso das instituições estatais no sentido de amenizar conflitos, ao monitorarem as condições de reprodução do sistema com esse fim estabilizador (p.375-6).

Ao fim e ao cabo, a concertação neocorporativa, patrocinada pelo Estado, parece ter buscado apenas esse objetivo, administrar o conflito e garantir a ordem, a paz social,

para a adequada reprodução do sistema capitalista, no nosso caso específico, na saúde suplementar brasileira.

Contudo, não foi suficiente para dissipar as preocupações dos beneficiários de planos coletivos empresariais quanto à resolutividade futura da assistência à saúde provida por meio da indústria da saúde suplementar. A referida norma promotora de um ajuste desfavorável aos trabalhadores, a RN 279, é a segunda norma mais acessada no website da ANS.

Quadro 6.2 Normas mais acessadas no *website* da ANS (Brasil, set. 2015)

Norma	Assunto	Nº de acessos
Resolução Normativa nº 338	Cobertura Assistencial - Rol de Procedimentos	325.854 (média diária: 446,38)
Resolução Normativa nº 279	Aposentados e Demitidos	317.506 (média diária: 222,50)
Resolução Normativa nº 259	Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)	275.712 (média diária: 173,95)

Fonte: ANS

## 7 CONCLUSÃO

*“A concretização da seguridade não ocorreu no Brasil. A regulamentação dos preceitos constitucionais, nos anos 90, se deu de maneira a setorializar as ações de previdência, saúde e assistência. Cada setor recebeu sua própria Lei Orgânica, cada setor se instalou num Ministério (...). O desmonte da Seguridade, porém, impacta negativamente cada um dos setores em pelo menos duas dimensões interligadas: a do financiamento e a da solidariedade”. M<sup>a</sup> Lúcia Werneck-Vianna (2015)*

Esta tese fez um percurso histórico da privatização da Saúde no Brasil. Nossa avaliação tem início a partir do século XX, com destaque para o estabelecimento do marco legal inaugural da seguridade no Brasil, a Lei Elói Chaves, que organizou, no país, a provisão dos principais benefícios sociais reunidos em uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP dos Ferroviários). Esse esquema expandiu-se para as demais categorias, já sob a forma dos IAP, e teria sancionado uma prática que possuía precedentes no país desde o tempo do Império, qual seja, a organização de certas categorias profissionais, mais influentes, em caixas de socorro mútuo.

Segundo Santos (1979), no Brasil do século XIX havia ordens sociais independentes, as associações de socorro mútuo, mantidas por seus próprios membros: “fundam-se em 1834 a Sociedade Musical de Beneficência, e em 1838 a Sociedade Animadora da Corporação de Ourives, ambas privadas e ambas discriminatórias profissionalmente”. Outras delas abrangiam a burocracia estatal, ao amparar os empregados das estradas de ferro do Estado (Lei 3.397/1888), também sob a forma tradicional de caixa de socorro, provendo ajuda durante períodos de doença e assegurando auxílios-funerais.

No entanto, ainda segundo Santos (1979), o que diferenciava as CAP das anteriores caixas de socorro, é que a Lei Elói Chaves trouxe a questão social para a órbita do Estado, incluiu o financiamento tripartite das ações de previdência, assistência e saúde dos trabalhadores, a ser compartilhada entre o governo, a iniciativa privada e os próprios trabalhadores organizados em institutos, e, portanto, seu advento estaria a caracterizar um processo evolutivo de financiamento compartilhado da seguridade social no país, e que parecia enraizar-se na sociedade brasileira.

Contudo se a Lei Elói Chaves representou o marco inaugural da seguridade no país, os fundamentos da proteção social no Brasil foram assegurados pelo Varguismo, que estendia benefícios sociais aos trabalhadores em troca de apoio político. A proteção social organizada por Vargas, com destaque para a promulgação da CLT, possuía caráter fundamentalmente bismarckiano, associado à produção e de financiamento tripartite, e como tal essa arquitetura influenciou os esquemas subsequentes de proteção social e de assistência à saúde que se seguiram no Brasil, até o advento do SUS universal (Malloy, 1986; Santos, 1989)

E de resto, senão mais importante, existe, no campo da política, a dependência da trajetória. Essa concepção considera que os passos precedentes em uma direção específica induzem os movimentos futuros na mesma direção. Por isso Malloy (1986) advoga que a Lei Elói Chaves, de 1923, lançou as bases legais e conceituais para todos os esquemas subsequentes de proteção social no Brasil. Abrangeu o conceito de que a previdência social não se estendia a amplas categorias sociais, baseada numa noção abstrata de classe ou cidadania, mas tão somente se dirigia a grupos que exerciam determinado trabalho, ou, conforme a concepção de Santos (1979), a política social brasileira foi forjada em consonância com o processo da acumulação, sendo que a

vinculação entre as políticas de acumulação e equidade já se encontrava firmemente estabelecida no Brasil pré-SUS universal. Para esse autor restava consagrada no país a noção de que os problemas relativos à equidade permanecem associados conceitual, prática e administrativamente, aos problemas da acumulação.

No Capítulo 2 desta tese verificou-se que, na contemporaneidade, em praticamente todos os Estados nacionais, os sistemas do bem-estar social passaram a ser ameaçados pelas questões fiscais. Apesar disso, esse construto de proteção social manteve-se de pé, em meio ao convívio com as acusações de ter sido o vilão dos déficits públicos dos estados nacionais, notadamente a partir da segunda metade dos anos 1970.

Tratava-se esse momento de uma reação conservadora, emanada da onda neoliberal protagonizada por Margareth Thatcher, no Reino Unido, e por Ronald Reagan, nos Estados Unidos, coincidente com a ruína do comunismo na União Soviética.

Nesses termos, a partir da Era Reagan-Thatcher a onda conservadora passou a responsabilizar os sistemas de bem-estar mundo afora, de forma ideológica, pelos déficits públicos crescentes, atribuindo-lhes a pecha de excessivamente generosos, onerosos e geradores de desequilíbrios financeiros.

Por certo o discurso conservador desconsiderava os efeitos que os choques do petróleo da década de 1970 tiveram sobre as contas dos estados nacionais. Não obstante, essa onda conservadora emergiu novamente, ficou evidente por ocasião da grande crise financeira de 2008, quando governos injetaram trilhões na banca privada para evitar a ruína de seus sistemas financeiros, ao tempo que fizeram cortes nos benefícios sociais para ajudar a conter os déficits crescentes e com causação distinta, o socorro aos bancos.

É admirável a resistência do Estado do Bem-Estar em meio a esses ataques, sem que, no entanto, as consequências sobre o moral dos trabalhadores lograssem ser superadas, ante a insegurança gerada quanto ao provimento e ao financiamento da proteção à saúde.

O Capítulo 2 conclui, portanto, que às ameaças econômicas e restrições fiscais segue-se a insegurança gerada sobre os trabalhadores, fenômeno que mina as bases de solidariedade dos sistemas de bem-estar, eis que a busca pelo bem-estar, e pelo *status* de ser saudável, passa a ser individualizada. Os trabalhadores, para o fito de permanecerem hígidos para a sua sobrevivência no mercado de trabalho, inclinam-se para os esquemas de provisão privada, presumivelmente de maior qualidade, em detrimento das soluções coletivistas.

Contribuem ainda para esse fenômeno as alterações estruturais, nas últimas quatro décadas, no próprio mercado de trabalho, fazendo aparecer diferenciações entre os trabalhadores qualificados e os menos especializados, e entre os próprios setores econômicos - entre os *tradables*, sujeitos à intensa competição do mundo globalizado, e os *non-tradables*, voltados para a demanda doméstica, e portanto menos vulneráveis; a resultante é que trabalhadores mais qualificados, que cofinanciam a sua assistência à saúde, leia-se, pagam prêmios a seguradoras e operadoras de saúde, bem como os setores empresariais, que também coparticipam do financiamento privado da saúde dos seus trabalhadores, ambos pressionam por sistemas de bem-estar menos generosos para os demais cidadãos que não podem contar com coberturas de base privada.

Concorre também para a proliferação dos esquemas privados de assistência a própria mudança pessoal de *status* do trabalhador, pois, segundo Offe (1990); Costa, Vaitsman (2014), quanto maior a renda do trabalhador, maior a sua disposição em aderir



a esquemas de proteção privados, relativamente aos esquemas coletivos, presumivelmente racionados.

Essa avaliação favorece a compreensão do paradoxo brasileiro, em que a classe trabalhadora organizada adere a planos de saúde, os quais não lhes assegura a adequada proteção a um preço justo no futuro (vide ajustes da RN 279 debatidos no Capítulo 6), ao tempo que se tenha um SUS gratuito.

Identificou-se também nesta tese que há quase um século a classe trabalhadora teve oficializado no Congresso Nacional o modelo de atenção à saúde de base bismarckiana, associado à produção, de caráter corporativo, e com financiamento tripartite, por intermédio das CAP e dos IAP, tendo esse modelo corporativista de assistência à saúde mantido intacto até o fim da ditadura militar, executado por meio do INPS, e posteriormente via Inamps, e que ganha novo fôlego a partir da década de 1980, até os dias de hoje, por meio da assistência privada dos planos de saúde.

E, em grande parte, a assistência médica dos trabalhadores organizados sempre foi prestada por organizações privadas. Com efeito, embora havia previsão no estatuto das CAP de prestação própria de serviços de saúde, isso praticamente não acontecia, as CAP contratavam serviços privados de terceiros, o que também ocorria no modelo dos IAP; e posteriormente, no INPS/INAMPS, conforme atestam as Tabelas 3.2 e 3.3, para, em seguida, a assistência assumir o caráter eminentemente privado dos planos de saúde.

Nesses termos, no Brasil, a preferência da classe trabalhadora organizada vem sendo sedimentada há quase um século em torno do modelo industrial-corporativo, meritocrático. Do ponto de vista das relações políticas que fundamentaram essa escolha, estas se sustentam nos pilares doutrinários, inicialmente, do corporativismo, e posteriormente, do neocorporativismo, conforme o detalhamento verificado no Capítulo

4 desta tese.

Com efeito, quando da opção nacional, ainda nos anos 1920, pelo modelo industrial-corporativo, que situa a proteção social vinculada à produção, ao emprego, ao mérito, ainda não era realidade a opção universalista, que surge na Inglaterra, durante a 2ª Guerra Mundial, e que tem seus fundamentos definidos no *Report on Social Insurance and Allied Services*. Conhecido como Relatório Beveridge, representou um marco institucional do moderno Estado do Bem-Estar Social, correspondendo a uma revolução do ponto de vista da inclusão social desassociada de uma base contributiva resultante da participação do mundo do trabalho na produção capitalista.

No Brasil dos anos 1980 vivia-se também um momento ímpar. Grande efervescência política a partir do fim do regime militar. Redemocratização e liberdade de organização política. Foi nesse contexto em que fora realizada a 8ª CNS, e os pressupostos universalistas do NHS inglês passaram a ser defendidos pelo Movimento Sanitário, que, diante de sua força - o movimento reunia intelectuais, médicos residentes, gente oriunda das universidades, e burocratas progressistas - no instante que o país experimentava um momento libertário.

Conforme se debateu no Capítulo 4 desta tese, o movimento sanitário logrou criar um modelo de saúde universal no país, público e gratuito, sem que, no entanto, conseguisse superar a matriz privada existente desde as primeiras décadas do século XX. Mantivemos um sistema de saúde duplicado, sustentado por uma militância dúbia, que, de um lado, patrocina a defesa sistemática do SUS gratuito, e, de outro, esses mesmos ativistas aderem a planos de saúde para si próprios e suas famílias.

No Capítulo 4 verificou-se que o movimento sanitário agia descolado das bases sociais. Ativistas do próprio movimento cunharam o termo “fantasma da classe ausente”,

para ilustrar que a classe trabalhadora organizada, considerada a principal interessada na resolutividade dos sistemas de bem-estar, não participava efetivamente do movimento político pela universalização dos serviços de saúde no país.

Costa (1995[1996], p. 353), confirma que “o movimento sanitário teria adotado uma agenda de construção de reformas pelo alto, com pouca participação efetiva e mobilizadora das classes trabalhadoras”.

E aqui um importante parêntese. Enquanto foi destacado nesta Conclusão que a Lei Elói Chaves não se descolava da realidade pré-existente, isto é, ela regulamentava, aprimorava, e trazia para a órbita da regulação estatal a questão da proteção social, ao tempo que incorporava nas CAP o modelo ‘proto-corporativo’ presente nas caixas de socorro em operação no país no século XIX, tal evidencia que restou pavimentado, e posteriormente sedimentado, na classe trabalhadora organizada, o interesse pela adesão ao modelo corporativo, bismarckiano, associado à produção, e de financiamento tripartite.

Por outro lado, a opção universalista não encontrava antecedentes no país, não contava com o apoio maciço dos trabalhadores organizados, e tinha características de uma reforma feita pelo alto, sem adesão das classes populares e dos trabalhadores organizados. Rodriguez Neto (2003) enfatiza essa dificuldade, quando relembra que a Emenda Popular da Saúde, no tempo da ANC, de 1987, arregimentou menos de 60 mil assinaturas, dez mil a menos que a Emenda Popular que defendia a permanência e continuidade da prestação de serviços privados na órbita da saúde pública, capitaneada pelos capitalistas.

Ainda segundo Rodriguez Neto (2003), “o movimento sanitário que emerge da 8ª CNS era composto por membros originários da academia, dos sindicatos dos médicos e de movimentos dos médicos-residente (...) estava distante das entidades realmente

populares, de base, na sua prática cotidiana. (...) Isso evidenciou a necessidade de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados”.

Aqui é importante rememorar as observações de Escorel (1998) a esse respeito: “sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito “para ela” (em direção a ela), ou “por ela” (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário”.

Para enfatizar a fragmentação de interesses no período Constituinte, “os representantes sindicais concentraram a sua participação na Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e dos Servidores Públicos (Boschetti, 2008, p.148), aprofundando a distância, no Brasil, entre direitos do trabalhador e direitos sociais, que em tese deveriam ser a mesma coisa”.

Ou seja, enquanto a reforma sanitária, em tese de interesse dos trabalhadores organizados, era debatida na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, os sindicalistas concentraram suas forças na subcomissão que discutia os direitos trabalhistas, bastando dizer que o único direito social debatido nessa subcomissão era o seguro-desemprego (Boschetti, 1998). Por outro lado, a atuação dos sindicalistas na Subcomissão de Saúde serviu para afirmar que a Previdência não deveria bancar a Saúde, posto que esta ‘era dos trabalhadores’. A Saúde deveria ser financiada por recursos da União, e não da Previdência. Implodia-se a ideia de seguridade no país.

Sobre outro prisma, há que ainda que se levar em conta o interesse particular dos trabalhadores organizados na provisão privada de serviços de saúde. Conforme abordado no Capítulo 5, a sua adesão a planos de saúde não tem caráter compulsório, resulta das

pautas de negociações coletivas entre patrões e empregados, mediadas pelos sindicatos; conta com incentivos governamentais, e ainda tem o interesse direto do governo, quando este patrocina planos de saúde para a burocracia estatal das administrações direta e indireta; e, também, é sustentada pelo empresariado.

Ademais, em nome de *status* e diferenciação, variações positivas na renda favorecem a adesão dos trabalhadores organizados a esquemas de provisão de assistência privados, o que é ainda potencializado pelo ambiente contemporâneo de insegurança dos indivíduos, em face da obrigação em ser saudável num mercado de trabalho altamente competitivo.

Todas essas circunstâncias ilustram o quão desafiadora é a luta pela sustentabilidade do SUS, público e universal, que em tese deveria ser único; a própria Constituição Federal desqualifica tal unicidade. Esses dilemas que permeiam o nosso sistema universal de saúde superam em muito as reconhecidas dificuldades crônicas de financiamento da saúde pública e gratuita no Brasil. São forças que o modelo universal brasileiro, por mais dignos que sejam os seus pressupostos, enfrenta de forma desigual.

Num contexto de encarecimento contínuo dos planos de saúde, para o Estado brasileiro assumir todo o gasto assistencial dos seus cidadãos ele precisará mais que dobrar o seu dispêndio orçamentário com essa rubrica, o que implicaria em dizer que o país precisaria fazer um esforço fiscal de 5 pontos percentuais de seu PIB para tornar o SUS único.

A realidade está a indicar que o modelo de financiamento exclusivamente gratuito para a saúde pública no Brasil, extensível a todos, seria uma ilusão, ao tempo que novas fontes de receita pública para a saúde enfrentariam a resistência da sociedade, que se posta contra novos aumentos na carga tributária.

Assim, projeta-se um cenário para o SUS, que subfinanciado na atualidade, será pressionado ainda mais nos anos vindouros, no instante que acolher futuros ex-clientes da saúde suplementar, o que sugere que a União não poderá abrir mão de contar com recursos financeiros dos usuários de planos de saúde do presente.

Resta aparente que à ilusão da saúde para todos exclusivamente gratuita soma-se uma outra, a dos trabalhadores organizados, e das classes médias, em torno da provisão de assistência por meio dos planos de saúde. Não, as operadoras e seus planos não vão entregar ao aposentado aquilo que prometeram por todo um período em que o trabalhador permaneceu ativo, saudável. Isso restou evidente no Capítulo 6 desta tese.

Com efeito, essa polarização SUS e saúde suplementar em nada contribui para a cidadania, serve apenas para elevar o muro entre a solidariedade do cuidado coletivo e o individualismo oculto nas escolhas por provisão privada. Esse ambiente polarizado arrasta-se no país desde os anos 1980, é parte integrante de um processo que poderá culminar, um dia, numa nova política de Saúde para o país.

Essa polarização poderia ser classificada, na atualidade, de ‘a polarização das ilusões’. Recorrendo-se uma vez mais a Freud (1927): “uma ilusão não é a mesma coisa que um erro; tampouco é necessariamente um erro (...) O que é característico das ilusões é o fato de derivarem de desejos humanos (...). Podemos chamar uma crença de ilusão quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação”.

Assim, o desejo político-ideológico de se gerir uma gratuidade em saúde num país em desenvolvimento, se conecta a um outro desejo, de um cuidado privado, supostamente de ponta e de qualidade, o mesmo cuidado que cobrará no futuro, de seu usuário, um alto preço, leia-se impagável, quando, de fato, esse usuário bater à porta da assistência privada.

É esse usuário, de todas as classes sociais, que declara ao IBOPE (2015), sob encomenda do IESS, o *think-tank* das operadoras de saúde, considerar que a saúde pública é precária, daí a não querer depender dela (40% das respostas). Preocupa, mais ainda, o fato de que 30% dos não-beneficiários de planos expressem a mesma opinião. E dentre esses não-beneficiários, apenas 2% afirmaram que não precisaria de planos de saúde, porque o SUS é gratuito.

### **7.1 Rumo a um novo pacto social regulatório?**

*“O problema do pensamento unidimensional não é ocultar o que salta à vista; é ter conhecimento do que se passa e, mesmo assim, ser incorrigível pela crítica e pela experiência”. Jurandir Freire Costa (2015)*

Ocké-Reis (2012), em seu “SUS: o desafio de ser único”, constrói uma crítica ao modelo regulatório da saúde suplementar num contexto projetado de reforma institucional do mercado.

Instiga-nos a todos: a definição de um novo modelo, nele previstas concessões públicas ao setor privado; destaca-se a possibilidade do SUS tornar-se um *single payer*. Abrem-se novas possibilidades para o SUS ser verdadeiramente único. Sentencia o autor: “a intermediação do financiamento privado à assistência médica deveria ser atividade de responsabilidade exclusiva do Estado” (Ocké-Reis, 2012).

A despeito disso, no Brasil convive-se com um arremedo de sistema de saúde de operação privada, a denominada saúde suplementar, incapaz de atender as necessidades de indivíduos idosos, no momento da vida em que mais necessitam de cuidados médicos. Os reajustes anuais das mensalidades dos planos de saúde desse grupo seguirão praticamente impagáveis até o ponto em que não haverá outro caminho senão desistir dessa cobertura privada. Nesse instante, o SUS receberá uma carga de pacientes para o qual não está preparado, tendo-se em vista o seu sub-financiamento estrutural. E se o SUS

carrega esse problema crônico, ele, da mesma forma, não será capaz de operar a sua cobertura universal com dignidade. Esse estado de coisas não merece prosperar.

No que se refere à parcela da clientela dependente da assistência à saúde sobre a qual debruçamos a nossa atenção nesta tese, a classe trabalhadora organizada, ela, historicamente, sempre nutriu um sentimento, que na acepção do idioma inglês converte-se num termo clássico em saúde, em “*willing to pay*”.

Talvez essa propensão em desembolsar recursos pessoais para co-financiar a provisão de serviços de saúde se estenda ao conjunto da sociedade, eis o que, de forma indireta, está a nos revelar a pesquisa Ibope/IESS (2015). Ela aponta que 75% dos indivíduos em todas as classes sociais, de A a E, desejam planos de saúde, e que 86% de membros das classes D e E acreditam como ‘Muito importante’ e ‘Importante’ deter a posse de um plano de saúde. Com efeito trata-se de uma situação ilustrativa da predisposição em pagar por algo melhor.

Importante que se abra a possibilidade de estudos sérios em torno dos sistemas de bem-estar e respectivas coberturas assistenciais em saúde das modernas sociais-democracias europeias, avaliando-se as possibilidades de uma solução mista para o caso nacional, com a previsão de um híbrido entre sistema universal e modelo meritocrático-corporativo; assaz diferente do misto de universal para pobres [em breve também para a classe média], racionado, e residual-liberal para aqueles melhor posicionados, que expulsa idosos sem renda suficiente para esses elevados custos.

Esse concurso é correspondente com modelagens inequitativas, e nada efetivas, coexistentes no Brasil contemporâneo; requer-se um modelo com um ingrediente de solidariedade, que corresponda e satisfaça à tradição brasileira, de financiamento



tripartite: com recursos do empresariado, de todos os trabalhadores, e do Tesouro, esse último responsável pelos comprovadamente impossibilitados de pagar.

Restando, portanto, mantidos os principais princípios do SUS: integralidade, equidade, acesso universal, gratuidade para quem comprovadamente não pode pagar, descentralizado; e com algum grau de inovação, como, por exemplo, a escolha [e destituição] de gestores de capacidade comprovada, por meio do sufrágio universal, assegurando-se, à esse SUS reformulado, uma autonomia relativamente aos poderes executivos municipais; a existência de um fundo único, na esteira de um novo modelo de financiamento; são modelagens alternativas que se abrem, diante dos impasses contemporâneos da saúde suplementar e do modelo de financiamento do SUS.

Não se trata de simplesmente equacionar um problema crônico, insolúvel no médio prazo, de sub-financiamento do SUS, com o repasse marginal de receitas tributárias novas. Não, não serão os 10% das receitas correntes da União, pleiteados por emenda popular e pelo movimento sanitário [Saúde +10], que poderiam gerar talvez mais 100 bilhões de reais para o SUS a cada ano, sabe-se lá de qual origem; não será o imposto sobre grandes fortunas, não será a nova CPMF, não será o voluntarismo, não será o discurso fácil, que irão resolver o nosso problema, um problema da Nação. Trata-se de um problema cuja solução depende de geração de receita pública de pelo menos 5, ou 6 pontos percentuais do PIB! Isso não é trivial.

Inexistem receitas fáceis para um problema de saúde coletiva grave que se avizinha. Cumpra-se que se abra um debate sério com a sociedade. Sem isso, se projeta um futuro nada favorável para a assistência à saúde da população brasileira. Que assistência queremos? Continuar-se-á a pactuar com a ilusão? Privilegiar-se-á a indústria da negação?

Defender-se-á o SUS gratuito para todos, concomitantemente à contratação individual de um plano de saúde para os próprios defendentes?

Para terminar, recorreremos novamente a Ocké-Reis (2012), para quem “a hipótese [de reforma constitucional da saúde] reside na percepção segundo a qual um novo quadro institucional lançaria as bases para a elaboração de um contrato social regulatório, visando, a um só tempo, à aplicação específica do direito de acesso à saúde no mercado e à perspectiva de unicidade do SUS.”

A reforma constitucional é um caminho a ser debatido seriamente com a sociedade brasileira. Pode ser que esse novo caminho só se viabilize, como soe a qualquer processo revolucionário, a partir de um momento de crise aguda do modelo brasileiro de assistência à saúde, o que não parece constituir uma perspectiva longínqua. Cabe às autoridades de saúde o estímulo à pesquisa na busca de avaliar a efetividade das variadas experiências internacionais, e de sistemas de saúde recém reformados no mundo, a fim de contribuir para o debate de eventuais propostas alternativas para a Saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

Almond GA. Corporatism, pluralism and professional memory. Review articles. *World Politics*, V. 35, N. 2 (Jan., 1983), pp. 245-260. Cambridge University Press. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2010272>. Accessed: 05/02/2015

Alves G. Toyotismo e neocorporativismo no sindicalismo do século XXI. Outubro (São Paulo), São Paulo, v. 2, n.5, p. 47-58, 2001.

Alves WMB. O trabalho como interesse e a opção neocorporativa: um estudo do sindicalismo brasileiro nos últimos 20 anos. (Tese) Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ, 1993.

Amil. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [https://www.amil.com.br/portal/web/servicos/funcionalidade/acessorapido/historico\\_de\\_reajustes%3Fkeys%5B0%5D=historico\\_de\\_reajustes](https://www.amil.com.br/portal/web/servicos/funcionalidade/acessorapido/historico_de_reajustes%3Fkeys%5B0%5D=historico_de_reajustes) (Acessado em 9 Out 2015)

Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Cedoc/MS, 1987.

Andrade EIG. (Des)Equilíbrio da Previdência Social Brasileira: 1945-1997 (componentes econômico, demográfico e institucional). Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte: 1999.

Andreazzi MFS. O Seguro Saúde Privado no Brasil. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro: 1991.

\_\_\_\_\_. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

ANS. Website. Posse do novo diretor-presidente. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2898-jose-carlos-abrahao-edesignado-para-o-cargo-de-diretor-presidente-da-ans#sthash.TIIQFZU7.dpuf> (Acessado em 22 Out 2015).

Bahia L, Scheffer M. Sinistro na ANS. Folha de São Paulo, 24 de julho de 2013. Opinião. Tendências e Debates. São Paulo, 2013.

\_\_\_\_\_. Planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos. Associação Paulista de Saúde Pública. 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/Planos-de-Saude-Eleicoes-2014.pdf> (Acessado em 15 Out 2015).

Bahia L. Financeirização e restrição de coberturas: estratégias recentes de expansão das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. (In) Saúde, cidadania e desenvolvimento. Cohn A. (Org.). 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2013.

\_\_\_\_\_. Planos e Seguros Saúde: Padrões e Mudanças das Relações entre o Público e o Privado no Brasil. (Tese) Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 326 p.

Bauman Z. Em busca da política. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

\_\_\_\_\_. Individually, Together. Foreword (1999). In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

Beck U. A life of one's own in a runaway world. In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

\_\_\_\_\_. Institutionalized Individualism. Preface In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002b.

Beck-Gernsheim E. Health and responsibility in the age of genetic technology. In: Individualization: institutionalized individualism and its Social and Political Consequences. Beck U, Beck-Gernsheim E. (Eds.) London: Sage publications Ltd., 2002.

Beito DT. This Enourmous Army: The Mutual Aid Tradition of American Fraternal Societies before the Twentieth Century. In: Frankel-Paul E, Miller FD, Paul J. (Orgs.). The Welfare State. New York: Cambridge University Press, 1997. 20-38.

Bobbio et al. Dicionário de Política. V. I e II. Trad. Ferreira J et al. (Coord.). 11ª edição. Bobbio N [et al] (Orgs.). Brasília : Editora Universidade de Brasília, 11ª ed., 1998.

Boito Jr. A. Reforma e persistência da estrutura sindical. In: O sindicalismo brasileiro nos anos 80. Boito Jr. et al. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Editora UnB, 1998 [2008].

Bradesco Saúde. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.bradescosaude.com.br/acessibilidade/home.do> (Acessado em 9 Out 2015)

Braga JC, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro: Cebes/Hucitec, 1981.

Brasil. Constituição Federal de 1937. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm) (Acessado em 30 Abr 2015).

\_\_\_\_\_. Lei 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm) (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Beneficiários por Operadora. Brasil, Jun 2015. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def) (Acessado em 8 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Relatório de Gestão - Janeiro de 2004 a Abril de 2010. Rio de Janeiro : ANS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Resolução Normativa - RN N° 279, de 24 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1898> (Acessado em 8 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ata da 315ª reunião da diretoria colegiada da ANS. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/Atas\\_da\\_diretoria/Ata\\_2011\\_315.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Atas_da_diretoria/Ata_2011_315.pdf) (Acessado em 23 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Normas mais acessadas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/normas-maisacessadas> (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. CONSU nº 21, de 1999. Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjgz> (Acessado em 22 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª CNS. Brasília: 1986. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) (Acessado em 10 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. MPAS. Dataprev. Decreto 5.109 de 20 de dezembro de 1926. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1926/5109.htm> (Acessado em 6 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto 801/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0801.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0801.htm) (Acessado em 16 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto-lei 4682/23. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm) (Acessado em 5 Jun 2015).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 8.689/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm) (Acessado em 16 Jun 2015).

Braudel, F. A dinâmica do capitalismo. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

Bresser-Pereira LC. A esquerda e a crise. Folha de São Paulo, São Paulo, 1 jun 2009. Dinheiro.

\_\_\_\_\_. Five models of capitalism. Revista de Economia Política, vol. 32, n. 1 (126), pp. 21-32, Jan-Mar, 2012.

\_\_\_\_\_. Moratória parcial no final de 1982. Folha de S. Paulo, 4 de janeiro de 1983.

\_\_\_\_\_. O colapso de uma aliança de classes. São Paulo: Brasiliense, 1987a.

\_\_\_\_\_. Pactos Políticos. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Kerstenetzky CL. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Cardoso AM. A trama da modernidade: pragmatismo sindical e democratização no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1999.

\_\_\_\_\_. A década neoliberal e a crise dos sindicatos no Brasil. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

\_\_\_\_\_. Impeachment hoje serve a corruptores e corruptos. Entrevista a Eleonora de Lucena. Folha de São Paulo, domingo, 26 de abril de 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/04/1621134-entrevista-eleonora.shtml> (Acessado em 26 Abr 2015).

Cassi. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.cassi.com.br/index.php?option=com\\_content&view=featured&Itemid=101](http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101)

Central Nacional Unimed. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.centralnacionalunimed.com.br/beneficiario> (Acessado em 9 Out 2015)

Cohn A. Previdência Social e Processo Político no Brasil. São Paulo: Ed. Moderna, 1980.

Conselho Nacional de Saúde. Moção de Repúdio Nº 004, de 9 de Julho de 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/07/conselho-nacional-de-saude-repudia-aindicacao-de-jose-carlos-de-souza-abrahamo-para-presidencia-da-ans/> (Acessado em 22 Out 2015).

Cordeiro H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Costa JF. Tempo de perguntar. O Estado de S. Paulo, 26 dez 2015. Aliás.

Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13876988>. (Acessado em 1.04.2015).

Costa NR. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil, 1995. (In) Política de saúde: o público e o privado. Eibenschutz, C (org.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. 312p.

Crouch C. Trade Unions: the logic of collective action. William Collins Sons & Co. Glasgow: 1982

\_\_\_\_\_. Introduction: labour markets and social policy after the crisis. Etui. Vol. 20 (1). pp.7-22. UK: Sage Publications, 2014.

Davies S. Two Conceptions of Welfare: Voluntarism and incorporationism. In: Frankel Paul E, Miller FD, Paul J. (Orgs.). The Welfare State. New York: Cambridge University Press, 1997. 39-68.

Delfim-Netto A. As crises. Folha de São Paulo, São Paulo, 5 nov 2008. Opinião.

Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

Esping-Andersen G, Kersbergen K. Contemporary research on Social Democracy. Annual Reviews Sociology, 1992. 18:187-208. Disponível em: [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org).

Esping-Andersen G. Social Foundations of Post-industrial Economics. Oxford: Oxford University Press, 1999

\_\_\_\_\_. The three worlds of welfare capitalism. USA: Princeton University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. Towards the good Society, Once Again? In: Why we need a New Welfare State, Esping-Andersen G. et alli (Eds.). Oxford: Oxford University Press. 2002.

Fagnani E. política social e pactos conservadores no Brasil: 1964-1992. Economia e Sociedade (8): 182-238. Campinas: Jun 1997.

Faleiros VP [et alli]. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

Faoro R. Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. 3ª edição. São Paulo: Globo, 1957 [2001].



Faveret-Filho P, Oliveira PJ. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.3, pp.139-162, jun 1990, Rio de Janeiro: IPEA, 1990.

Ferreira AR. Programas de combate ao déficit habitacional brasileiro. Monografia. Ciências Econômicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2009.

Fleury, S. Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista versus universal publicista. (In) *Política de saúde: o público e o privado*. Eibenschutz, C (org.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994 [1996]. 312p.

Freud S. O futuro de uma ilusão. Rio de Janeiro: Imago, 1927 [1974].

Geap. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.geap.com.br/\\_beneficiarios/be\\_index.asp](http://www.geap.com.br/_beneficiarios/be_index.asp) (Acessado em 9 Out 2015)

GEAP. Estatuto. Brasília: 2015. Disponível em: <http://www.geap.com.br/download/planos/estatuto.pdf> (Acessado em 14 Jul 2015).

Gentile de Mello C. Medicina Previdenciária. In: *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Guimarães R. (Org). Rio de Janeiro: Graal, 1984. 5ª edição (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

Giddens A. A constituição da sociedade, 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1984 [2009].

Giovanella L, Stegmüller K. Sistemas universais de saúde e crise financeira europeia. *Revista Política Social e Desenvolvimento*, n.1, pp.19-24, 2014.

Gomes AC. A invenção do trabalhismo. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1988 [2005]. 320p.

Gouveia MTCS. O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar. (Dissertação) Mestrado profissional. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2004.

Habermas J. A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. São Paulo: CEBRAP. *Novos Estudos*, n.18. pp. 103-114, set 1987.

Hapvida. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/pk\\_ajuste\\_contrato.principal](http://www.hapvida.com.br/pls/webhap/pk_ajuste_contrato.principal) (Acessado em 9 Out 2015)

Harcourt, GW. "The consequences of neo-corporatism: a syncretic approach", *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 20 n.8 pp. 1 – 22. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/01443330010789016> . Acessado em 05 Feb 2015.

IESS. Avaliação de Planos de Saúde (Ibope). São Paulo: Mai 2015. Disponível em: <http://www.iess.org.br> (Acessado em 11 Jul 2015).

Iversen T. The dynamics of Welfare State expansion. In: *The New Politics of the Welfare State*. Pierson P. (Ed.). New York: Oxford University Press, 2001.

Jessop B. *Liberalism, Neoliberalism, and Urban Governance: A State-Theoretical Perspective*. Blackwell Publishers. Oxford, UK. 2002.

Kerstenetzky CL. Notas sobre as tendências recentes do “Welfare State”, e possíveis lições para o Brasil. *Revista Política Social e Desenvolvimento*, n.1, pp.6-13, 2014.

\_\_\_\_\_. *O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Konder L. Gramsci e a crítica da modernidade. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 2 de junho de 2001. *Idéias-Livros*, 2001.

Krugman PR. *A consciência de um liberal*. Trad. Alexandre Oliveira Kappaun. Rio de Janeiro: Record, 2010.

\_\_\_\_\_. A mística do mercado. *Folha de São Paulo*, 28 mar 2009a. Dinheiro.

\_\_\_\_\_. *Pop internationalism*. Cambridge: MIT Press, 1996.

\_\_\_\_\_. Sem reforma financeira, crise atual será só início de dias piores. *Folha de São Paulo*, 11 abr. 2009b. Dinheiro.

Leal RM. *O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde*. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.

Loyola G. O futuro da regulação financeira. In: Giambiagi F, Garcia, M (Orgs.) Risco e regulação: por que o Brasil enfrentou bem a crise e como ela afetou a economia mundial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Luiz Inácio Lula da Silva. Carta ao Povo Brasileiro. Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/uploads/cartaaopovobrasileiro.pdf> (Acessado em 26 Abr 2015).

Malloy JM. A Política da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

Manow P. New Coalitions in Welfare State Reforms. In: The New Politics of the Welfare State. Pierson P. (Ed.). New York: Oxford University Press, 2001.

Martins, SP. Direito da Seguridade Social. São Paulo: Atlas, 2002.

Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007b. 320p.

\_\_\_\_\_. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. (In) Políticas Públicas no Brasil, Hochman G, Arretche M, Marques E. (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Morandi A, Firmo M. Regulação: errada, incompleta ou não aplicada. In: Giambiagi F, Garcia, M (Orgs.) Risco e regulação: por que o Brasil enfrentou bem a crise e como ela afetou a economia mundial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NHS Health Act. Pittsburgh Post-Gazette  
<http://old.postgazette.com/pg/10119/1054305-114.stm>

Noronha EG. Ciclo de Greves, Transição Política e Estabilização: Brasil, 1978-2007. Lua Nova, São Paulo, 76: 119-168, 2009.

Notre Dame Intermédica. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em:  
<http://www.notredame.com.br/web/portal/empresa/publico/contratos-agrupados>  
(Acessado em 9 Out 2015)

Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

Ocké-Reis, Santos. Mensuração dos gastos tributários em saúde – 2003-2006. Texto para Discussão nº 1637. Brasília: Ipea, 2011.

OECD. National Accounts at a Glance 2014, OECD Publishing.014. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1787/na\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/na_glance-2014-en) (Acessado em 11 mar 2015)

\_\_\_\_\_. The OECD Jobs Study: Facts, Analysis, Strategies, 1994. Disponível em: [www.oecd.org](http://www.oecd.org) (Acessado em 11 mar 2015)

Offe C. Capitalismo Desorganizado. São Paulo: Brasiliense, 1990.

Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

\_\_\_\_\_. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Guimarães R. (Org). Rio de Janeiro: Graal, 1984. 5ª edição (Biblioteca de Saúde e Sociedade v.3)

Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. The American Political Science Review, Vol. 94, n. 2, pp. 251-267, Jun 2000.

\_\_\_\_\_. Investigating the Welfare State at Century's End. In: The New Politics of the Welfare State. Pierson P. (Ed.) New York: Oxford University Press, 2001.

\_\_\_\_\_. Post-industrial pressure on the mature welfare states. In: The New Politics of the Welfare State. Pierson P. (Ed.) New York: Oxford University Press, 2001b.

Pina JA, Castro HA, Andreazzi MFS. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, n.11, v.3, pp.837-846, 2006.

Quadros W, Gimenez DM, Antunes DN. Não somos um país de classe média. Carta Capital: São Paulo, 9 Jan 2013. p. 50-53.

Ribeiro JM. Arranjos Neocorporativos e Defesa de Interesses do Médicos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (1): 05-20, jan/mar, 1993.

Rodrigues LM. Industrialização e atitudes operárias: estudo de um grupo de trabalhadores. São Paulo: Brasiliense, 1970.

Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SACC/DIEESE A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil. Estudos & Pesquisas, Nº 76, São Paulo: DIEESE, mai 2015.

\_\_\_\_\_. Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas. Banco de dados. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. São Paulo, 19932012.

Saes GAM. Militares e desenvolvimento no Brasil: uma análise comparada dos projetos econômicos da oficialidade republicana de fins do século XIX, do tenentismo e da cúpula militar do Estado Novo. (Tese). Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. 2011. 329p.

Safatle C. A mãe de todas as crises. Valor Econômico, 10 de agosto de 2012.

SAG/DIEESE. Sistema de Acompanhamento de Greves. Balanço de greves 2009 e 2010. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/balancodasgreves/2010/estPesq60balGreves20092010.pdf> (Acessado em 13 Out 2015).

\_\_\_\_\_. Sistema de Acompanhamento de Greves. Balanço de 2008. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/balancodasgreves/2008/estPesq45balancoGreves2008.pdf>

Salles Dias Filho PP. Saúde Suplementar: autorregulação no contexto da financeirização da assistência à saúde. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Apresentação oral em painel. Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível em: [http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/064.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/064.pdf) (Acessado em 26 Out 2015).

Santos IS. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho. Dissertação. Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 126 p.

Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

Santos, RT. O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. Tese de doutorado. Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.

Schelkle W. Collapsing worlds and varieties of capitalism: how to step out of Weber's long shadow. Oxford Centre for the Study of Inequality and Democracy. UK: University of Oxford. Working paper OCSID\_01: (2-28). 2008

Sigerist HE. Civilization and Disease. USA: The University of Chicago Press, 1943.

Sória-Silva S. Reforma Sindical, CUT e Neocorporativismo. Dissertação Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista, Unesp: 2005.

Stiglitz JE. Os exuberantes anos 90: uma nova interpretação da década mais próspera da história. Trad. Sylvia M. S. C. dos Santos et al. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

Sul América Seguros. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <https://portal.sulamericaseguros.com.br/main.jsp> (Acessado em 9 Out 2015)

Temporão JG. Equação insustentável. Entrevista a Rodrigo Martins. Carta Capital: São Paulo, 9 Jan 2013. p. 56-59.

Titmuss RM. Social Policy, An Introduction. London: George Allen&Unwin Ltd., 1974.

Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. (In) História e Perspectivas do SUS. Trindade N. et al. (Orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Ugá, MAD. Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde. Saúde em Debate, v.30, n.72, p.80-88, jan/abr. 2006.

Unimed Campinas. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedcampinas.com.br/site.aspx/Mapa-Portal> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Curitiba. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: [http://unimedcuritiba.com.br/wps/wcm/connect/portal/perfil/cliente\\_unimed/areas\\_abertas/reajuste\\_demitidos\\_aposentados/2015/](http://unimedcuritiba.com.br/wps/wcm/connect/portal/perfil/cliente_unimed/areas_abertas/reajuste_demitidos_aposentados/2015/) (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Federação SP. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://portalclientes.unimedfesp.coop.br/Login?ReturnUrl=%2f> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Paulistana. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedpaulistana.com.br/site/planos/> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Porto Alegre. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <https://www.unimedpoa.com.br/busca/geral/reajuste/1.aspx> (Acessado em 9 Out 2015)

Unimed Rio. Consulta a reajustes de planos de ex-empregados e aposentados. Disponível em: <http://www.unimedrio.com.br/contrato/ConsultaReajuste/> (Acessado em 9 Out 2015)

Werneck Vianna, MLT. A viabilidade de um Sistema Universal de Saúde no Brasil. Plataforma Política Social, 2015. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/a-viabilidade-de-um-sistema-universal-de-saudeno-brasil/> (Acessado em 7 Out 2015).´

Wilson, FL. Interest Groups and Politics in Western Europe: The neocorporatist approach. *Comparative Politics*, vol.16, no.1, oct 1983, p. 105-123. Disponível em [www.jstor.org](http://www.jstor.org). Acessado em 18.6.2011

Vianna ALD, Levcovitz, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana, ALD, Elias PEM, Ibañez N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, pp.15-57, 2005.

Villas-Boas B. Famílias gastam mais que o governo com saúde, aponta pesquisa do IBGE. *Folha de São Paulo*, 10 dez 2015. Cotidiano.

## APÊNDICE

Cláusulas de Saúde presentes em Acordos e Convenções Coletivas segundo os variados interesses temáticos dos trabalhadores (DIEESE, 1993 a 2012)

### **Assistência Farmacêutica**

Cláusula nº 12, ACT de 1997, trabalhadores de multinacional do setor alimentos – SP: “A empresa concederá a todos os seus empregados uma bonificação na compra de medicamentos, cujo percentual vincula-se ao salário respectivo, conforme escala: até 5 salários mínimos 90%; de 5 a 15 salários mínimos 75%; de 15 a 20 salários mínimos 55%; de 20 a 30 salários mínimos 35%.”

Cláusula nº 91, CCT de 1993, metalúrgicos das montadoras do setor automobilístico

ABC/SP: “As empresas, sempre que possível, estabelecerão convênio com farmácias e drogarias para aquisição de remédios pelos seus empregados”.

### **Auxílio de Saúde**

Cláusula nº 12, ACT de 1996, papeleiros de empresa de papel e celulose – BA: “A XXX concederá um empréstimo social por ano, para tratamento odontológico de seus empregados e dependentes, que será concedido mensalmente para até 10% do efetivo de pessoal distribuídos proporcionalmente entre as áreas”.

Cláusula nº 41, ACT de 2005, bancários de empresa federal de capital misto: “Aos funcionários empossados a partir de 12/01/1998 será assegurado o acesso aos recursos do programa de Assistência Social, sob a forma de adiantamento, para tratamento psicoterápico relativo a 50% do valor estipulado na Tabela geral de Auxílio da XXX, condicionado ao esgotamento do limite de 200 sessões individuais disponibilizados ao associado da XXX”.

Cláusula nº 18, CCT de 2012, vigilantes – DF: “Fica convencionado que as empresas para fins de custeio assistencial e odontológico aos seus empregados, repassarão o valor de R\$ 7,00 mensalmente para o sindicato laboral por cada empregado contratado, a ser pago até o 20º dia do mês subsequente”.



Cláusula nº 26, CCT de 2012, metroviários – RJ: “Para aqueles empregados que no ato da demissão, sem justa causa, comprovem que são portadores de doenças crônicas: mio cardiopatia grave, neoplasias, mal de Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose em placa, insuficiência renal crônica terminal, AIDS e mal de Parkinson, será mantido, e arcando a empresa com o custo total, da mesma modalidade do plano de saúde que possuir o empregado demitido, excluindo seus dependentes, por 24 meses”.

### **Saúde Ocupacional**

Cláusula nº 52, CCT de 2000, metalúrgicos (XIX-III) - ABC/SP: As empresas não exigirão prévia requisição de guia para encaminhamento do empregado ao convênio médico, quando este necessitar de atendimento de urgência.

Cláusula nº 44, CCT de 2005, empregados empresas de telemarketing – SP: A empresa manterá convênios com clínica médica nas proximidades dos locais de trabalho, para atendimento preferencial de seus empregados. Pag119

Cláusula nº 19, ACT de 2008, eletricitários de empresa de energia – RJ: “A XXX se compromete com o aperfeiçoamento do Plano de Saúde oferecido ao seu quadro funcional mediante melhor divulgação dos esforços despendidos para ampliação da rede conveniada, assim como dos programas de prevenção da saúde e para a qualidade de vida agendados e, ainda, através da implementação de procedimentos internos de comunicação entre a empresa e os usuários, com sugestões e críticas, assegurada a resposta através da Gerência de Segurança e Medicina Ocupacional, visando propiciar aos mesmos participação e acompanhamento no desenvolvimento do plano”.

### **Plano de Saúde - Autogestões**

Cláusula nº 80, ACT de 2011, empresa de economia mista federal

“A companhia compromete-se em estudar modelos de atendimento e suporte aos pacientes idosos em instituições de longa permanência, tais como asilos, abrigos, lar, casa de idosos ou casa de repouso, assim como clínica geriátricas e clínicas e hospitais para idosos ou pacientes crônicos dependentes, disponibilizando como uma nova forma de cobertura assistencial aos beneficiários da AMS, com comprovada competência estrutural e assistencial”.

Cláusula nº 28, ACT de 2004, empresa setor financeiro – empresa pública federal: A XXX assegurará assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica, fonoaudiológica, fisioterápica, de serviços sociais e medicina alternativa reconhecidos pelo ministério da Saúde, aos seus empregados e respectivos dependentes, com participação contributiva mensal dos empregados (30%) e da XXX (70%). O titular do Saúde XXX (empregado ativo, aposentado e titular de pensão) contribuirá com mensalidade no valor de 2% da remuneração base.

Cláusula nº 10, ACT de 2007, autogestão de empresa privada do setor extrativista mineral – MG: "10.2.4. Atendimento Odontológico. A XXX participará nesse tipo de tratamento em 65%, no regime de credenciamento. 10.2.4.1. A XXX manterá o credenciamento de dentistas com especialidade em implante dentário. 10.2.5. Transplante de Órgãos A XXX, no regime de credenciamento, custeará em 99% as despesas hospitalares incorridas pelo doador externo (não empregado ou não dependente do mesmo), por ocasião da doação de órgão a empregado ou a seu dependente. (...) As despesas relativas a procedimentos de litotripsia extracorpórea e ultra-sônica (tratamento de cálculo renal), tomografia computadorizada, hemodinâmica, ressonância magnética, quando realizadas em regime de credenciamento, terão a participação da XXX estabelecida em 85%, exceto quando realizadas em regime de internação hospitalar, situação em que a participação da empresa nas despesas será de 99%. 10.2.6.2. Nas despesas relativas a procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no tratamento de câncer, e hemodiálise, todas no regime de credenciamento, a participação da empresa será de 99%. 10.2.7. Tratamento Fonoaudiológico; 10.2.7.1. A XXX renovará o tratamento fonoaudiológico, no regime de credenciamento, observados os seguintes percentuais em relação à participação da Companhia nas despesas efetuadas (...) A XXX considerará o cônjuge e, nos termos de seu regulamento, o (a) companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, como dependente do empregado para efeitos de assistência médica supletiva, independentemente da data de admissão do mesmo na empresa e da renda percebida. 10.4 Medicamentos Genéricos: A XXX cobrirá despesas com os medicamentos abrangidos pela Instrução DEHA 011/98 e também seus respectivos genéricos. 10.5. Medicamentos Especiais: A XXX tentará adquirir, diretamente de laboratórios, medicamentos não comercializados em farmácias, inclusive aqueles utilizados no tratamento da AIDS. A participação da empresa nessa despesa será de 60%. 10.6. AIDS 10.6.1. A XXX assumirá integralmente os custos do

exame de detecção do vírus da AIDS, quando solicitado pelo empregado ao médico da empresa e realizado na rede de laboratórios indicados pela XXX. (...)

Cláusula nº 40, ACT de 2008, setor financeiro – empresa de economia mista

“A todos os funcionários serão assegurados acesso aos recursos do Programa de Assistência Social para os seguintes eventos: (...) c) assistência e dependentes com deficiência; d) enfermagem especial; e) hormônio do crescimento; f) deslocamento para tratamento de saúde no país; g) deslocamento para tratamento de saúde no exterior; h) deslocamento para doação e recepção de órgãos e transplantes; (...) j) remoção em UTI móvel ou taxi aéreo; k) controle do tabagismo”.

### **Plano de Saúde - Sindicatos**

Cláusula nº 12, CCT de 2004, asseio e conservação – PR: “As empresas contribuirão para manutenção em favor de seus empregados, associados ou não, para os sindicatos profissionais que manterão um plano básico de assistência médica, no qual as empresas pagarão ao sindicato profissional respectivo, o valor de R\$ 15,00 por empregado, responsabilizando-se o sindicato assistência por consultas médicas”.

Cláusula nº 7, CCT de 1994, construção civil – SP: “As empresas representadas e integrantes da categoria do SINDUSCON-SP, são obrigadas a recolher mensalmente, a contribuição de 1% do valor bruto das folhas de pagamento de seus empregados, em favor do Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário do Estado de São Paulo - SECONCI/SP. Em decorrência desta contribuição, fica assegurada às empresas, assistência médico-ambulatorial aos seus empregados e respectivos dependentes”.

### **Plano de Saúde – Financiamento (Custeio)**

Cláusula nº 16, CCT de 2001, limpeza urbana – SP: “As empresas proporcionarão convênios médico-hospitalar aos seus empregados e dependentes legais, definidos na legislação previdenciária, nos moldes conveniados praticados pelo mercado, chamados de plano estander. O empregado, optante pelo convênio, pagará 2% do seu salário, através de desconto na folha de pagamento, para participar do convênio, e mais 2% por dependente, limitado o desconto total em 8% do seu salário base mensal”.

### **Plano de Saúde – Aposentados**

Cláusula nº 7, CCT de 2006, transporte coletivo urbano de passageiros - Goiânia/GO: “Ao empregado participante que for demitido sem justa causa ou que for aposentado, inclusive por invalidez, poderá optar por se manter no Plano de Saúde, com seus dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na fase laborativa, desde que assuma o pagamento integral”.

Cláusula nº 23, CCT de 2007, comércio GLP – SP: “As Empresas manterão convênio de Assistência Médica, para os atuais empregados aposentados, ainda em atividade, ou que vierem a se aposentar. A manutenção da citada Assistência Médica, extensiva aos seus atuais dependentes legais, nos mesmos padrões patrocinados aos seus empregados em atividade, terá duração de 02 anos. § 1º - O aposentado que venha a desenvolver qualquer atividade remunerada, ou que mudar seu domicílio para outra região, onde não exista atendimento da empresa de assistência médica, perderá o direito ao referido benefício”.

Cláusula nº 33, ACT de 1998, empresa de cimento de MG: “Fica assegurado aos trabalhadores que se aposentarem ao término do contrato de trabalho na Empresa e que tenham nela trabalhado por um período mínimo de 3 anos, assistência médica/odontológica pelo prazo de 4 meses”.

Cláusula nº 11, ACT de 2012, empresa pública federal: “A xxx oferecerá serviço de assistência médica, hospitalar e odontológica aos empregados ativos, aposentados na xxx com no mínimo 10 anos de serviços contínuos, bem como aos dependentes”.

### **Plano de Saúde – Cláusulas de Reciprocidade**

Cláusula nº 5, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “As partes esclarecem que desde a implantação via Acordo Coletivo de Trabalho, na Empresa, da jornada de 8 horas para turnos ininterruptos de revezamento, vem sendo em reciprocidade, concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e de benefícios, tais como: Pagamento de auxílio farmácia de 90% sobre valor dos remédios genéricos e 50% sobre o valor dos remédios normais, fornecimento de plano de assistência médica, entre outros”.

Cláusula nº 28, ACT de 2011, empresa multinacional do ramo de borrachas – SP: “Para os empregados que trabalharem em turno de revezamento, em reciprocidade, será concedido aos trabalhadores vantagens remuneratórias e benefícios, tais como:

fornecimento de plano de assistência médica, fornecimento de plano de assistência odontológica, entre outros”.

### **Plano de Saúde – Condicionalidades e Instabilidade**

Cláusula nº 18, CCT de 2008 e 2010, têxteis-PE: "As empresas se obrigam a manter assistência médica, hospitalar e dentária, inclusive em exames, radiografias, etc, nos moldes atualmente praticados.§ Único: As partes acordam que, havendo mudança na legislação dos planos de saúde, a qual inviabilize a manutenção desta cláusula, se reunirão para negociar alternativas para a mesma."

Cláusula nº 45, CCT de 2008, metalúrgicos setor eletroeletrônico de Manaus-AM: As empresas abrangidas por esta CCT, enquanto mantida a atual política de incentivos fiscais, concederão Assistência Médica a seus Empregados e dependentes respectivos, esses assim considerados de acordo com as normas da Previdência Social, a um custo simbólico.

Cláusula nº 10, ACT de 2010, empresa de telemarketing-PR: A empresa manterá plano de assistência médica arcando com 50% da mensalidade no plano básico, podendo esse optar pelo plano superior, arcando com a diferença. A empresa reserva-se o direito de substituir o plano de saúde a qualquer tempo caso não tenha recursos financeiros para sua manutenção.

### **Plano de Saúde – Livre Opção do Empregado**

Cláusula nº 19, CCT de 2009, refeições coletivas – SP: "As empresas concederão, obrigatoriamente, Assistência Médica Hospitalar aos seus empregados e dependentes legais.§ 1º - Fica facultado ao empregado, optar ou não pela sua inclusão no Plano de Assistência Médica. § 2º - Para manutenção do Plano de Assistência Médica as empresas poderão solicitar a participação financeira do empregado, ficando consignado o teto de, no máximo, 30% do custo mensal do plano adotado pela empresa. "

Cláusula nº 42, CCT de 2010, químicos do ABC-SP: As empresas que mantêm convênios de assistência médica, hospitalar ou odontológica permitirão que os empregados possam declinar expressamente do direito de uso para si e dependentes. Caso o empregado queira retornar ao plano deverá se submeter às condições contratuais constantes dos mesmos.

Cláusula nº 11, ACT de 1996, fumageiros empregados de multinacional-RS: A empresa concederá, durante a vigência deste acordo, assistência médico-hospitalar a seus

empregados contratados por prazo indeterminado e dependentes. Fica convencionado, porém, que a assistência médico-hospitalar ficará subordinada às condições e limites previamente estabelecidos pela empresa e terá caráter opcional e o empregado contribuirá, a título de participação, com importância mensal de R\$9,54 por usuário, até o limite máximo de R\$38,16 mensais.”

Cláusula nº 39, CCT de 1996, gráficos – RS: “As empresas com mais de 100 empregados deverão firmar convênios com prestadores de serviços médicos e odontológicos para assistência a seus empregados e dependentes sem ônus para os mesmos. Tal obrigação, em relação à assistência médica, limita-se a consultas e atendimento ambulatorial, em relação aos serviços odontológicos, limita-se a obturações e extrações”.

Cláusula nº 19, CCT de 2009, alimentação/panificação – SP: "As empresas pertencentes ao setor econômico abrangido pelo Sindicato das Indústrias de Panificação e Confeitaria de São Paulo, vinculadas a essa Convenção Coletiva, obrigam-se a subsidiar o convênio médico, plano de saúde ou equivalente, para os seus empregados (não abrangendo dependentes), com opção facultativa por parte do empregado, a ser concretizado durante a vigência da presente CCT. a) O custeio do Plano de Saúde, para as empresas que contém com até 40 empregados, será suportado a razão de 70% pelo empregado e de 30% pelo empregador. b) Para as empresas que tenham contratado à partir de 41 empregados a proporção de custeio de 60% para o empregado e 40% para o empregador. c) Fica estabelecido um limite máximo para a contratação do convênio médico de R\$ 55,00, para os termos de atendimento desta CCT”.

Fonte: SACC/DIEESE.