

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Hugo Crasso Oliveira do Nascimento

**A atuação do Instituto Coalizão Saúde na articulação das empresas do setor no Brasil**

Rio de Janeiro

2020

Hugo Crasso Oliveira do Nascimento

**A atuação do Instituto Coalizão Saúde na articulação das empresas do setor no Brasil**

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristiani Vieira Machado.

Coorientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: The role of the Instituto Coalizão Saúde in the articulation of companies in the sector in Brazil.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

N244a Nascimento, Hugo Crasso Oliveira do.  
A atuação do Instituto Coalizão Saúde na articulação das empresas do setor no Brasil / Hugo Crasso Oliveira do Nascimento. -- 2020.  
142 f. : il. color.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado.  
Coorientadora: Mariana Vercesi de Albuquerque.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Política de Saúde. 2. Parcerias Público-Privadas. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Privatização. 5. Setor Privado. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10981

Hugo Crasso Oliveira do Nascimento

**A atuação do Instituto Coalizão Saúde na articulação das empresas do setor no Brasil**

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de junho de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Antônio de Freitas Sestelo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sheyla Maria Lemos Lima  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Vercesi de Albuquerque  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

## **AGRADECIMENTOS**

Meu Cruzeiro do Sul

Pés, montanhas e vômito

couro dos pés

Fezes, bolhas e calo

Cabeça sem pelos

A cada passo esquadrinha

Costura história e reminiscência

Contorcida linha

Fios de pele viva

Dança infante

Vida e arte em cartaz

Olhos de nuvem iridescente

Andarilho de sertãos

Medo, raiva e nojo

O mundo iminente

Mergulhado canhoto

Caminhos outros segue

Matulão cheio  
Brinquedos, caneta, cadeira  
Coração pulsa  
E às vezes sentado observa

Ombros dados  
Caminho junto e solitário  
Comigo palavras, signos meus  
Espólio, muamba de família, amor e amigo

*Hugo Crasso*

## EPÍGRAFE

*O Deus que você sente é o Deus dos santos  
A superfície iridescente da bola oca  
Meus deuses são cabeças de bebês sem touca  
Era um momento sem medo e sem desejo  
Ele me deu um beijo na boca  
E eu respondi àquele beijo*

CAETANO VELOSO

*E o nojo e a lama lavasse  
E o Eco pagão aos meus ouvidos recordasse  
Que o olho por onde eu vejo Deus  
É o mesmo olho por onde Ele me vê*

WALY SALOMÃO

*Y los caminos de ida  
En caminos de regreso  
Se transforman, porque eso  
Una puerta giratoria  
No más que eso, es la historia*

JORGE DREXLER

## RESUMO

As políticas de saúde no Brasil historicamente têm sido influenciadas pelo caráter das relações público-privadas em saúde. Mesmo no período de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se o crescimento e mudanças na dinâmica de segmentos dos mercados em saúde no país. A pesquisa teve o objetivo de caracterizar e analisar a atuação do Instituto Coalizão Saúde (ICOS), uma associação de entidades empresariais da saúde fundada em 2014. Os eixos de análise foram: contexto, organizações e atores envolvidos; agenda e estratégias de atuação do ICOS. A principal técnica de pesquisa foi a análise documental, abarcando os sites institucionais do ICOS e de organizações associadas, os documentos do Instituto e matérias publicadas na grande mídia. O ICOS é composto por organizações privadas que representam diferentes setores do empresariado da saúde, nacionais e internacionais: prestadores de serviços, fornecedores de insumos e equipamentos, laboratórios, empresas de informação e gestão da saúde, e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O presidente e o vice-presidente do ICOS têm importante protagonismo, além de trajetória que expressa a atuação em empresas privadas, grandes hospitais filantrópicos e relação com universidades públicas. A agenda política do ICOS parte de críticas ao sistema de saúde brasileiro e proposições voltadas ao aumento da articulação público-privada, fortalecimento do setor privado e modernização do empresariado do setor. Suas estratégias de atuação envolveram a elaboração de documentos, realização de eventos e busca de diálogo com atores políticos do Executivo, Legislativo e Judiciário. Conclui-se que o ICOS atua como um *think tank* na saúde, que busca articular interesses de diferentes segmentos empresariais em torno de propostas para influenciar as políticas de saúde, visando expandir o espaço do setor privado no país. A entidade expressa mudanças na mobilização política e no dinamismo do empresariado nacional, em articulação com empresas internacionais, e aos poucos vem expandindo seu número de associados e amplitude de influência, a partir de São Paulo, com iniciativas voltadas para outras regiões do Brasil e outros países da América Latina.

Palavras chave: Empresariamento da saúde; Privatização; *Think tank*; relações público-privadas em saúde; Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

Health policies in Brazil have historically been influenced by the character of public-private relations in health. Even in the period of implementation of the Unified Health System (SUS), growth and changes in the dynamics of segments of the health markets in the country were observed. The research aimed to characterize and analyze the performance of the Instituto Coalizão Saúde (ICOS), an association of business health entities founded in 2014. The axes of analysis were: context, organizations and actors involved; ICOS agenda and action strategies. The main research technique was document analysis, covering the institutional websites of ICOS and associated organizations, the documents of the Institute and articles published in the mainstream media. ICOS is made up of private organizations representing different sectors of the healthcare business, national and international: service providers, providers of supplies and equipment, laboratories, information and health management companies, and the Faculty of Medicine Foundation of the University of São Paulo. The president and vice president of ICOS have an important role, in addition to a trajectory that expresses the performance in private companies, large philanthropic hospitals and relations with public universities. The ICOS political agenda is based on criticisms of the Brazilian health system and proposals aimed at increasing public-private articulation, strengthening the private sector and modernizing the sector's business community. Its action strategies involved the elaboration of documents, the holding of events and the dialogue with political actors from the Executive, Legislative and Judiciary. It is concluded that the ICOS acts as a think tank in health, which seeks to articulate interests of different business segments around proposals to influence health policies, aiming to expand the space of the private sector in the country. The entity expresses changes in the political mobilization and dynamism of the national business community, in articulation with international companies, and is gradually expanding its number of associates and breadth of influence, from São Paulo, with initiatives aimed at other regions of Brazil and others Latin American countries.

Keywords: Health entrepreneurship; Privatization; Think tank; public-private health relations; Health Unic System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01-	Metodologia do projeto de pesquisa.....	55
Quadro 02-	Associados do Instituto Coalizão Saúde, segundo escopo de atuação, 2019.....	64
Figura 01-	ICOS e seus associados conforme relação com o sistema público de saúde.....	75
Quadro 03-	Componentes do conselho administrativo do ICOS, segundo organização que compõem e seus cargos nelas em 2019.....	75
Figura 02-	Vinculações institucionais na trajetória profissional de Claudio Lottenberg, presidente do ICOS, conforme grau de finalidade pública ou privada em 2019.....	84
Figura 03-	Vinculações institucionais na trajetória profissional de Guido Cerri, presidente do ICOS, conforme grau de finalidade pública ou privada em 2019.....	85
Quadro 04-	Documentos produzidos e publicados pelo ICOS (2014 a 04/2020).....	89
Figura 04-	Forças que pressionam o sistema de saúde brasileiro.....	93
Figura 05-	Matriz de priorização das estratégias do ICOS.....	100
Figura 06-	Resultado da priorização das estratégias do ICOS.....	101
Figura 07-	Jornada de implementação da visão do ICOS no Brasil.....	102
Quadro 05-	Modelos de pagamento.....	103
Figura 08-	Exemplos de dados existentes no sistema de saúde.....	118
Quadro 06-	Estratégias de e-saúde para o brasil, segundo o ICOS.....	110
Figura 09-	Descrição dos custos envolvidos no sistema de saúde suplementar.....	115
Figura 10-	Perfil epidemiológico brasileiro e os custos do envelhecimento da população conforme avaliação do ICOS.....	116

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abimo	Associação Brasileira da Indústria de Artigos de Equipamentos Médicos e Odontológicos
Abraidi	Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde
Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Abramedi	Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMB	Associação Médica Brasileira
Anahp	Associação Nacional De Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CBEX	Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde
CDC	Control Disease Center
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de saúde
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNSaúde	Confederação Nacional da Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HSL	Hospital Sírio-Libanês
ICOS	Instituto Coalizão Saúde
J&J	Johnson & Johnson
PSC	Partido Social Cristão
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAHO	Organização Panamericana de Saúde

PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PROADI	Programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
Sinaemo	Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares do Estado de São Paulo
Sindusfarma	Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema único de Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS E OS MERCADOS EM SAÚDE</b> .....	17
2.1	AMÉRICA LATINA.....	18
2.2	BRASIL.....	20
2.3	OS THINK TANKS ENTRAM EM CENA.....	45
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	51
3.1	TÉNICAS DE PESQUISA.....	53
4	<b>O INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE</b> .....	57
4.1	ORIGEM E OBJETIVOS.....	57
4.2	OS ASSOCIADOS.....	60
4.3	DIREÇÃO E COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS.....	75
4.4	PERFIL DO PRESIDENTE E DO VICE-PRESIDENTE DOS CONSELHOS.....	78
5	<b>AGENDA E ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DO ICOS</b> .....	87
5.1	TEMAS PRIORITÁRIOS.....	100
5.2	TEMAS DE ATAQUE.....	103
5.2.1	<b>Valor e uso de dados em saúde</b> .....	103
5.2.2	<b>Reformulação da regulação estatal e reorganização das operadoras de planos e seguros de saúde</b> .....	112
5.3	<b>CONTEXTO DE PRODUÇÃO E ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DA AGENDA</b> .....	117
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	127
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	132

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os rumos das políticas públicas de saúde estão sempre em disputa. A Constituição de 1988 foi importante para o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição do Sistema Único de Saúde representou o compromisso de expansão das ações e serviços públicos para concretizar as diretrizes de universalidade e integralidade da atenção.

As décadas subsequentes, no entanto, mostraram que a expansão da ação estatal na saúde e dos serviços públicos não rompeu com o peso histórico do setor privado no setor. Ao contrário, ao longo de três décadas o Estado fomentou os diversos segmentos privados atuantes na saúde, com variadas formas de incentivo e subsídios. Além disso, os segmentos privados se tornaram mais dinâmicos e as organizações privadas buscaram novos mercados, estratégias empresariais, formas de articulação e de ação política, visando a influenciar os rumos das políticas de saúde.

Assim, as relações público-privadas se constituem em importante elemento no entendimento dos caminhos trilhados e do futuro que se desenha hoje no setor. A configuração dessas relações no país tem por consequência a corrosão dos objetivos sociais do sistema de saúde, submete a política social e gera aumento da iniquidade na oferta, no acesso e no uso de serviços (SANTOS, 2016).

Há mais de três décadas, Cordeiro (1984) advertia que compreender as entidades empresariais do setor era fundamental para decifrar o complexo desenvolvimento das políticas de saúde brasileiras. Uma análise linear, contínua e positivista, não resolve o desafio de compreender as políticas de saúde, dada a sua complexidade e o processo intenso de penetração das relações capitalistas nas práticas médicas. Tampouco cabem análises que considerem a História monolítica e homogênea, essas não dão conta de compreender as medidas contraditórias presentes nas políticas de saúde, muitas vezes de forma periférica aos enunciados formais. É necessário ainda perceber a influência das transformações capitalistas no setor, decorrentes da força que as empresas possuem nas disputas ocorridas entre os atores nos diferentes momentos da história.

Para Falleiros (2018), essa questão segue atual até hoje. As empresas do setor têm cumprido papel fundamental no decorrer da história das políticas sociais e de saúde no país,

sobretudo nos últimos anos. Seus interesses se expressam a partir de diferentes entidades, conforme as condições histórico-estruturais e a correlação de forças do período.

Essas questões remetem à necessidade de analisar as diversas facetas das relações entre Estado e o setor privado na saúde. Apesar do expressivo número de pesquisas sobre o tema no período de implantação do SUS, continua relevante aprofundar os estudos sobre as formas de articulação e estratégias políticas das entidades e atores privados para influenciar as políticas de saúde, a exemplo de trabalhos como os de Bahia (1999), Faleiros (2018), Sestelo (2018), dentre outros.

O debate sobre as relações público-privadas em saúde não deve ser reduzido ao entendimento de que o privado é apenas o contrário do público. Público e privado não são dois polos com divisão clara. Na realidade, essa linha é tênue, e suas interseções e separações variam continuamente. Na saúde, essa divisão assume diferentes conformações a depender do tempo e local de onde se analisa, podendo ter origens tanto na ação direta do Estado como na pressão indireta das classes empresariais. Para alguns autores, não é necessária a exposição dos bens públicos ao mercado para configurar a privatização, esta pode operar através da implantação de mecanismos de competição de mercado dentro da estrutura pública (MAARSE, 2006).

Tais limites estão cada vez mais borrados, evidenciando uma grande complexidade dessas relações, que se expressa no financiamento, provisão, e gestão das políticas públicas de saúde, com diferentes impactos sociais. (LUZURIAGA; BAHIA, 2017).

Santos (2013) argumenta que, do ponto de vista da assistência e prestação de serviços de saúde, em alguma medida, todos os sistemas de saúde do mundo misturam o público com o privado, o que torna fundamental avaliar se o interesse público prevalece sobre o privado ou não. A atuação de organizações e agentes privados nos sistemas de saúde se expressa em diferentes segmentos, com relevância, dinâmica e formas variadas de interação com o Estado, a depender da configuração dos sistemas em cada contexto. Alguns exemplos são: prestadores de serviços assistenciais privados de diferentes tipos, lucrativos ou não; compradores de serviços; empresas atuantes na produção, distribuição e comercialização de insumos e produtos em saúde; empresas que comercializam planos pré-pagos, seguros de saúde e organizações de profissionais da área.

A dicotomia entre público-privado surge ainda na antiguidade, em que o espaço público era o espaço da liberdade e da política, enquanto o privado era da casa e da família esta última à política. Nas sociedades pré-modernas esse conceito modifica-se, e o público torna-se aquilo

que está submetido à lógica estatal, espaço de domínio do senhor, esfera do Poder. Somente na modernidade que esses conceitos se articulam, tornando o público submetido aos indivíduos singulares, enquanto o privado torna-se dependente da experiência de vida comum. Amplia-se a noção de privado que ultrapassa a intimidade para englobar a atividade econômica organizada em torno do mercado, com garantia de autonomia da esfera privada do indivíduo em relação à esfera de competência estatal; a esfera pública, por sua vez, expressa a subordinação do interesse coletivo ao individual (MENICUCI, 2010).

Uma das principais tipologias utilizadas para categorizar essa relação consiste na classificação da OCDE, segundo a forma de inserção dos seguros privados nos sistemas predominantes, que podem ter cobertura ampla e se assemelhar a dos serviços públicos, caracterizando dupla cobertura, ou ainda podem apresentar cobertura suplementar, quando o serviço privado cobre sofisticações associadas ao serviço público, como melhor hotelaria. Ou ainda, podem ser classificados como complementares, caso o serviço privado ofereça os serviços de saúde essenciais porém a partir do copagamento, por exemplo (SANTOS, 2011).

Essa visão, conforme alertam Sestelo, Souza e Bahia (2013), confere maior foco ao acesso à política de saúde, entretanto, nos países latinoamericanos periféricos, ocorreu também uma importante privatização dos prestadores de serviços públicos, possibilitando que empresas privadas selecionadas realizem a produção e gestão dos serviços de saúde públicos.

Sobre o tema Menicucci (2010) aponta:

“Mais do que buscar uma suposta pureza conceitual, do ponto de vista prático e também analítico, a separação entre os dois conceitos não parece frutífera, visto que as formas de articulação entre eles se tornam bastante complexas e variadas, atualizando, também, no caso da saúde, a ideia de que o público se tornou dependente dos indivíduos singulares, ao mesmo tempo em que a afirmação do privado se tornou dependente da experiência da vida coletiva. Quando o privado ultrapassou a intimidade para englobar a atividade econômica organizada em torno do mercado, ao mesmo tempo em que as atividades econômicas atingem o nível público, questões pertinentes à esfera privada transformam-se em interesse coletivo e os interesses privados assumem importância pública.

Também no campo específico da saúde no Brasil, o significado valorativo dos dois termos da dicotomia público-privado orientou, pelo menos no passado recente, os termos do debate entre os defensores da saúde enquanto direito, a partir do reconhecimento e da crítica de uma ‘privatização do público’ em função da penetração de interesses privados na esfera governamental. Essa crítica se associou à defesa de uma ‘publicização do privado’, tendo como objetivo a garantia dos ‘interesses públicos’ no campo da saúde. Também nesse último caso, mais recentemente ensaia-se um debate sobre os limites da intervenção do Estado no âmbito privado, entendido não mais como o lugar da manifestação de interesses privados, mas na sua aceção não-política da esfera da intimidade.”

Dessa maneira, percebe-se que esse é um conceito de difícil definição dada a complexidade, imbricação e contradições da relação público-privada no setor em países como

o Brasil. Neste trabalho procuro identificar as diferentes interseções entre esses setores a partir dessa visão da relação entre as duas esferas.

Segundo Basu e colaboradores (2012), os sistemas que se baseiam fortemente no setor privado levam a desigualdades no acesso da população aos serviços de saúde, sendo desfavoráveis às pessoas que não estão inseridas nos setores dinâmicos da economia, como pobres, populações tradicionais e residentes em áreas rurais. Nesses sistemas, a acurácia do diagnóstico e a aderência ao tratamento medicamentoso costumam ser menores, o número de cesarianas maior, o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis não segue as recomendações mais recentes, resultando em taxas de cura menores. Ainda segundo o autor, o uso de medicações e procedimentos desnecessários é maior e os gastos com a regulação do setor privado são grandes. Os serviços privados costumam se orientar mais para as populações de maior renda e com menor necessidade de assistência a saúde, utilizam muitos medicamentos e equipamentos de alta tecnologia, o que encarece o serviço e reduz a eficiência. Alguns estudos indicam, inclusive, que a privatização do sistema de saúde encarece os preços das medicações, pois a disponibilização dos medicamentos pelos serviços públicos influencia no decréscimo do preço. Além disso, os custos administrativos de manutenção costumam ser mais elevados (BASU *et al*, 2012).

No Brasil, existem numerosos estudos sobre as relações público-privadas em saúde, inclusive no período de implantação do Sistema Único de Saúde. No entanto, ainda há várias questões a serem mais exploradas e compreendidas, entre as quais a organização e as estratégias dos atores empresariais da saúde para expandir a sua atuação no setor. Enquanto estudos pioneiros como o de Cordeiro (1984) já alertava para a complexidade desse fenômeno, investigações recentes, como as de Sestelo (2018) e Bahia (1999), têm apontado seu dinamismo e mudanças nas últimas décadas.

A pesquisa desenvolvida representou um estudo de caso do Instituto Coalizão Saúde (ICOS), uma iniciativa de associação de entidades empresariais da saúde no Brasil, configurada a partir de 2014, que reúne atualmente 33 organizações brasileiras e estrangeiras, em sua maioria privadas. A realização de um estudo sobre o ICOS se justifica pela necessidade de compreensão da reorganização do empresariado brasileiro da área, bem como pela aparente inovação na sua estrutura e forma de atuação.

Algumas preocupações que nortearam o estudo foram: a busca de maior compreensão sobre o fenômeno de empresariamento da saúde no Brasil; o caráter das relações público-privadas no Sistema Único de Saúde; e a expansão de *think tanks* na saúde.

O objetivo principal foi compreender o ICOS como uma organização associativa, que se constituiu em meio à atuação de grupos de interesse nas políticas de saúde no país, e que reúne organizações e atores privados (em sua maioria), com interesses variados em busca da construção de uma agenda comum, visando a influenciar as políticas de saúde no país.

A pesquisa foi orientada por dois eixos de análise: 1) Contexto, organizações e atores; 2) Agenda e estratégias de atuação. A partir desses dois eixos de análise, buscou-se refletir sobre as possibilidades e limites em termos de influência da atuação do ICOS sobre as políticas de saúde no Brasil.

Além desta Introdução, a dissertação compreende mais quatro capítulos. O Capítulo 1 traz uma breve discussão sobre políticas e mercados em saúde no Brasil com base em pesquisa bibliográfica. O Capítulo 2 apresenta de forma mais detalhada os procedimentos metodológicos do estudo. O Capítulo 3 descreve o Instituto, as organizações que o compõem e o perfil de suas principais lideranças. O Capítulo 4 aborda o conteúdo da agenda política do ICOS e suas estratégias de atuação. O Capítulo final discute o papel e a atuação do ICOS à luz da reflexão sobre o empresariamento na saúde e algumas perspectivas e desafios para as políticas.

## 2 NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS E OS MERCADOS EM SAÚDE

No contexto internacional do capitalismo do final do século XIX, as práticas de saúde deixaram seu caráter artesanal, exercido pelo médico isoladamente e adquiriram características técnicas e financeiras de grande indústria. O hospital moderno passou a assumir um papel de destaque e a assistência à saúde a incidir sobre a recuperação, reprodução e manutenção da força de trabalho, além de se caracterizar como elemento de consumo da população, sob influência de fatores políticos e econômicos. O caráter produtivo do setor não deve ser esquecido, pois remete à necessidade de compreensão das condições gerais de produção, seja naquilo que o setor possui de específico, ou nos elementos comuns às atividades produtivas no capitalismo (BRAGA; PAULA, 2017).

As políticas sociais cumprem papel de intermediação entre mercado e sociedade, e podem se configurar de diferentes formas nos diversos momentos da história e locais do mundo<sup>1</sup>. Essas políticas expressam o caráter contraditório da atuação do Estado capitalista que busca, de um lado, manter os lucros da burguesia e, de outro, responder às demandas sociais dos trabalhadores (FLEURY, 1994).

Tais políticas expressam diferentes posições e graus de influência dos atores envolvidos, sendo a sua origem e evolução determinantes à sua organização. Os conflitos sociais também se expressam na saúde, sob mecanismos estruturais e ideológicos próprios, que podem determinar diferentes rotas para as políticas de saúde. Dessa maneira, o caminho para a análise do setor é trabalhoso (FLEURY, 1994).

Os sistemas nacionais de saúde podem apresentar diferentes configurações, que se relacionam ao caráter das políticas sociais nos países em questão. Aqueles estruturados em forma de sistemas únicos, públicos, orientados pela saúde como direito, mesmo que contratem prestadores privados, tendem a ter serviços com fundo e administração públicos, financiamento baseado na solidariedade, cobertura populacional universal, integralidade na atenção e

---

<sup>1</sup> A história das políticas sociais promovidas pelo Estado começa a ganhar expressão ainda no século XIX na Europa, a partir das reivindicações dos trabalhadores dos grandes centros industriais e aglomerados urbanos como Londres. Entretanto, por diversos motivos, somente após a II Guerra Mundial, durante a intensa disputa econômico-ideológica, e as graves consequências que devastaram o continente no período, que essas iniciativas tomaram maiores proporções, sendo ordenadas e estruturadas em uma nova conformação do Estado capitalista nessa região, o *Welfare State*, baseado na solidariedade e cidadania social (ESPING-ANDERSEN, 1991).

melhores condições de acesso. Já os seguros sociais de saúde do Estado, mesmo públicos, tendem a manter as iniquidades maiores em alguma medida, com serviços fragmentados, centrados no cuidado individual, sem caráter sistêmico, com dificuldades de planejamento, regulação limitada e diversos tipos de pacotes de serviços, com gastos individuais e coletivos mais altos (LAURELL, 2012).

Percebe-se ainda, que sistemas de saúde fortemente baseados na assistência privada tendem a gerar ainda mais iniquidades, devido à estratificação por pagamento e fragmentação do cuidado, resultando em acesso desigual, desarticulação dos estabelecimentos e equipes de saúde e, dessas, com suas demandas. Os sistemas de saúde com esse perfil produzem ainda a elevação dos custos de procedimentos e se justificam pela liberdade de escolha da seguradora, conforme pagamento, e maior acesso às novas tecnologias<sup>2</sup> (BAHIA, SCHEFFER, 2014).

Assim, a melhor forma de compreender processos sociais complexos, como a privatização dos sistemas de saúde no mundo, é pesquisar como ocorreu o desenvolvimento histórico da política pública (LUZURIAGA, 2018) e a configuração das relações público-privadas em saúde em cada contexto específico.

## 2.1 AMÉRICA LATINA

Laurell (2009) avalia que as políticas sociais buscam atuar sobre questões sociais complexas e intensas resultantes do desenvolvimento capitalista. Na região latino-americana, a acelerada concentração da população nos centros urbanos e sua dependência ao mercado de trabalho assalariado levaram ao rompimento de vínculos com a natureza e meios de subsistência, fazendo desaparecer as formas tradicionais de proteção e crescer a pobreza e insegurança social.

Ao longo do século XX na América Latina, as políticas públicas de saúde se estruturaram em vários países, durante períodos de industrialização, em geral envolvendo ações centralizadas de saúde pública e ações de assistência médica estratificadas e inicialmente

---

<sup>2</sup> Sobre essa questão, vale ponderar que a aquisição gradual de mais tecnologia produz uma tendência no setor saúde de aumento progressivo dos seus custos, o que na atualidade se torna um desafio para a garantia do direito à saúde (MENICUCCI, 2011).

associadas à previdência. O formato predominante foi o de seguros de saúde, no qual apenas trabalhadores formais possuíam acesso aos serviços de assistência médica (FLEURY, 1994).

O momento de implementação das políticas sociais foi um elemento definidor. Países que implementaram essas políticas primeiro, surgidas em meio a governos populistas, apresentam maior fragmentação, devido a relação dessas políticas com o modelo previdenciário predominante da época. São, ainda, variáveis importantes no seu desenvolvimento a estrutura institucional existente, os atores e as estratégias destes e a capacidade de implementação das reformas por parte dos governos (FLEURY, 2001).

Inseridas na economia mundial de forma periférica, as nações latino-americanas, ex-colônias dos países de capitalismo central, expressam grandes desigualdades sociais e terminaram por reproduzi-las em certa medida ao longo da sua história. Outros elementos influenciaram essa evolução, tais como o grau de consolidação da democracia e sua amplitude; a estrutura de classes existente; a conformação do proletariado industrial e das relações trabalhistas; a estruturação da urbanização; o PIB *per capita*; e o histórico da conformação das políticas sociais com amplitude limitada, que expressam uma relação desigual em favor do mercado, sustentada pelo Estado (LAURELL, 2009).

No campo das políticas sociais, nas décadas de 1960, 1970 e 1980, em alguns países da América Latina como Chile e Argentina, houve ampliação do setor privado dentro do aparato estatal, por meio de mecanismos de privatização de serviços públicos e separação das funções de financiamento e provisão, operando uma reorganização da relação entre Estado, Mercado e Sociedade e do compromisso social (FLEURY, 1994). No Brasil, os incentivos estatais, diretos ou indiretos, providos às empresas privadas também são parte da história da política de saúde brasileira, em diferentes momentos e formatos, favorecendo o crescimento de tais empresas ao longo das últimas décadas (MACHADO; LIMA, 2017).

Mesa-Lago (2005) acrescenta ainda, como consequências desse desenvolvimento histórico, a introdução, nas décadas de 1970 e 1980 da liberdade de escolha do prestador; ampliação da cobertura do serviço; a focalização dos subsídios fiscais aos pobres; aumento da eficiência dos serviços; mudança do financiamento, passando ao modelo de reembolso; redução dos gastos públicos com aumento de copagamentos e cotas de uso; e promoção de maior controle social.

Importante lembrar também da influência do Fundo Monetário Mundial (FMI) e Banco Mundial sobre as políticas econômicas e sociais, sobretudo na América Latina, a partir dos anos 1980. Tal influência não se deu somente por meio de empréstimos financeiros, mas também pela difusão de uma agenda de reformas orientada pelas seguintes diretrizes para os sistemas de saúde: descentralização dos serviços públicos; estrangulamento das políticas sociais através de redução do seu financiamento; e o direcionamento dos gastos públicos apenas com as populações mais pobres, incapazes de pagar pelos serviços de saúde, conformando assim políticas focais (LUZURIAGA, et al. 2013).

O panorama da redemocratização latino-americano viria a apresentar uma inflexão parcial entre 1980 e 1990, um processo contraditório que ocorreu em alguns países, durante a sua transição democrática. Tal movimento combinou a crescente força dos trabalhadores com a influência dos governos neoliberais eleitos no período, obtendo resultados conflitantes. Ocorreu, assim, o aumento de cobertura e descentralização, porém sem o financiamento e autonomia adequados; também foi elevada a taxa de impostos dos mais pobres, e mantida a presença do mercado dentro das políticas sociais (FLEURY, 2017).

A partir da década de 2010, novas reformas têm aprofundado a inflexão neoliberal em várias nações latino-americanas, um cenário de crise econômica e ascensão de governos neoliberais e neoconservadores confere ameaças à democracia e aos direitos sociais conquistados (MACHADO; LIMA, 2017).

## 2.2 BRASIL

No Brasil, o início de ações mais organizadas do Estado por meio de políticas de saúde remonta ao final do século XIX e início do século XX, expressa em ações de saúde pública voltadas ao controle de doenças específicas, principalmente infecciosas. Alguns autores enfatizam mesmo a importância da área da saúde na constituição do Estado Nacional, que teria auxiliado no estabelecimento de uma identidade nacional, ultrapassando os limites da saúde, e atingindo a sociedade em geral, através da imagem de um país doente, cuja modernização era fundamental para superar aquele cenário. Essa construção foi fundamental na conformação do Estado brasileiro (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Para Braga e Paula (2017), o desenvolvimento capitalista tardio brasileiro marca de forma importante a saúde no país. Esta surge na década de 1930 enquanto questão social ainda durante o predomínio da exportação cafeeira na economia, em que emergia o trabalho assalariado que determinou tanto o adoecimento da população quanto a divisão do trabalho, incipiente, nesta altura, devido ao baixo patamar de desenvolvimento científico e tecnológico do período. Tais propriedades conferiam ao Estado brasileiro bases sociais e financeiras estreitas, que dificultavam o provimento de soluções aos problemas sociais de então. Soma-se a isso a pouca força da categoria dos assalariados, ainda com desenvolvimento embrionário e ausente na cena política da estrutura de poder da Primeira República.

Antes da década de 1920, as políticas liberais imprimidas pelo Estado possibilitaram o fortalecimento da frágil burguesia industrial brasileira, pois eram garantidas condições de grande exploração da força de trabalho. As políticas implementadas não feriam as necessidades da classe dominante, oligarquias agrárias, que visavam centralmente a manutenção do federalismo para permitir a autonomia dos estados e o não compartilhamento das suas riquezas com a nação. Ademais, a ideologia liberal era favorável a esse interesse, justificava tal autonomia e auxiliou na construção do consenso no seu entorno (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

O auge da economia cafeeira que culminou com o acelerado crescimento urbano, desenvolvimento industrial e acumulação capitalista constituiu uma crise da sociedade brasileira da Velha República (BRAGA; PAULA, 2017).

Esse processo foi responsável pelo deslocamento do polo dinâmico da economia ao centro-sul do país, que gozou de grande crescimento urbano-industrial na região, fazendo expandir e modernizar a estrutura de transportes e portos para exportação (Rio de Janeiro e Santos). Os excedentes das exportações eram investidos na indústria, conforme o crescimento do mercado nacional, fazendo crescer em tamanho e importância a indústria de então. Nesse processo, cresceu a classe trabalhadora, inclusive com participação de imigrantes europeus, oriundos de outro contexto social, que compuseram também o movimento operário-sindical em expansão (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

As políticas de atração e fixação de imigrantes tornaram-se cada vez mais fortes, pois o crescimento econômico exigia mão de obra qualificada, não existente em quantidade suficiente

no país, assim, passaram a ser oferecidos benefícios e auxílios previdenciários aos trabalhadores (BRAGA; PAULA, 2017)<sup>3</sup>.

Essas políticas marcam uma mudança na ação das elites agrárias e governantes, que percebem que a mera repressão não resolveria os problemas combatidos pelo crescente movimento dos trabalhadores, conquanto tais medidas não colocassem em xeque a sua dominação. Assim o liberalismo perde força e as políticas sociais passam a ganhar cada vez mais espaço também no ideário da época (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Segundo Braga e Paula (2017, p. 97):

Só a partir dos anos 30, com a alteração do caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais é que as questões sociais ganharam foros 'políticos', isto é, passaram a fazer parte da problemática do poder. É num segundo momento, quando a acumulação capitalista passou a ser dominada pelo capital industrial, que esse processo político ganhou respaldo econômico.

Na primeira metade do século XX, as empresas nacionais sofriram importantes transformações, fruto da emergência de novos paradigmas tecnológicos na indústria dos países capitalistas desenvolvidos. Tal processo ocorreu em curto espaço de tempo, uma vez que a expansão e internacionalização aceleradas das empresas americanas e europeias intensificou o ritmo das inovações tecnológicas e estabeleceu novos padrões de competição. A consequência, no Brasil, foi a rápida internacionalização (ocorrida em cerca de 20 anos) da indústria local do setor, grande parte das empresas locais foram extintas pois não apresentavam competitividade suficiente (GADELHA, 1990).

Em paralelo, ocorreu uma progressiva centralização do Estado, com redução da autonomia dos entes federados. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, e seus departamentos. Em 1934, ocorrida a eleição indireta de Getúlio Vargas para presidente da República, a saúde seguiu em processo de centralização, com destaque às campanhas de saúde pública que auxiliaram na caracterização do espaço nacional e expansão da assistência para o interior do Brasil, ampliando também o mercado de trabalho na área (BRAGA; PAULA, 2017).

---

<sup>3</sup> Desde então muitas medidas passam a ser tomadas por parte do Estado. Entre as mais importantes, a Lei Elói Chaves, 1923, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), embrião do seguro social brasileiro. Financiadas pela união, empregadores (1% da receita bruta), e empregados (3% do salário mensal), eram organizadas somente pelas grandes empresas, excluindo a maior parcela dos assalariados. As caixas eram responsáveis pelo provimento de assistência médica, aposentadoria e pensões (BRAGA; PAULA, 2017).

A inauguração do primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), em 1933, o dos marítimos, marcou a responsabilização direta do Estado, pois estas eram instituições públicas, diferentemente das caixas. Essas instituições passaram a ser responsáveis legalmente pela assistência médica, porém sob a restrição do teto das despesas médicas e hospitalares e a ausência de subsídio aos medicamentos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). Nos anos seguintes, outros IAP organizados por categorias foram conformados, tais como: Comerciantes (1934); Bancários (1934); Industriários (1936); Servidores do Estado (1938); e Empregados do transporte de carga, (1938).

Importante ressaltar que a ampliação da cobertura e a contratação dos prestadores pelos Institutos se deu de forma desigual. Como os IAPs não possuíam serviços próprios, pagavam prestadores privados pelos serviços de assistência médica. Cada um deles possuía condição financeira diferente, devido ao perfil de trabalho; perfil demográfico; capacitação técnica; e remuneração das categorias englobadas num determinado IAP. Assim os institutos mais ricos, distribuídos desigualmente contratavam os melhores hospitais privados, fortalecendo uma iniquidade do cuidado (MENICUCCI, 2011).

Cordeiro (1984) conclui que no período não unificado da previdência social, não se criaram condições mais favoráveis para a prática médica empresarial por três motivos: a inexistência de rede empresarial hospitalar não filantrópica; insuficiência dos excedentes de outras áreas da economia para aplicação na assistência médica, possivelmente com lucros menores que outros setores; e pela desigualdade das políticas previdenciárias, que inseriram o trabalhador urbano-industrial de forma tardia e desequilibrada.

Ademais, os recursos previdenciários, em grande medida, foram redirecionados ao setor produtivo. Esse fator, associado ao processo histórico descrito anteriormente, teve como resultado a não capitalização da prática médica através do Estado nesse momento (CORDEIRO, 1984).

À indústria de medicamento no Brasil, restou o papel de importação de insumos e tecnologias para produção de fármacos, com pouco potencial de inovação local. Isso ocorreu apesar da razoável infraestrutura existente e da considerável produção<sup>4</sup> do país na área. As

---

<sup>4</sup> Entre 1953 e 1960, a participação dos medicamentos importados no Brasil caíram de 70% para 2%. Na década de 1980, representavam apenas aproximadamente 1% do faturamento do setor. Entretanto, a importação de fármacos e elementos intermediários da produção representavam 68% do valor da produção dos medicamentos em 1986 (GADELHA, 1990).

empresas internacionais cresceram progressivamente, também pelos investimentos governamentais, como subsídios e financiamentos, alcançando em 1960 mais de 70% de participação no mercado brasileiro de fármacos e passando a conformar oligopólios internacionalizados. Entre 1950 e 1970, o faturamento do mercado do Brasil alcançou o primeiro lugar na América Latina e o sétimo do mundo (GADELHA, 1990).

A partir da segunda metade década de 1960, ocorrem mudanças institucionais importantes na condução das políticas sociais no Brasil. Um exemplo importante desse processo consiste na eliminação da gestão tripartite (União, trabalhadores e empregados) das instituições previdenciárias, afastando os trabalhadores das decisões (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

As empresas médicas cresceram sobretudo da década de 1960 em diante, com o estabelecimento de uma relação entre Estado e mercado, na qual o primeiro traça os limites de atuação do segundo, que cresce a partir de incentivos (SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2013).

Elemento fundamental que ocorre nesse período foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que representou a unificação do aparelho previdenciário, durante a vigência do regime autoritário iniciado em 1964. Nesse contexto, surgem também os convênios-empresas com grupos médicos para atendimento dos trabalhadores industriais do ABC, um dos setores mais organizados dos trabalhadores no período (CORDEIRO, 1984).

Outras medidas e estruturas que possibilitaram e/ou promoveram crescimento das entidades privadas foram: a importante estrutura de leitos hospitalares privados existente; a tabela de remuneração de serviços médicos; o plano de classificação dos hospitais; a permissão do reembolso do atendimento liberal prestado aos segurados; o surgimento dos serviços de pré-pagamento na criação do Serviço Nacional de Seguros Privados (SNSP), em 1966 (SESTELO, 2018).

Falleiros (2018) ressalta ainda a importância da ampliação da cobertura da assistência médica previdenciária às parcelas da população que até então não possuíam acesso a esses serviços, ampliando os gastos previdenciários, sobretudo dos serviços médicos ambulatoriais, como forma de incentivo ao setor privado.

Estagnado, o serviço público observa a rápida ampliação da quantidade e importância dos serviços privados, favorecida pelo financiamento a hospitais, por meio de empréstimos do

Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) pela Caixa Econômica Federal (CEF) (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Esse projeto político implementado fazia parte da composição do Estado pós-golpe militar de 1964, que possuía orientações políticas no sentido de ampliar o papel do Estado, de forma autoritária, e alijar os trabalhadores das decisões políticas, cassando as licenças de partidos políticos, proibindo manifestações e greves.

Com os trabalhadores afastados das decisões políticas, a união entre Estado autoritário e os empresários da saúde passou a definir os rumos das políticas de saúde e previdência no Brasil (CORDEIRO, 1984).

A política dos militares promoveu ainda: o crescimento progressivo das indústrias e cidades, gerando cenários de maior necessidade dos trabalhadores; a uniformização da cobertura através da LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social); a ampliação progressiva da população assistida pelos serviços públicos com a consequente ampliação da parcela de investimentos na assistência médica em relação à previdência; e a redução da margem de investimentos do Estado na área, com sobrecarga dos segurados, elementos fundamentais para a compreensão da crise da Previdência ocorrida no período (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Para Oliveira e Teixeira (1986), algumas características são marcantes nas políticas de saúde do governo militar: ampliação da possibilidade de acesso de grupos da população aos serviços de saúde, à quase totalidade da população urbana e à parte da população rural; a opção pela ênfase no investimento na Medicina Preventiva, privilegiando a prática médica curativa individual privada em detrimento da saúde pública; e o consequente surgimento do complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de lucro das empresas internacionais de medicamentos e equipamentos.

O crescimento dos serviços privados foi acompanhado da complexificação nos seus formatos, que se segmentaram em: medicina de grupo; seguros de saúde; cooperativas médicas; grupos hospitalares (CORDEIRO, 1984).

Além disso, a partir dos anos 1960 observa-se também a conformação de entidades associativas dos segmentos privados em saúde, que passam a se articular para influenciar os rumos da saúde no Brasil. São exemplos a Confederação de Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), criada em 1963; a Federação Brasileira de

Hospitais (FBH), em 1966; a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), na década de 1960, entre outras. Algumas dessas entidades combatiam a “socialização da medicina” e lutavam pelo exercício da medicina liberal. Nas décadas seguintes, iniciativas públicas favoreceriam esses segmentos, como o Plano de Pronta Ação (1974), que autorizou o credenciamento de instituições privadas para a prestação de serviços públicos (FALLEIROS, 2018).

Na década de 1970, impulsionada pelo crescimento da indústria nacional química e petroquímica, e pela crise econômica mundial (relacionada ao petróleo) que evidenciou a necessidade de redução de custos, a indústria farmacêutica passou a produzir de forma mais expressiva fármacos e princípios ativos, buscando a substituição das importações. Esse processo produziu o crescimento da produção nacional, a redução da dependência das importações, e ainda o surgimento de diferentes perfis de empresas do setor<sup>5</sup> (GADELHA, 1990).

Havia outros mecanismos de acúmulo por parte das empresas de saúde. As empresas médicas de pré-pagamento passaram a estabelecer parcerias com o segmento hospitalar e de exames complementares, gerando um fluxo contínuo dos pacientes. Por outro lado, as empresas ligadas a hospitais promoveram a criação da medicina de grupo para maior captação de clientes. Importante marcar também a penetração do capital financeiro internacional vinculado às companhias de seguro de saúde privado, com tendência a eliminação ou subordinação das pequenas empresas (CORDEIRO, 1984).

A crise da previdência no final da década de 1970 e meados de 1980, mais que referente à falência do sistema previdenciário, argumento levantado pelo setor privado, tinha outros importantes componentes. Foram fundamentais nesse cenário também: a crise econômica, que reduziu as taxas de emprego no país, com conseqüente diminuição dos recursos angariados pelas contribuições dos segurados; a redução dos gastos no seguro social, com redirecionamento dos recursos da área social; e a universalização do acesso, que, se por um lado garantia o direito da assistência médica, por outro, sem o aumento do investimento, gerava um estrangulamento dos serviços (CORDEIRO, 1991).

---

<sup>5</sup> Surgiram nesse momento quatro perfis de empresas: aquelas derivadas da indústria química de base que tenderiam a verticalizar-se, criando novas empresas de medicamentos ou adquirindo algumas já existentes; empresas nacionais formuladoras de fármacos de maior porte, que buscaram avançar na produção de base, tendo maiores dificuldades técnicas e financeiras para isso; empresas nacionais de pequeno e médio porte produtoras de fármacos; e empresas internacionais, que reagiram buscando a verticalização da sua produção, gozando de melhores condições, tanto financeiras quanto tecnológicas e de mercado (GADELHA, 1990).

Cordeiro (1991), aponta ainda que, apesar do argumento de má gestão dos recursos, esses foram reduzidos de 30% do orçamento do INAMPS, em 1976, para 20% em 1982, pois, nas situações de prestação deficitária, a assistência médica era a primeira a ser cortada, devido aos mecanismos legais que protegiam os benefícios previdenciários.

Menicucci (2011) ressalta ainda o aumento dos custos dos serviços de saúde no período, relacionado ao crescimento da tecnificação, por meio de: expansão das especialidades, criação de novas tecnologias e fortalecimento da lógica hospitalar.

Em termos de organização política, surgiram entidades representativas dos diferentes perfis de prestadores privados que estabeleciam importantes disputas internas e externas pelo mercado de assistência médica brasileiro (SESTELO, 2018).

Sobre o surgimento e papel cumprido pelas cooperativas médicas, Sestelo e Bahia (2013, p. 140) argumentam que

Ao contrário, portanto, do que ocorreu nos EUA, o florescimento do esquema de pré-pagamento de assistência à saúde se deu, no Brasil, em um período de expansão da atividade econômica de base industrial, inclusive da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. Se lá o aproveitamento do modelo embrionário de pré-pagamento, típico da lógica mutualista de proteção dos trabalhadores da indústria, foi uma solução para a superação da recessão econômica por meio do estímulo à demanda de uma estrutura de assistência hospitalar já construída como capital imobilizado por particulares, aqui foi um vetor de desenvolvimento de uma estrutura ainda incipiente e descapitalizada mas fundada, por princípio, na lógica de segmentação da demanda segundo sua capacidade de pagamento.

Esse período se caracteriza por um elemento fundamental: o papel das políticas sociais no incentivo à aceleração do crescimento das empresas do setor saúde no Brasil (FALLEIROS, 2018).

Sestelo (2018) considera que o surgimento da medicina de grupo caracteriza uma nova etapa do empresariamento no Brasil, que até então se limitava ao modelo tradicional de hospitais públicos e filantrópicos, pois para racionalização do trabalho médico, reuniu diversas especialidades auxiliares em uma linha de produção de serviços que remete ao padrão industrial fordista.

Os principais articuladores das políticas em favor das empresas médicas implementadas nesse período foram os representantes do complexo médico-industrial, tais como a Confederação de Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB),

Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), e a Associação Médica Brasileira (AMB) (FALLEIROS, 2018).

Até este momento, as entidades apresentavam-se bastante fracionadas, pois em certa medida disputavam os mesmos nichos de pagadores, fosse o Estado ou contratação individual. Essa divisão se expressou, por exemplo, no apoio da Abramge ao plano CONASP<sup>6</sup>, enquanto a FBH manteve-se contrária à medida. O fracionamento esteve evidente ainda no apoio da FBH ao aumento das verbas para a previdência, pois estas como empresas filantrópicas, apenas prestadoras de serviços ao Estado, se beneficiariam da medida (CORDEIRO, 1991).

Entretanto, frente ao novo cenário descrito anteriormente, foi criada a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), em 1983, vinculada então à Confederação Nacional do Comércio, que passou a ser o braço desta última nas definições das propostas do empresariado ao sistema de saúde no período (FALLEIROS, 2018).

Por outro lado, com o enfraquecimento do regime autoritário, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, começaram a surgir entidades vinculadas aos trabalhadores que lutavam pelo direito à saúde, tais como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES – 1976), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO – 1979), movimentos populares ligados às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), e o Movimento Popular de Saúde (MOPS), em 1981 (FALLEIROS, 2018).

Em meio à luta pela redemocratização do país, a partir do final dos anos 1970, foram gestadas experiências de construção de um sistema de saúde orientadas às necessidades de saúde da população, tais como o PrevSaúde, de caráter nacional; e experiências locais, como o Projeto Montes Claros; dentre outras. Estas experiências possibilitaram o acúmulo, em diferentes medidas e expressões, para a elaboração e experimentação do movimento da Reforma Sanitária. Elas buscavam movimentar as bases populares para avançar na luta pela Saúde como direito. O slogan “Saúde é Democracia” caracteriza bem essa junção (PAIM, 2008; ESCOREL, 1999).

---

<sup>6</sup> O Plano CONASP buscava realizar a regionalização do sistema de saúde a partir de uma comissão paritária entre o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), criado em 1977, MS e Secretarias estaduais, além da hierarquização dos serviços, introdução de mecanismos de auditoria técnica para melhora da qualidade da assistência; medidas de valorização dos trabalhadores, e estabelecia a participação municipal e estadual nos custeios, dentre outras medidas (CORDEIRO, 1991).

As disputas ocorridas na implementação do plano CONASP, e posteriormente das AIS (Ações Integradas em Saúde), rumo à desvinculação da assistência médica com a previdência, e rearticulação com a saúde pública, foram extremamente importantes para avançar na estratégia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, depois, na construção do Sistema Único de Saúde. Nesse momento, representantes do movimento sanitário passaram a assumir cargos importantes no Ministério da Saúde, MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com vistas à implementação das transformações necessárias para alcançar os objetivos do movimento (PAIM, 2008).

O cenário da redemocratização era complexo; além dos atores já descritos, havia ainda sanitaristas no parlamento. Essa diversidade conferiu importantes características, em sua origem, ao SUS (SCOREL, 1999).

Como evidenciam Fleury, Bahia e Amarantes (2008), dentro do movimento sanitário havia certo consenso quanto às medidas a serem adotadas, que giravam em torno da universalização do acesso; integralidade do cuidado; aumento do financiamento; compreensão da saúde como dever do Estado; combate ao avanço do poder do mercado; transformação dos atos médicos lucrativos em bens sociais gratuitos; política de distribuição de medicamentos e equipamentos médicos necessários; descentralização do sistema de saúde; reconhecimento do caráter social da saúde; salários justos aos trabalhadores; e reorientação dos modelos curriculares.

Entretanto, não havia concordância sobre qual o caminho tomar para a implementação dessas medidas. Havia conflitos entre os sanitaristas de dentro do Estado, entre si e em relação aos que atuavam fora desse escopo (CORDEIRO, 1991).

Nesse cenário ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>7</sup>, de 1986, fundamental para definir os rumos da Reforma Sanitária. Destaque-se que a Conferência

---

<sup>7</sup> Com a progressiva abertura democrática que ocorreu a partir do início dos anos 1980, fruto das lutas sociais ocorridas no período e da crise econômica mundial do petróleo de 1979, dentre outros fatores, ressurgiram os sindicatos e a participação política dos trabalhadores nos rumos do Estado brasileiro. Entidades como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), fundada em 1983, Partido dos Trabalhadores (PT), de 1980, dentre outras, foram fundamentais na disputa pelo direito à saúde nos espaços de disputa dos rumos das políticas de saúde. No cenário mundial, acontecia a queda do muro de Berlim, o fim da União Soviética e a conseqüente perda de força da

ocorreu sem a presença do setor privado da saúde, nesse momento já de grande porte, e com intensa movimentação política (ESCOREL, 1999).

A situação do setor privado também se apresentava complexa. Exemplo importante desses conflitos foi a oposição entre a defesa de dois modelos (FALLEIROS, 2018). O primeiro modelo de saúde era baseado na prestação privada com financiamento do Estado, defendido pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos. O segundo modelo de saúde era o privado sem a responsabilização do Estado, concebido pelas entidades de medicina de grupo, convênios-empresas e seguros privados de saúde.

Com o objetivo de coordenar suas propostas e ações, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), e a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess) construíram, em paralelo à 8ª CNS, o 1º Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não-Governamentais, no qual articularam a sua participação na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (FALLEIROS, 2018).

A CMB, pelo seu caráter filantrópico, estava em posição privilegiada, e negociou com o Movimento da Reforma Sanitária melhores condições frente às outras entidades, tais como imunidade de impostos, taxas e contribuições, assim como isenções fiscais e prioridade ao setor filantrópico em relação aos contratos com o setor público (FALLEIROS, 2018).

A indústria farmacêutica, que nesse período já apresentava grande robustez, também se organizou para influenciar os rumos da Constituição. Apesar da aprovação na 8ª CNS da estatização da indústria farmacêutica, no relatório final não constou esse elemento e, logo em seguida, em 1987, as empresas reuniram-se em um seminário promovido pela FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), com algumas entidades<sup>8</sup>. Nesta ocasião, foi estabelecido um convênio entre a Ceme, a Ministério da Indústria e Comércio e a FIOCRUZ, para cooperação nas áreas de biotecnologia e química-farmacêutica. Essa seria a tendência da relação entre o Estado e a indústria farmacêutica no período seguinte (ALENCAR, 2016).

---

ideologia socialista tiveram forte impacto sobre os movimentos de esquerda mundialmente e no avanço do neoliberalismo (PAIM, 2008).

<sup>8</sup> Estavam presentes representantes da Alanac (Associação dos Laboratórios Nacionais), da Alfob (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais), da Ceme (Central de Medicamentos), e da MIC (Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Tecnologia e do Comércio) (ALENCAR, 2016).

No âmbito parlamentar, também houve mudanças. Segundo Rodriguez Neto (2003), a quantidade de parlamentares eleitos de centro e de esquerda passou a ser maior que a dos conservadores, o que se refletiu nas propostas realizadas no parlamento e nas comissões.

O processo constituinte se deu assim mediante a disputa dos importantes grupos e atores, envolvendo o movimento sanitário com os movimentos dos trabalhadores e as representações das empresas de saúde privada, FBH, Fenaess e Abramge, componentes da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) (PAIM, 2008; FALLEIROS, 2018).

As empresas farmacêuticas também implementavam um embate. Apesar de defenderem a universalização da assistência farmacêutica, pressionavam para que isso ocorresse a partir da indústria presente no país, enquanto os sanitaristas, como Sergio Arouca, movimentos populares e sindicatos, seguiam reivindicando a estatização imediata do setor<sup>9</sup>. Outra questão polêmica foram as patentes e a propriedade intelectual, fortemente defendidos pelos representantes das empresas (ALENCAR, 2016).

O resultado final da Constituição e as medidas implementadas reforçaram o papel do setor público na prestação dos serviços de saúde. Porém, simultaneamente refletiram o limite da força para sua implementação diante do recrudescimento de propostas conservadoras privatistas no final dos anos 1980 e nos anos 1990, que restringiram os avanços recém-conquistados (MENICUCCI, 2011).

A posterior implementação do SUS foi influenciada, também, pelo afastamento do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) dos movimentos populares, e pela eleição de um governo neoliberal em 1989. O resultado desse processo foi a implementação de importantes reformas, porém sem resolver outros entraves centrais históricos, como o caráter das relações público-privadas e o financiamento setorial (ESCOREL, 1999).

Assim, apesar das derrotas, e das muitas críticas dos setores mais conservadores, o estabelecimento do SUS representou um forte instrumento democratizante à saúde, estabeleceu pilares sólidos como a universalização do direito à saúde, equidade, integralidade, descentralização e o direito de participação social (RODRIGUEZ NETO, 2003).

---

<sup>9</sup> Nesse período, havia denúncias de superfaturamento e uma CPI já havia sido implementada para investigar as movimentações do setor farmacêutico no país. Parte do movimento sanitário alegava a necessidade da autonomia do Estado para garantia do acesso a medicamentos, evitando as consequências da presença da indústria farmacêutica, como sua concentração progressiva e custos elevados, por exemplo (ALENCAR, 2016).

No Brasil, a década de 1990 foi marcada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como direito garantido pelo Estado. Porém, essa reforma não deteve o crescimento do serviço privado no setor. Ao contrário, ambos cresceram através do fortalecimento de interações público-privadas complexas, condizentes com proposições de organismos internacionais. Essa dinâmica possibilitou o crescimento do capital financeiro internacional nos mercados de empresas privadas de saúde não apenas no Brasil, mas em vários países periféricos (SESTELO, BAHIA, 2013).

As características do texto constituinte e a conformação prévia do setor lograram importante herança na construção do SUS. Assim, Menicucci (2011) descreve:

As ambiguidades do texto constitucional, que mesmo reforçando a atuação estatal, preserva as formas privadas de assistência, refletem o ajustamento entre as alternativas inovadoras e os padrões consolidados. (Menicucci, 2011, p. 128)

O processo de transição democrática se deu com a manutenção do poder sob forças políticas que em alguma medida compunham os governos do período ditatorial, contudo com perda de força dos grupos progressistas que reivindicavam transformações. Em 1989, Fernando Collor de Mello, venceu as eleições presidenciais contra Luiz Inácio Lula da Silva, implementando no país de democracia recém-reconquistada, um governo neoliberal, alinhado com os interesses do mercado mundial (PAIM, 2008; MENICUCCI, 2011).

O presidente Collor tomou medidas fundamentais para o fortalecimento do setor privado: desmontou o Ministério da Assistência Social; desvinculou o orçamento da previdência em relação à prestação de serviços de saúde; vetou trechos da Lei Orgânica da Saúde que versavam sobre a definição das fontes de financiamento da saúde e sobre o controle social. Com tais medidas, o então presidente inviabilizou parcialmente o SUS e o direito à saúde ficou ameaçado. No ano seguinte de 1991, foi aprovada a Lei 8142, a partir da mobilização de uma série de atores, inclusive do CONASS e CONASEMS, cuja participação nas políticas de saúde se expandiria de forma significativa nos anos subsequentes. (PAIM, 2008).

A manutenção do setor privado na Constituição permitiu a dupla cobertura pelas pessoas com acesso aos serviços privados, conservando a divisão dos investimentos do Estado no setor público e no privado. Além disso, mantiveram-se os investimentos públicos diretos e indiretos para os serviços privados, fundamentados em subsídios e benefícios aos empregadores e seguradores, dificultando a implementação do SUS (OCKE, 2013).

Apesar dos limites, ampliou-se o acesso à saúde e seu caráter redistributivo permitiu, mesmo que de forma desigual, a redução de quase 30% dos gastos privados familiares entre 1987 e 1996, em termos reais. As famílias de menor poder aquisitivo passaram a utilizar mais o SUS, sendo o principal peso nos gastos das famílias pobres a compra de medicamento, que também foi reduzido, perdendo espaço para o crescimento dos gastos com planos de saúde, que subiram 74% no mesmo período (OCKE, 2013).

Dentre os fatores que influenciam os gastos em saúde, se destacam os preços dos medicamentos, que no período aumentavam acima da inflação. Para conter esse processo e tornar viável a aquisição dos medicamentos, foi fundada em 1990 a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME). Inicialmente dirigida por sanitaristas, atuava em conjunto com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e entidades da categoria farmacêutica, que passaram a compor a frente de luta pela adequação da vigilância. Essas organizações entraram em embate com a indústria farmacêutica que buscava manter suas taxas de lucro através de mecanismos como aumentos abusivos de preços (até 20 vezes maior que a inflação). Já nesse período havia propostas de implementação dos genéricos<sup>10</sup>, que só seriam realizadas muitos anos depois (ALENCAR, 2016).

Ocorreu ainda a intensificação do processo de fusão (entre grandes empresas) e aquisição (de pequenas empresas pelas grandes) dos grandes laboratórios internacionais, resultando em importante impacto na indústria nacional, visto o papel de destaque das empresas estrangeiras no domínio do mercado nacional (CAPANEMA, 2006)<sup>11</sup>.

Em meio à disputa que ocorria na saúde, a queda do presidente Collor, ocorrida por muitos outros fatores, não significou o fim das dificuldades impostas à implementação do SUS. Os governos seguintes, de Itamar e Fernando Henrique Cardoso, implementaram reformas que modificaram as relações entre o Estado e a sociedade, com implicações para o sistema de saúde (PAIM, 2008).

---

<sup>10</sup> Os medicamentos genéricos são produtos sem marca, idênticos, por definição, aos medicamentos de referência e, por isso, intercambiáveis com estes. Já em 2005 esses medicamentos eram responsáveis por cerca de 8,95% do mercado de medicamentos no Brasil. Os genéricos estão concentrado entre 4 empresas nacionais: EMS Sigma Pharma, Medley, Aché e Eurofarma, que em junho de 2006 responderam por 79% das vendas de genéricos no país (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007).

<sup>11</sup> Essa tendência já era verificada desde a década de 1980, porém durante a década de 1990 ocorreu de forma muito mais intensa, tanto pelas características do mercado internacional, quanto pelos custos crescentes de pesquisa, desenvolvimento e inovação. Um importante exemplo foi a fusão do grupo francês Sanofi-Syntelabo com a Aventis Pharma, que gerou o terceiro maior laboratório do mundo e o primeiro da Europa (CAPANEMA, 2006).

O então Ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE), no cargo entre 1995 e 1998, Bresser Pereira (2008), operou uma proposta de reforma do Estado<sup>12</sup> que buscava redefinir os tipos de propriedade de serviços e de funções estatais. No que concerne à propriedade, o modelo propunha a separação entre propriedade estatal, pública não-estatal, e propriedade privada. No que diz respeito às funções, separava: funções exclusivas do Estado, não-exclusivas do Estado e de mercado.

Nessa estruturação, os serviços de saúde e educação não seriam de prestação estatal obrigatória. O Estado seria responsável pelo seu financiamento, podendo contratar empresas privadas para a prestação dos serviços. A proposta apostava na maior eficiência e agilidade das empresas privadas, baseando-se na experiência britânica de fortalecimento da perspectiva gerencialista no sistema de saúde (PEREIRA, 2008).

Falleiros (2018) argumenta que esta concepção surge a partir da ideia de cooperação entre Estado e mercados, como se ambos tivessem os mesmos objetivos, esvaziando as disputas. Essas mudanças de concepção e organização do aparelho estatal e de todo o cenário brasileiro proporcionaram uma reorganização das entidades privadas de saúde. Foi criada, em 1994, a Confederação Nacional da Saúde (CNSa), organizada pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), com o papel de representar os interesses das empresas da saúde, que então já haviam crescido e se complexificado, com surgimento mais subdivisões e especializações. Essa entidade passou a concentrar os interesses do empresariado e a utilizar do seu status de confederação para impetrar ações judiciais que favorecessem os empresários frente ao Superior Tribunal de Justiça, exigindo a não regulação do setor, o não pagamento de insalubridade, dentre outras medidas. De certa forma, buscava-se organizar os interesses empresariais e desorganizar os dos trabalhadores (FALLEIROS, 2018).

Nesse mesmo sentido, em 1997 entrou em vigor a Lei 9.279 (referente às patentes) que, ao reconhecer a propriedade intelectual de medicamentos, impactou negativamente a indústria farmacêutica brasileira e favoreceu as empresas internacionais. Em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na perspectiva de valorizar o papel regulador do Estado, pois esta é responsável pela regulamentação, controle, fiscalização, suporte à aquisição de patentes e controle da propaganda de produtos. No mesmo ano, foi publicada a lei dos

---

<sup>12</sup> Santos e Vieira (2018) fazem a ressalva de que, mundialmente, essa política neoliberal de reforma do Estado teve, num primeiro momento, maior impacto no modelo gerencial e não na perda de direitos sociais, o que vai ocorrer de forma mais intensa nas décadas de 2000 e 2010.

genéricos, que regulamentou a utilização desses medicamentos no país (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007).

Em paralelo a esse processo, foram estabelecidos os marcos regulatórios do sistema privado de planos e seguros de saúde a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, que posteriormente viria a cumprir papel de garantia dos interesses das empresas, como o foco na melhoria da sua qualidade, por exemplo (SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2013).

Além da ANS, as empresas da saúde também foram beneficiadas com outras políticas, como a isenção de impostos às seguradoras de saúde, desconto no imposto de renda e financiamentos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social (BNDES) para ampliação e criação de serviços privados (FALLEIROS, 2018).

Em 1998 foi aprovada por meio de Lei a criação das Organizações Sociais, que tem como origem a concepção de terceiro setor, entidades de caráter privado sem fins lucrativos voltadas ao interesse público. Nos anos subsequentes, essas organizações cresceram em financiamento e distribuição no território brasileiro, sendo responsáveis cada vez mais por serviços públicos, com expressão importante no setor saúde (BUSSINGUER; SODRÉ, 2018).

De 1998 até 2015, foram efetivados com as 10 maiores OSs do país cerca de 226 contratos de gestão e 978 termos aditivos, em sua maioria nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, tendo sido transferidos para essas empresas mais de 31 bilhões de reais<sup>13</sup> (SILVA, 2018).

O início dos anos 2000 é marcado também por uma inflexão na orientação política dos governos. A eleição de Lula, em 2002, possibilitou alguns avanços nos anos subsequentes, como o aumento do aporte de recursos para a área social. Na saúde, alguns programas de governo prioritários foram: a implementação do Programa Brasil Sorridente, de fomento à assistência odontológica, do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e da Farmácia Popular; o incentivo à regionalização; o esforço de atrelamento da saúde às estratégias

---

<sup>13</sup> Vale ressaltar que a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), ligada à UNIFESP e a Fundação Faculdade de Medicina, ligada à USP, ocuparam o 1 e 7 lugares entre as OS que mais receberam verbas, com cerca de 6,7 e 2,2 bilhões de reais respectivamente (SILVA, 2018).

de desenvolvimento. Tais programas tiveram importante impacto em áreas de grande peso dos gastos privados em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Outro elemento de grande impacto para a melhoria das condições de vida da população foram as políticas de redistribuição social, tais como: o Bolsa Família; as ações de segurança alimentar, de combate à fome e à miséria, como o Fome Zero; as políticas de igualdade de gênero e raça; de acesso à moradia e transporte adequados. A unificação dos programas de transferência direta de renda foi relevante para a racionalização dos recursos públicos (MENICUCCI, 2011).

Por outro lado, ocorreu também o crescimento e complexificação do setor privado no mesmo período, apesar de medidas como a criação da lei que regulamentava a cobertura dos planos e seguros de saúde, bastante antagonizada pelos empresários do setor (BAHIA, 2014).

Nos anos 2000, ocorreram ainda fatos importantes no cenário da indústria farmacêutica. Em 2001, iniciou a Rodada de Doha, da qual o Brasil participou, que colocava em xeque o Acordo Trips<sup>14</sup>. Palco de grandes disputas, essa decisão foi de encontro aos interesses da indústria farmacêutica, pois sua aprovação possibilitou a flexibilização de patentes em questões de saúde pública. Isso favoreceu as negociações relativas a preços e tecnologias, conseqüentemente evoluindo com o barateamento da produção e oferta de medicamentos como alguns antirretrovirais no país. Outra medida importante nessa área foi a criação do Programa Farmácia Popular, em 2004, que proporcionou a melhoria do acesso aos medicamentos para os usuários. Por outro lado, a expansão desse programa, especialmente da vertente “Aqui Tem Farmácia Popular” favoreceu o aumento das vendas do comércio varejista de farmácias e da indústria farmacêutica, que viu seus lucros aumentarem ainda mais (ALENCAR, 2016).

Em 2005, o segmento de planos e seguros de saúde era responsável por cerca de 25% de cobertura da população brasileira, com estimativa de gasto per capita/ano de R\$ 819,00, três vezes o gasto público. No que concerne aos prestadores de serviços, o setor privado era responsável ainda pela oferta da maioria dos leitos hospitalares e dos equipamentos de exames diagnósticos (cerca de 70% dos aparelhos de ressonância magnética e mamografia, 58% dos tomógrafos), distribuídos de forma desigual pelas regiões do país (SESTELO; BAHIA, 2013).

---

<sup>14</sup> A Declaração Ministerial de Doha, foi resultado da Conferência Ministerial da OMC (2001) na qual foi reconhecida a necessidade de que o Acordo Trips não fosse obstáculo para proteção à saúde da população em graves problemas de saúde pública (ALENCAR, 2016).

No período também se registraram mudanças na dinâmica da indústria farmacêutica, marcada por processos de fusões. Os grandes laboratórios passaram a adquirir empresas de biotecnologia e pesquisa e desenvolvimento, tanto em âmbito internacional como nacional. Ocorreu ainda a ampliação da participação das empresas nacionais nas vendas de medicamentos<sup>15</sup>. Nesse cenário, o governo federal fortaleceu os investimentos na indústria nacional de medicamentos através do BNDES. Este foi o financiador e responsável pelo Profarma (Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica), criado para contribuir à implementação da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), concebida em 2004. A finalidade era promover maiores investimentos no setor, tanto de entidades públicas como privadas. Importante ressaltar que o programa favorecia grandes empresas de controle nacional com receita maior que 20 milhões por ano, sendo dispensadas da apresentação de garantias reais para o financiamento. O programa ainda estendeu a possibilidade de financiamento para processos de fusão e aquisições de menor vulto (CAPANEMA, 2006).<sup>16</sup>

As 12 maiores empresas de assistência farmacêutica representavam 48,8% do mercado brasileiro. Em 2005, no setor, dentre essas, cinco<sup>17</sup> tinham controle nacional, o que demonstra a ampliação da representação das empresas nacionais no mercado do setor (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007).

Diferentemente da indústria farmacêutica, somente a partir de 2007 ocorre uma mudança na postura do empresariado de assistência à saúde, cujos lucros subiram de forma progressiva, evoluindo com concentração dos segurados e processos de aquisição entre as empresas. Cabe ainda ressaltar que o cenário dos planos e seguros de saúde tornou-se cada vez mais polarizado na década subsequente (BAHIA, 2014).

---

<sup>15</sup> Em 2000, as empresas nacionais respondiam por 28,2% das vendas de medicamentos, e em 2005 já eram responsáveis por 40,6% (CAPANEMA, 2006).

<sup>16</sup> Em 2005, o Profarma investiu 456 milhões no setor, através de 17 operações diretas, as empresas eram classificadas como micro (R\$ 1.200 mil/ano); pequenas (R\$ 1.200 a R\$ 10.500 mil/ano); médias (R\$ 10.500 a R\$ 60 milhões/ano); e grandes empresas (Mais de R\$ 60 milhões/ano). Foram gastos em 2 fusões de empresas nacionais R\$ 347.793 milhões (44% das verbas totais). Das 33 operações realizadas desde o início do programa até 2005, apenas 3 eram de pequenas empresas (totalizando apenas R\$ 12,4 milhões). Seis projetos financiaram empresas nacionais de controle estrangeiro e 27 empresas nacionais com controle nacional. A maioria (28) das empresas favorecidas estavam na região sudeste, 24 em São Paulo. (CAPANEMA, 2006).

<sup>17</sup> As empresas brasileiras eram: Aché, EMS Sigma Pharma, Medley, Eurofarma, e Grupo Castro Marques (Biolab + União Química), em 2003 apenas a Aché estava entre as 12 maiores empresas do país (CAPANEMA; PALMEIRA FILHO, 2007).

Nesse contexto, o Programa Mais Saúde, lançado em 2007 representou uma iniciativa contra a corrente de crescimento da indústria privada, pois visava o financiamento na rede de laboratórios oficiais, fortalecendo a produção pública e a transferência de tecnologia de farmoquímicos estratégicos, sobretudo antirretrovirais e insulina, uma política para aprofundar a reforma sanitária e provocar mudanças no SUS (ALENCAR, 2016).

Segundo Vieira (2016), com a crise mundial de 2008, os defensores do neoliberalismo voltaram a ganhar força na proposição de políticas de austeridade fiscal<sup>18</sup>, para manter os lucros dos financistas e empresários. Essa política fragiliza o papel do Estado na condução da política pública, mantendo sua função de financiador com provimento dos serviços através do setor privado, reduz empregos, e diminui o impacto positivo dos investimentos sociais sob o PIB, além de aumentar as iniquidades. Assim, em países já muito desiguais, como o Brasil, suas consequências tendem a ser ainda maiores. Entre elas, destaque-se a desaceleração da economia, precarização das condições de vida e laboral dos trabalhadores, e o aumento da importância do setor financeiro frente ao produtivo, elevando a financeirização e internacionalização do capital. Portanto, as políticas de austeridade não operam de forma universal, pois afetam proporcionalmente mais os vulneráveis.

A partir de 2011, o governo da presidenta Dilma Rousseff enfrentou maiores dificuldades econômicas mundiais, como a estagnação do crescimento chinês, além de menor governabilidade política, o que favoreceu concessões em busca de alianças, que levaram à implementação de iniciativas de caráter mais conservador ou liberal (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

---

<sup>18</sup> Austeridade é um termo cujo significado é a qualidade de austero, caráter severo, rígido consigo mesmo e com outros, que na década de 2000 adquiriu a qualidade “fiscal”, que combinados formam um conceito que é entendido como a redução de direitos sociais dos trabalhadores para evitar perdas aos empresários, pois estes seriam os responsáveis pelo crescimento econômico (SANTOS; VIEIRA, 2018).

Importante exemplo foi lançamento do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS<sup>19</sup> (PROADI-SUS), que financia hospitais filantrópicos de excelência<sup>20</sup> no país, com fundos advindos de isenções fiscais, para transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas na saúde.

Scheffer, Azevedo e Bahia (2010) descrevem uma série de mecanismos que garantiram os vultosos lucros do setor privado da saúde: exclusão de cobertura dos serviços privados e atendimento de clientes de planos pelo SUS; deduções e isenções fiscais de tributos; benefícios fiscais às empresas empregadoras; isenção de impostos; falhas no ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos segurados de planos e seguros privados; estabelecimento de fila dupla nos serviços públicos, como Hospitais Universitários; financiamento de planos de saúde para servidores públicos; empréstimos e linhas de crédito de bancos públicos.

Nesse cenário, o setor privado teve importante crescimento, apresentando concentração progressiva das seguradoras de saúde, entrada de importantes empresas no mercado financeiro, além do aumento da população coberta com consequente duplicidade de cobertura (pública e privada simultaneamente), e elevação do gasto privado direto (PIOLA; BARROS, 2016).

A desaceleração no crescimento chinês, a partir de 2011, impacta na economia brasileira. As eleições de 2013 são bastante acirradas, ainda assim, a presidenta Dilma foi reeleita com pequena diferença de votos. Seu governo foi marcado por importantes mudanças na política econômica, que passa a adotar medidas de austeridade econômica, esses elementos associados ao crescente poder do PMDB, culminam com o *impeachment* da presidenta em 2016.

---

<sup>19</sup> Programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (PROADI), conforme Portaria GM/MS nº 936 de 27 de abril de 2011, com regulamentações da Lei 12.101/2009. O programa conta com quatro grandes áreas: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Os hospitais que compõe o programa atualmente são: Hospital Albert Einstein (SP); Hospital Sírio-Libanês (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP) e Hospital Moinhos de Vento (RS), e estão em andamento neste triênio (2018-2020), 76 projetos. Segundo relatório anual do Ministério da Saúde (2018), no último triênio (2015-2017) foram gastos R\$ 360.013.257,61, em que o Hospital Albert Einstein foi o maior beneficiado, recebeu R\$ 210.000.000,00 (BRASIL, 2019).

<sup>20</sup> A partir de 2009, estabeleceu-se a certificação dos hospitais de excelência, segundo critérios definidos na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, referente a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação (BRASIL, 2009).

A ampliação nos últimos 10 anos dos serviços privados ocorreu mediante progressiva e intensa concentração, tanto interna, entre os planos e seguradoras de saúde, como regional, com crescimento substancial na região sudeste em relação a outras regiões do país, tendo a Amil como responsável por importante parcela do mercado. Em julho de 2015, essa empresa detinha cerca de 7,5% do total de contratos de planos de assistência médica, tendo os segurados entre as faixas salariais mais altas (BAHIA et al, 2016).

O crescimento do mercado de planos de saúde não esteve separado da dinâmica mundial do capitalismo, nem o Brasil da história do desenvolvimento do capital financeiro. No início desse processo, o país já lograva importante papel, fosse pelo uso recorrente e expressivo de crédito pelos organismos internacionais, seja ainda pelas altas taxas de juros locais, que sempre geraram vultosos lucros para o capital financeiro (BAHIA et al, 2016; BAHIA 2014).

As empresas de planos e seguros de saúde tornaram-se investimentos financeiros em potencial. Apesar cenário de crise econômica, esse setor cresceu, tanto pela crença da qualidade do setor privado, presente no imaginário da população, quanto pelos marcos legais. Assim, essa articulação entre o crescimento do setor e sua concentração, com aquisições, fusões e abertura de capital de empresas de planos e seguros de saúde caracteriza o avanço da financeirização<sup>21</sup> do setor. Paradoxalmente, seu fortalecimento ocorreu concomitante ao desenvolvimento de políticas que buscavam ampliar a produção industrial e o capital nacional nos anos 2010 (BAHIA et al, 2016; BAHIA 2014).

Em síntese, nas décadas de 1980 e 1990 as empresas privadas de prestação de serviços hospitalares e as empresas de intermediação assistencial, que na década de 1970 foram fomentadas pelo Estado através do Plano de Pronta Ação, alcançam o patamar de capital das seguradoras, e passam a atuar de forma mais intensa no cenário. Na década de 2000, o capital financeiro ganha mais força no país, empresas multinacionais passam a atuar aqui de forma regular, fundos de investimentos passam a obter lucros portentosos com as movimentações de entrada e saída de capital. Desta forma, o empresariado da saúde, tanto prestadores diretos como

---

<sup>21</sup> Para Grun (2009), ocorreu no Brasil a chamada “Financeirização de Esquerda”, em que foi incentivado o crescimento dos Fundos de Pensão (FP) em detrimento dos “Private equities” (PE), frações diferentes do mercado financeiro, que historicamente disputam entre si a direção dos rumos do mercado financeiro. Os primeiros surgem a partir do envolvimento dos seguros do setor produtivo com o mercado financeiro, enquanto o segundo baseia-se na compra e revenda de outras instituições obtendo vultosos lucros nesse processo. O incentivo à fração FE através de aumento de crédito para essas empresas, estabelecimento de subsídios, favoreceu parcialmente o aumento dos empregos e a dinamização da economia, visto que essa fração possui ligação direta com o capital produtivo do país, reduzindo a influência do capital financeiro mais voraz, representado nas PE, enfraquecendo a ideia de mercado autorregulado.

intermediadores comerciais, passam a estar integrados ao cenário internacional de investimentos globais, buscando liquidez e mantendo o suporte do investimento público (SESTELO, 2018).

Outro fenômeno importante de destacar brevemente, com fins de composição do cenário é a financeirização, que tem por base a dominância do capital financeiro sobre o capital operativo, que começou a ganhar força após a II Guerra Mundial, sendo notável quando observado o maior crescimento da riqueza financeira em comparação com a riqueza produtiva, sua lógica se estende não apenas aos bancos e rentistas, mas a todos os elementos do capitalismo, um “modo de funcionar”, que adentra todos os espaços onde se possa expandir a acumulação de capital, inclusive as políticas públicas referentes a direitos sociais. Por exemplo, no caso da Amil, que, no final da década de 2000, ampliou o número de segurados e viu seus ativos financeiros crescerem proporcionalmente mais que a quantidade de clientes, via valorização dos capitais de negociação da bolsa de valores. Assim, essas empresas passam a atuar conforme a lógica financeira (BRAGA, 2018).

Para Sestelo (2017), o crescimento das empresas de planos e seguros de saúde, é uma das características da financeirização no Brasil, expressão da dominância financeira. Paralelamente, outros setores do empresariado brasileiro da saúde também parecem estar passando por processo semelhante: hospitais, laboratórios com unidades diagnóstica e terapêutica, farmácias e drogarias; indústria de equipamentos e farmacêutica, este último de forma mais evidente (BRAGA, 2018).

Essas transformações emplacaram mudanças também na prática médica, transformando o modo artesanal em um modelo de medicina tecnológica, característica da assistência médica empresarial, com aquisição de equipamentos e conhecimentos, protocolos, regidos em grande medida pelos interesses do mercado (SOUZA, 2018).

Ocorre ainda outro importante fenômeno no setor saúde, as demandas por expansão dos serviços têm recrudescido para dar suporte ao envelhecimento populacional e às mudanças nos riscos sociais. Um fenômeno comum em outros setores, a incorporação tecnológica no trabalho também vem influenciando a saúde, sendo outro fator de aumento dos gastos na área (MATTOS, 2019).

Esse processo se fortaleceu, em 2015<sup>22</sup>, quando ocorreu a abertura para participação do mercado internacional em todas as áreas do setor saúde. Destaca-se que já havia seguradoras com negociações internacionais anteriormente. Essa abertura recente, que modifica a Lei 8.080, tem o potencial de concentrar cada vez mais as empresas privadas, sobretudo aquelas apoiadas pelo capital internacional, que geram uma concorrência desigual, e podem levar à redução dos serviços secundários e terciários do país (pois geram maiores lucros) em detrimento das empresas privadas, ferindo a integralidade do SUS (FILIPPON, 2015).

Deste modo, o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde gera consequências muito diversas, sendo explicado pelas trajetórias próprias de estruturação dos sistemas nacionais de saúde, dentre outras razões. No Brasil, pode-se observar uma alta concentração de grandes empresas em regiões de maior dinâmica econômica enquanto ocorre simultaneamente uma dispersão de empresas de pequeno porte nas regiões com menor concentração de capital (BAHIA, SCHEFFER, 2014).

O aumento da tensão política foi crescente, tendo se intensificado no final do governo de Dilma Rousseff<sup>23</sup>, configurando queda na popularidade da presidenta e importante instabilidade política. Não obstante, Dilma ganhou o segundo pleito, porém concomitante a uma polarização cada vez mais intensa e ao início da operação Lava Jato<sup>24</sup> (2014). Tais elementos pressionaram no sentido de reduzir as margens para investimentos em políticas sociais e desenvolvimento econômico. Assim, questões-chave que não haviam sido enfrentadas no primeiro governo, como regulação do setor privado e aumento do financiamento da saúde

---

<sup>22</sup> Nesse mesmo ano Mende (2016), chama atenção também para a aprovação da EC 86/2015, que substituiu a EC 29, aprovada sob a Lei 141/2012, implicando em agravamento do subfinanciamento, pois a medida previa a alteração da base de cálculo do investimento federal na saúde, empregando já em 2016 uma redução de 9,2 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde. Segue, ainda, que em 2016 a EC 95 /2016 revogou o escalonamento previsto pela EC 86, a despeito disso, se contabilizada a perda real, frente ao crescimento econômico do país até 2020 (tempo de duração prevista da medida), as perdas podem somar 415 bilhões de reais, um forte golpe apoiado pelos apoiadores do capital financeiro.

<sup>23</sup> Em junho de 2013, ocorreram manifestações, espalhadas por todo Brasil, as quais proporcionaram a reorganização das forças neoconservadoras, incentivadas pela grande mídia e grupos internacionais, em torno das críticas ao sistema partidário e à corrupção. Em resposta às manifestações, a presidenta lançou algumas propostas para solução das questões mais abordadas pelas ruas e pela mídia, propondo, dentre outras medidas, uma reforma política a partir de um processo constituinte (que logo foi suspensa), e a criação do programa Mais Médicos para o Brasil, que buscava reorganizar a atenção primária a partir de um gargalo já sabidamente complexo de intervir, a categoria médica, buscando garantir provimento temporário por médicos cooperados com a OPAS ou classificados em edital nacional; organizar e incentivar a abertura de escolas médicas (muitas vezes em instituições de ensino superior privadas); e direcionar a oferta de vagas das residências médicas do país, com objetivo de maior intervenção por parte do SUS para suprir às suas necessidades.

<sup>24</sup> Operação da Polícia Federal que buscava fazer investigações de corrupção nas entidades Estatais, sobretudo do poder Executivo e Legislativo com rearticulação das forças conservadoras no congresso (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

não avançaram. Todo esse complexo contexto de instabilidade política, somado às dificuldades econômicas pelas quais o país passava, devido à crise mundial, culminaram com o *impeachment* da presidenta em agosto de 2016, o que resultou, na saúde, em maior fragilização do SUS, a partir de então (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Em paralelo, a CNSa segue sendo uma das principais articuladoras das empresas de saúde no Brasil, assume mais espaços de grande importância, como a comissão de saúde suplementar do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima do controle social no setor, e segue representando os interesses das empresas médicas na construção das políticas de saúde (FALLEIROS, 2018).

No Brasil, são muitas as consequências observadas, a partir da ótica da relação público-privada. Por exemplo, em 2017, as UBS eram praticamente todas públicas (99,2%), ao contrário dos hospitais que eram em sua maioria privados (64,2%), apresentando grande concentração geográfica. Os Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) seguem o mesmo padrão. No mesmo ano, apenas 6,3% dos serviços eram públicos (VIACAVA, et al, 2018). Segundo a OCDE (2019), em 2015, o Brasil gastou 8,9% do PIB, enquanto a OMS (2019) indica que do total apenas 33% do montante teve destino para os serviços públicos, sendo o restante gasto privado (por desembolso direto ou contratação de planos e seguros de saúde).

Vale ressaltar que, apesar do setor privado deter grande parte dos serviços e equipamentos de saúde, ele é responsável apenas pela prestação de serviços aos seus contratantes, seja esse o Estado ou o indivíduo particular. Já os serviços públicos têm por responsabilidade o provimento de atenção à saúde de toda a população. Mesmo assim, o financiamento do SUS é menor que os recursos direcionados ao setor privado direta ou indiretamente (subsídios e benefícios), o que proporciona uma carga ainda maior ao serviço público (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Conforme Miranda (2017), ocorre ainda que os prestadores privados (Hospitais, dispositivos ambulatoriais e de exames laboratoriais) apresentam-se distribuídos de forma bastante desigual, concentrados nos grandes centros econômicos e políticos, principalmente do Sudeste, onde as empresas seguradoras passaram por uma importante concentração em poucas entidades. Nas regiões periféricas do Norte e do Nordeste, predominam empresas de menor porte, com menor presença também nas cidades de pequeno e médio porte, as quais por vezes não possuem qualquer tipo de serviço privado. Da mesma forma, os equipamentos de diferente complexidade possuem distribuição desigual entre público e privado, cabendo ao público a

vinculação da maioria dos serviços de atenção básica, de urgência e emergência e de atenção psicossocial.

Assim, as relações público-privadas são imbricadas e marcadas por distintos interesses e assimetrias de poder e de recursos. O setor privado no Brasil se beneficia da existência do SUS (que tem o dever de atender toda a população e prover serviços que não têm interesse para os mercados) e cresce sobre o público, disputando o financiamento do Estado (SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2014).

No Brasil, esse cenário se agrava após o golpe de 2016, e sob um governo neoliberal eleito em 2018, que vem estabelecendo o desmonte abrupto e intenso das políticas sociais, favorecendo enormemente o setor privado, com resistências por parte dos trabalhadores.

Portanto, é importante ressaltar que a atuação dos grupos de interesse também deve ser analisada conforme o momento histórico e político pelo qual o país passa. As estratégias não foram as mesmas durante o governo ditatorial, a transição democrática ou durante o período democrático (CARVALHO, 2009).

Após a construção da nova constituição, o empresariado se reorganiza, constrói um novo consenso à direita, articulado durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, em torno do plano real, em prol da maior participação privada nos setores antes públicos. Nesse período, o governo cumpriu papel de articulador do mercado, enquanto o empresariado investiu no convencimento do imaginário social e de produção documental que desse suporte às reformas privatizantes (ARAGÃO, 1996).

### 2.3. OS THINK TANKS ENTRAM EM CENA

A estrutura do Estado capitalista ocidental americano, diferente do europeu, carece de estruturas pré-definidas de negociação entre trabalhadores, estado e mercado. Nesse espaço, em cada país, têm surgido, desde a década de 1960, entidades hoje chamadas de *think tanks*, as quais procuram ocupar esse espaço em defesa do mercado (MEDVETZ, 2012).

A conformação do Estado brasileiro e suas políticas públicas é reflexo também das disputas entre diferentes grupos de interesses e pressão, que atuam nos processos decisórios,

sobretudo em alguns episódios, como na constituinte<sup>25</sup> da década de 1980, na qual esses grupos se utilizam do lobby<sup>26</sup> para influenciar pessoas do poder público e viabilizar suas demandas, o que gerou importante impacto na definição das políticas públicas (CARVALHO, 2009).

Esse cenário não é novo, e depende também de outros fatores, como o tipo de governo e a sua orientação política. Entretanto, a constituinte, representa um importante exemplo que impacta até hoje as políticas públicas e seus rumos, seja pelo relativo recente acontecimento, pela profundidade das transformações, ou ainda pelo seu formato, que permitiu participação ampla da população, discutindo temas relevantes ao país (ARAGÃO, 1996).

Além dos vários atores já presentes na construção das políticas de saúde, surgiram instituições de novo tipo, os *think tanks*, que, assim como os outros, possuem uma história, uma política e uma agenda, e são frutos de uma rede social mais ampla, com diferentes atores e representantes, cujos movimentos têm se traduzido em diferentes papéis na construção da política pública (SHAW et al, 2015).

Apesar das grandes divergências sobre o conceito de *think tank*, uma das principais características é a falsa independência, travestida de saber científico, que, utilizando partes de pesquisas, interpretações incompletas ou pouco críticas, através de uma linguagem técnica, influencia em favor do mercado que financia seus estudos (MEDVETZ, 2012).

Essas entidades nascem, em parte, devido a um espaço aberto pela perda de força dos partidos políticos dentro do Estado, emergindo então com importante poder de influência e articulando o mercado com a construção da política pública de forma mais contundente (SHAW et al, 2015)

---

<sup>25</sup> O estudo da constituinte revela ainda a existência de conflitos importantes no seu decorrer, em que participaram dos embates um grande número de atores, em diversas etapas, resultando em uma constituição com alguns direitos sociais garantidos, diferente de sua revisão, ocorrida em 1993, que apesar da pouca força (apenas 6 emendas aprovadas) teve como resultado medidas conservadoras, demonstrando uma maior coesão entre o empresariado a partir de então (pg 155) (ARAGÃO, 1996).

<sup>26</sup> Como afirma Carvalho (2009), esse é um termo muito amplo, sua tradução literal significa “Salão de entrada”, muito comum nos grandes hotéis ou em instituições públicas em que importantes figuras costumam frequentar. O termo pode ser, ainda, sinônimo de corrupção ou mesmo da atuação dos movimentos sociais que lutam por direitos. Há autores que classificam o “Lobby” como a ação em favor do mercado. O termo se refere a atuação de grupos de interesse, que objetivam influenciar as decisões em torno das políticas públicas, sobretudo do poder legislativo, em prol de suas demandas. A prática do lobby é comum nos EUA, e está diretamente relacionada a estrutura do Estado americano, que diferente do europeu, que possui interlocutores já estabelecidos no diálogo com a população (sindicatos e centrais sindicais, que inclusive participam de instâncias decisórias), o Estado norte-americano não possui essa interlocução, esse é o espaço de influência que os lobistas buscam acessar. Essa ação passou a ser regulamentada nos EUA a partir de 1946, e em grande parte do mundo ainda não foi regularizado, ocupando espaço mal definido. No Brasil a prática ainda não é regulamentada, quadro peculiar quando associada a outras características semelhantes ao EUA: federação presidencialista; fragmentação das entidades representativas; baixo índice de sindicalização; grande participação dos planos e seguros privados no lobby, financiando campanhas eleitorais e agindo no congresso para obtenção de modificações na legislação (VIANNA, 2018).

Para Medvetz (2012), que pesquisou essas instituições nos EUA, é exatamente nesse espaço que os *think tanks*, em geral, se situam: a indefinição, a “zona cinzenta”, por isso também são difíceis de compreender e acompanhar, são o resultado da articulação entre figuras políticas importantes, representantes do grande empresariado do setor e pesquisadores acadêmicos, que juntos deram origem para essas instituições naquele país, outorgando ares técnicos às propostas políticas, e uma aparência de política pública para os desejos do mercado. Dessa maneira, essas instituições estão presentes tanto na esfera do Estado como na sociedade civil, sendo, também, compostas por uma parte do mercado, mesmo que aparentemente propaguem uma imagem de independência.

Nesse cenário, os agentes do mercado, apesar de terem agendas por vezes semelhantes, possuem também divergências importantes e diferentes capacidades de influenciar os rumos dos *think tanks*, resultantes do processo histórico que favorece determinados setores nos diversos períodos. Há disputas não apenas externas, mas dentro dos *think tanks* também. As mudanças nas relações de poder influenciam o seu funcionamento e rumos. Assim, os *think tanks* de maior crescimento nos EUA, foram aqueles vinculados aos setores do livre mercado. Essas instituições possuem ainda outra característica marcante que lhes proporcionou tamanho sucesso: construíram estratégias diversas de convencimento da sociedade sobre seus argumentos, propagando seus documentos e persuadindo a população (MEDVETZ, 2012).

Muitas teorias foram desenvolvidas para definir a origem dessas organizações e seu papel na conjuntura atual, ocorrendo grandes discordâncias quanto ao seu local de surgimento e processo histórico de conformação, entretanto existe uma literatura que discute que essas organizações não são apenas formuladores e proponentes de políticas públicas, independentes e sem interesses envolvidos; são, contrariamente, permeadas por diversos fatores (SHAW et al, 2014).

Em realidade, os *think tanks*, apesar de terem questões em comum, não possuem categorias fixas, se caracterizam exatamente pela sua fluidez, cruzando diversos limites, de diversas maneiras. Possuem formas de organização diferentes, relações diferentes com os diversos atores públicos e privados e outras atividades com foco no desenvolvimento de conhecimentos. Possuem um papel importante de coordenação, organização, desenvolvimento de pesquisas, uso de dados, rede de articulação, além de ter mecanismos de linguagem diversos. (SHAW et al, 2015)

Sobre seus estudos, percebe-se que tem pouca densidade de análise sociológica, o que pode ser causado por serem diversos, abstratos e efêmeros. Pesquisas acadêmicas indicam que

os documentos dessas entidades não devem ser utilizados para questões profundas (SHAW et al, 2015).

O estudo da movimentação dessas organizações permite depreender que, na verdade, suas ações, formulações e articulações contribuem sobretudo para o crescimento do mercado da saúde. Essas organizações articulam economia, política e academia em um mesmo espaço, obtendo, com isso uma posição privilegiada para influenciar as políticas públicas. Sua atuação em geral ocorre de forma silenciosa, a “portas fechadas” (SHAW et al, 2014).

Essas instituições ocupam ainda outro importante espaço: a mídia. Costumam se debruçar a desenvolver diferentes tipos de materiais e estratégias para construir um entendimento favorável na sociedade em torno dos seus argumentos (SHAW et al, 2015).

As origens dos *think tanks* variam, podendo ser filantrópicos, com fins lucrativos ou estatais. Seu processo de construção está diretamente ligado a economia e geopolítica de cada país e das áreas de atuação dessas instituições (SHAWN et al, 2014).

Apesar dessas possibilidades de atuação, o que se pode observar até o momento, é que essas instituições acabam por refletir menos as aspirações sociais e promovem pouco debate público, em benefício das parcelas do mercado com as quais estão relacionadas (SHAW et al, 2015).

Na saúde, desde os anos 1980, os *think tanks* são cada vez mais numerosos e com maior visibilidade e poder de influência. Apesar de haver muito pouca produção acadêmica sobre eles, a maioria do produto tende a não realizar uma análise política da atuação dessas entidades, encarando a conformação da política pública como um movimento mecânico de avaliação de problemas e desenvolvimento de soluções por parte do Estado.

Na América Latina, um dos primeiros exemplos de *think tanks* observados foi FUNSALUD, fundado em 1987, por um grupo de empresários, sob a liderança de Julio Frenk<sup>27</sup>, no México, que, no processo de conformação do sistema de saúde mexicano, teve um papel fundamental de articular o empresariado aos funcionários do Estado, de forma a garantir seus interesses na política pública (PEGO; ALMEIDA, 2002).

---

<sup>27</sup> Formado em Harvard, além de importante liderança do FUNSALUD, no México, este pesquisador é um dos idealizadores da reforma ocorrida na Colômbia na década de 2000 e da cobertura única de saúde, proposta por organismos internacionais como a ONU e FMI.

Essa instituição é composta por médicos, membros do PRI<sup>28</sup> e empresários do setor, alguns com interesses econômicos diretos, sendo financiada por fundações privadas mexicanas e norte-americanas, como a Corporação Carnegie, Fundação Rockefeller, Banco Mundial. Tendo ganhado força paulatinamente, tornou-se um ator importante na definição das políticas de saúde do país, aumentando a orientação privada para a organização dos serviços de saúde, além de também se debruçar no convencimento da sociedade sobre os seus argumentos e propostas. Essa instituição é uma importante formadora de quadros técnicos para os serviços públicos, já participou da formulação dos programas de saúde de candidaturas do PRI e tornou-se uma importante referência na América Latina, sendo um dos formuladores da reforma ocorrida na Colômbia em 1993<sup>29</sup>, representando a consolidação da mudança nas relações entre Estado, sociedade e mercado (PEGO; ALMEIDA, 2002).

Desde o final da década de 1990, o número de *think tanks* em países de média e baixa renda, sobretudo no leste europeu aumentaram, situação que se estende também à área da saúde. Entre 2000 e 2011, foram criados, nesses países, 78 instituições de análise de políticas de saúde, 38 na Ásia, 21 na África, 8 na América Latina, 8 na Europa, e 3 no Oriente Médio (BENNET. et al, 2011).

No Brasil, os *think tanks* começaram a surgir entre as décadas de 1940 e 1950, sendo a primeira em 1944, a Fundação Getúlio Vargas<sup>30</sup> (FGV), seguida em 1954 do Instituto Brasileiro de Relações Internacionais (Ibri) e, em 1955, do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iesb) e do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese). No período seguinte, os principais *think tanks* surgidos foram institutos de pesquisas ligados ao Poder Executivo. Na década de 1980, as tensões acumuladas, a redemocratização e a constituinte, incorreram em uma recomposição da posição do Estado, aumentando as liberdades democráticas, e possibilitando o fortalecimento e multiplicação dos *think tanks* (SEICHI; ITO, 2016).

Importante ressaltar que as grandes diferenças entre os continentes, os sistemas políticos e a economia, e a cultura local, geram importantes características próprias para estas instituições, que se refletem no seu financiamento e agenda de pesquisa, além de variar também o poder de influência nos rumos das políticas públicas e o grau de integração com o mercado. Nesses países, os *think tanks* também têm sido parte da comunicação entre Estado e sociedade,

---

<sup>28</sup> Partido Revolucionário Institucional

<sup>29</sup> Reforma que incorreu em fortalecimento do setor privado naquele país.

<sup>30</sup> Maior Think Tank latino-americano.

que ainda precisa ser melhor elucidada como ocorre e quais seus resultados (BENNET. et al, 2011).

Atualmente, o Brasil ainda tem um número reduzido de *think tanks*, se comparado a outros países. As instituições possuem vínculos muito variados, podendo ser ligadas a partidos políticos, instituições estatais, ou figuras públicas (TEIXEIRA, 2013).

Apesar dessa paulatina mudança no cenário dos *think tanks* no Brasil, percebe-se que o termo não é utilizado ou estudado, seguindo invisível, apesar de vários serem nacionalmente conhecidos. Pouco se estudou sobre as relações entre si e sua forma de atuação (SEICHI; ITO, 2016).

Nesse sentido, o estudo foi desenvolvido à luz desse arcabouço teórico, localizando o ICOS como um *think tank* no espaço do mercado da saúde brasileiro, estudando suas características próprias e sua atuação no mercado.

### 3. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de caso de caráter predominantemente exploratório e descritivo sobre o Instituto Coalizão Saúde (ICOS), baseado em fontes secundárias de acesso irrestrito. Durante a execução da pesquisa, foi localizado somente um estudo acadêmico específico sobre o ICOS, realizado por Moraes, Oliveira e Vieira-da-Silva (2019).

O estudo seguiu os preceitos éticos em pesquisa em saúde. Não foi necessária sua aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece a dispensa dessa etapa em estudos baseados exclusivamente em fontes e dados secundários de acesso aberto e irrestrito.

O referencial de análise do estudo se apoiou em contribuições da literatura sobre sistemas de saúde, particularmente no que se refere às relações entre Estado e mercados em saúde. Ressalte-se, nesse sentido, a produção acadêmica sobre as especificidades dos mercados em saúde nos países de capitalismo periférico, com destaque às mudanças na forma de articulação entre os atores do setor, e o surgimento dos *think tanks* voltados para influenciar as políticas de saúde. Além disso, o estudo se apoiou também em algumas contribuições do campo da análise de políticas públicas, considerando o seu contexto, conteúdo (agenda de prioridades, estratégias adotadas), atores envolvidos e processo de implementação.

Isso se deve ao propósito de compreender o ICOS como uma organização associativa, localizada no Brasil, que se constituiu em meio à disputa de diferentes projetos para o sistema de saúde brasileiro, e que reúne organizações e atores com interesses variados em busca da construção de uma agenda comum, visando a influenciar as políticas de saúde no país. A criação do ICOS, em 2014, e sua atuação no período estudado se deu no contexto de uma crise político-econômica nacional, com grandes tensões estabelecidas.

Os eixos analíticos do estudo se relacionaram aos objetivos específicos, quais sejam:

Eixo 1) Contexto, organizações e atores:

- *Contexto e motivos que levaram à criação do ICOS*: se refere à trajetória de conformação das relações público-privadas em saúde no país, à conjuntura da política nacional de saúde, às relações estabelecidas no setor, seus condicionantes e as oportunidades para a reorganização de atores, agendas e debates políticos.

- *Mapeamento das organizações e atores integrantes do ICOS*: se relaciona à caracterização do conjunto de organizações que compõe o ICOS, desde a sua fundação em 2014 até abril de 2020; sua natureza; nacionalidade; localização da sede no Brasil; existência de caráter sindical; perfil/características; estrutura administrativa; área de atuação; presença de atividade acadêmica e de pesquisa entre os associados; tempo de funcionamento; bem como dos atores e órgãos que dirigem ou participam das decisões e das atividades do ICOS, considerando sua inserção em organizações e posições nas redes de influência sobre a política pública.

No decorrer da pesquisa, ficou claro o destacado protagonismo do presidente do ICOS, do vice-presidente e, em menor escala, da CEO do Instituto. Assim, os dois primeiros foram selecionados para estudo mais aprofundado, o que englobou a análise dos seus currículos constantes na plataforma Lattes, e das matérias no período de 2014 a 2019, em três jornais de grande circulação: O Globo, Valor econômico e Estadão.

Eixo 2) Agenda e estratégias de atuação:

- *Agenda do ICOS para o setor saúde*: consistiu tanto na análise da agenda explícita do ICOS no setor saúde, enunciada no site, nos documentos oficiais e nas falas dos dirigentes, como na caracterização dos principais “temas e problemas” que mobilizaram a organização e seus membros, expressas nos documentos e nas estratégias de atuação do ICOS.

- *Estratégias de atuação do ICOS*: foram identificados os temas prioritários tratados em documentos institucionais, eventos e entrevistas, as formas de abordagem e proposições (conceitos, definições, estratégias) para influenciar as políticas de saúde. Buscou-se também a identificação dos grupos de articulação e espaços ocupados pelos membros do ICOS para defesa de agendas e propostas, tanto no âmbito do mercado como do Estado.

A partir desses dois eixos de análise, buscou-se refletir sobre as possibilidades e limites da atuação do ICOS em termos de influência sobre as políticas de saúde no Brasil.

### 3.1 TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa envolveu revisão bibliográfica e análise documental de material disponível no site do ICOS e sites institucionais de organizações públicas e privadas, no período de outubro

de 2014 a abril de 2020<sup>31</sup>. Também foram consideradas como fontes relevantes entrevistas de dirigentes e de participantes do ICOS disponíveis na mídia, em diferentes veículos, além de outros sites, blogs, plataformas e redes sociais na internet, de acesso irrestrito.

A revisão bibliográfica compreendeu a busca de artigos, livros e capítulos sobre os temas do projeto. Esta foi realizada nas bases Scielo, Lilacs e PubMed, utilizando os descritores: Privatização da saúde; Relação público-privada na saúde; Articulação público-privada na saúde; Mix Público-privado na saúde; Sistemas de saúde na América Latina; *think tanks* na saúde. Em face do tema do projeto, a busca de livros também foi importante, por meio de indicações diretas, disciplinas, busca na internet, livrarias e a partir de citações bibliográficas de outros textos analisados.

A análise documental foi a técnica central do estudo, com ênfase na produção do próprio ICOS, e nas matérias de jornal selecionadas. O Instituto tem expressiva produção documental, disponível para acesso aberto na página <http://icos.org.br>.

Foram encontrados e analisados 14 documentos do ICOS: o estatuto, seis de caráter formativo, destes, três contendo avaliações e proposições para o sistema de saúde como um todo e abordando temas específicos. Outros três documentos foram produzidos e publicados em formato panfletário, com objetivo de influência na conjuntura política, e os quatro restantes são os balanços das ações do ICOS nos anos entre 2014 e 2020.

A pesquisa investigou três jornais de grande circulação (Estadão, O Globo e Valor Econômico), nos quais não foram encontradas matérias publicadas de janeiro de 2014 a dezembro de 2019, com os descritores: ICOS; e Instituto Coalizão Saúde.

Posteriormente, após a leitura dos relatórios executivos anuais do instituto que descreviam as principais atividades da entidade, foram incluídos na pesquisa nos jornais os nomes do presidente e vice-presidente do ICOS - Claudio Lottenberg e Guido Cerri – como descritores, visto serem os principais representantes do Instituto nas atividades em que foi registrada a participação do ICOS, o que resultou em 65 artigos publicados. Guido Cerri apareceu em quatro artigos do jornal Valor Econômico, oito matérias no Estadão, enquanto Claudio Lottenberg apareceu em 28 matérias no Valor Econômico, 13 matérias no Estadão e 12 matérias em O Globo.

---

<sup>31</sup> Em 2020, foram levantados um documento do ICOS que se referia ao balanço do ano de 2019, e matérias de jornais sobre o ICOS.

A análise do conteúdo dos documentos foi realizada considerando os eixos de análise anteriormente descritos.

Para compreender os atores, além da análise documental e de conteúdos da mídia, foram estudados os currículos do presidente e do vice-presidente disponíveis na Plataforma Lattes do Conselho Nacional para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq <http://lattes.cnpq.br>, com foco no histórico de atuação institucional e política dos dirigentes do ICOS e nas posições de lideranças desses em outras entidades.

A caracterização das instituições que compõem o ICOS foi feita por meio de sites oficiais, documentos e informações sobre a atuação destas em processos políticos nas instâncias do Estado e estruturas do mercado.

Com o intuito de melhor visualizar a metodologia da pesquisa, o Quadro 02 correlaciona os objetivos específicos, eixos de análise, técnicas e fontes de investigação.

---

 Quadro 01: Metodologia do projeto de pesquisa.
 

---

Objetivos específicos	Eixos de análise	Técnicas e fontes
Descrever o contexto político-econômico	Contexto e motivos para criação e desenvolvimento do ICOS	Revisão da literatura sobre os temas: relações público-privadas na saúde no Brasil e na América Latina; tensões político-econômicas que influenciaram as políticas de saúde no Brasil nas últimas décadas; conformação do mercado privado da saúde no Brasil; formas atuais de organização e ação do mercado da saúde sob as políticas públicas, com destaque para o surgimento dos Think Tanks; Principais fontes: Livros e artigos científicos.
Mapear as organizações e atores que integram o ICOS	Organizações atores	Mapeamento das organizações componentes, e análise das suas características gerais a partir dos sites institucionais de acesso público; Descrição da diretoria do ICOS, sua atuação profissional e política, através dos sites institucionais, currículos disponíveis para acesso público e matérias de jornais Principais fontes: <a href="http://icos.org.br">http://icos.org.br</a> ; sites das organizações componentes do instituto; <a href="http://lattes.cnpq.br">http://lattes.cnpq.br</a>

---

---

Caracterizar a agenda e a Agenda política e  
estratégia de atuação do estratégias de  
ICOS atuação

Análise de documentos do ICOS, entrevistas e discursos públicos, assim como materiais sobre seminários e outros eventos promovidos pelo Instituto ou nos quais ele teve participação registrada, disponíveis ao público em geral e em matérias de jornais de grande circulação; dando ênfase à temporalidade dos documentos e sua conjuntura.

Principais fontes: <http://icos.org.br> e dos jornais <https://oglobo.globo.com>; <https://www.estadao.com.br>; <https://valor.globo.com>.

---

Origem  
da construção  
da agenda

Análise de documentos do ICOS, entrevistas e discursos públicos nos quais ele teve participação registrada, disponíveis ao público em geral, e em matérias de jornais de grande circulação, dando ênfase à temporalidade dos documentos e sua conjuntura.

e Assim como revisão da literatura sobre a conjuntura político-econômica, políticas públicas de saúde e relação público-privada na última década.

Principais fontes: <http://icos.org.br> e dos jornais <https://oglobo.globo.com>; <https://www.estadao.com.br>; <https://valor.globo.com>.

---

## 4 O INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE

### 4.1 ORIGEM E OBJETIVOS

O Instituto Coalizão Saúde (ICOS), sediado em São Paulo-SP, surgiu em 2014 em cerimônia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). O ICOS agrega organizações e atores de diferentes segmentos do setor da saúde, sobretudo de natureza privada.

O ICOS representa uma nova forma de articulação de ideias e interesses de agentes privados, voltada para a promoção de debates, formulação de propostas para o setor saúde, com maior articulação entre o grande empresariado com objetivo de se fortalecer. Atualmente, no mundo, instituições como esta estão sendo estudadas há algumas poucas décadas, pesquisadores como Medvetz (2012), pesquisador norte-americano, e Shawn e colaboradores (2015), de Londres, chamam-nos de *think tanks*, no decorrer desse estudo os aspectos principais do conceito serão postos à reflexão e avaliados em face à análise do Instituto Coalizão Saúde.

No Brasil, os *think tanks* tem sido estudados há poucos anos, o primeiro estudo, encontrado na base de dados Scielo (<https://www.scielo.br>), é de Chaves (2006), pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na revista paulista Cadernos de Pesquisa, em que utiliza o termo apenas no seu *abstract* para significar a formulação e implementação de políticas públicas por algumas instituições conjuntamente com o Ministério da Educação.

O segundo e último estudo encontrado é o de Sauerbronn (2009), que, a partir da conceituação da sua dissertação de mestrado, defendida no programa de Relações internacionais da Universidade Federal Fluminense (UFF), classifica o conselho Argentino para as Relações Internacionais (CARI) como um *think tank*.

No campo da saúde, no Brasil, não há estudos sobre essas entidades. O único artigo científico publicado sobre o ICOS, escrito por Moraes, Oliveira e Vieira-da-Silva (2019), registro fundamental para a compreensão do Instituto, faz avaliações convergentes com este estudo, inclusive no que tange à recomendação de melhor compreender as movimentações do mercado da saúde no último período.

Dessa maneira, ressalto que no Brasil diferentes segmentos e atores do setor privado se organizavam sob diferentes formas de associação desde a década de 1980, durante a constituinte e, mesmo antes, sob outros moldes e contextos. Representados por entidades como a

Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH), os atores alternavam momentos de convergência e divergência, tendo, durante a década de 1990 e 2000 esse cenário se mantido ainda pulverizado (FALEIROS, 2018; MORAES; OLIVEIRA; VIEIRA-DASILVA, 2019).

Em 2014, ano seguinte às manifestações de junho de 2013<sup>32</sup>, e também ano de eleições presidenciais<sup>33</sup>, em um contexto de transformações políticas no país, começaram a ocorrer mudanças visíveis na articulação de atores do setor privado de saúde. Um exemplo foi o lançamento do “Livro Branco da Saúde”<sup>34</sup>, pela Anahp, que serviu de síntese de parte das principais propostas do mercado para o sistema de saúde brasileiro. Foi um marco importante entre o empresariado porque significou um momento de convergência entre diversos atores do mercado e serviu como agenda de discussão de seus interesses junto aos presidentiáveis.

Em outubro do mesmo ano, entre o primeiro e o segundo turno das eleições presidenciais, surgiu o Movimento Coalizão Saúde (FOLHA DE SÃO PAULO, 2014), com o objetivo de debater o sistema de saúde do país e influenciar a agenda dos candidatos das eleições presidenciais que estavam ocorrendo.

Após as eleições, foi publicado também na Folha de São Paulo (2015) um artigo em que Claudio Lottenberg e Guido Cerri criticavam o processo de seleção do ministro da saúde<sup>35</sup> do governo de Dilma Rousseff. Pela primeira vez, descreveram uma caracterização do que seria a nova entidade:

---

<sup>32</sup> As quais aglutinaram milhares de pessoas pelo país, e resultou em propostas emergenciais da presidenta, e importante movimentação política entre os atores que estavam estabilizados no último período.

<sup>33</sup> Eleições acirradas de 2014, Dilma venceu, mas teve dificuldades de governar no 2º mandato.

<sup>34</sup> Naquele documento foram elencadas 12 propostas centrais, a saber, para a macro-gestão: 01. Fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando a coordenação e a integração entre os setores público e privado; 02. Aumentar o volume e a eficiência na aplicação de recursos públicos para a saúde; 03. Ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das Políticas Nacionais de Saúde; 04. Fomentar a inovação científica e tecnológica em Saúde. Para a meso-gestão: 05. Incentivar o investimento privado na área de saúde; 06. Estimular políticas justas de remuneração de serviços de saúde vinculadas à qualidade e ao desempenho assistencial; 07. Desenvolver um modelo assistencial integrado com foco no paciente e na continuidade dos cuidados; 08. Criar um sistema nacional de avaliação da qualidade em saúde. Para a micro-gestão: 09. Desenvolver redes assistenciais integradas entre os setores público e privado; 10. Melhorar a formação, distribuição e a produtividade dos recursos humanos; 11. Investir em infraestrutura e tecnologia adequada à evolução da medicina e aos novos perfis de pacientes; 12. Desenvolver um plano de ação público-privado para a informatização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação.

<sup>35</sup> Nesse período ocorreu a saída de Arthur Chiori, médico, sanitário, doutor em saúde coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e a entrada de Marcelo Castro, médico, psiquiatra, ex-professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Todos esses atores competem entre si, gerando um modelo misto financiado direta ou indiretamente por recursos privados. Ciente dos desafios do sistema de saúde no país e consciente da necessidade de um trabalho conjunto para o seu enfrentamento, um grupo de representantes dessa cadeia privada formou a Coalizão Saúde, reunindo inicialmente representantes de prestadores de serviços, de operadoras de planos, da indústria farmacêutica e da indústria de materiais e equipamentos médicos. O objetivo dessa coalizão é contribuir, de forma propositiva e plural, para o debate e a busca dos novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015, p. 2).

Apenas com a publicação do seu estatuto em 2015 é que surge o primeiro registro da Coalizão Saúde se intitulando como Instituto. O Instituto é, segundo este documento, uma associação civil e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos, constituída por prazo indeterminado, com personalidade distinta de seus associados (ICOS, 2015). Tem por objetivo ser uma referência do pensamento e da formulação de políticas para a saúde do país (ICOS, 2019), conforme aponta seu estatuto:

Artigo 3 – O Instituto tem como objetivo principal congregar e articular os principais integrantes da cadeia produtiva privada da saúde, com o intuito de promover, de forma propositiva e pluralista, a discussão e a busca de soluções inovadoras para o setor, contribuindo para o fortalecimento e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro (ICOS, 2015).

No mesmo documento, são elencados os objetivos específicos do instituto, a saber:

- Fortalecer o entendimento da saúde como modelo produtivo e de desenvolvimento econômico;
- Incentivar as ações de promoção e prevenção em saúde;
- Preservar e promover o crescimento do setor privado;
- Integrar os setores público e privado;
- Propor estratégias de autorregulação;
- Contribuir para a prática ética;
- Ampliar a liderança e defender os interesses dos seus associados;
- Colaborar com instituições nacionais e internacionais com propósitos afins.

Vale ressaltar que a instituição possui a prerrogativa de promover ações judiciais em defesa dos interesses coletivos de seus associados. Isso confere uma representatividade importante, visto que não são todas as formas associativas que possuem esse caráter e que pode ser definidora na disputa dos rumos do mercado da área.

## 4.2. OS ASSOCIADOS

Conforme o seu estatuto, os associados do ICOS podem ser classificados em: Fundadores (presentes na assembleia de constituição do instituto); Institucionais (entidades sindicais ou representativas do setor privado da saúde); e Corporativos (todas as demais instituições).

Todos têm as obrigações estatutárias comuns, devendo cumprir e respeitar o Estatuto Social e as deliberações das Assembleias Gerais. Além disso, os associados têm as obrigações contributivas, sendo necessário o pagamento de valores definidos e aprovados em assembleia geral. As entidades que pleiteiem nova associação são avaliadas pelo conselho administrativo.

Aqueles que estejam em dia com suas obrigações podem se candidatar a quaisquer cargos eletivos, porém não de forma igualitária, pois o conselho administrativo tem de ser composto por, no mínimo, cinco associados fundadores, de um total de nove componentes, o que lhes confere maioria dentro do órgão. As organizações participantes só podem falar em nome do ICOS caso expressamente autorizadas em documento escrito do Conselho Administrativo.

Aqueles que não cumprirem com suas obrigações podem sofrer penalidades, que podem ser: advertência por escrito; suspensão de 15 dias a 12 meses; até exclusão do quadro de associados, tais punições se apresentam com critérios ainda incertos, não totalmente descritos no documento.

Os órgãos estatutários de deliberação, representação, administração e fiscalização são: Assembleia Geral, órgão máximo da associação, constituída por todos os associados; Conselho Administrativo, órgão colegiado responsável pelo cumprimento das políticas e diretrizes da instituição; e o Conselho Fiscal, que verifica o cumprimento dos deveres legais e estatutários dos administradores do instituto.

Deve ser realizada uma Assembleia Geral por ano, até o dia 30 de abril, com aprovação de relatórios e balanços previamente aprovados pelo Conselho Administrativo e validados pelo Conselho Fiscal. A Assembleia deve ocorrer no município sede (São Paulo), mas caso necessário pode ser realizada em outra cidade conforme autorização prévia do Conselho Administrativo, que deve ser eleito nesse espaço.

O Conselho Administrativo do ICOS tem um mandato de três anos, composto de nove membros, sendo no mínimo cinco de Associados Fundadores, o que limita o papel de parte das Entidades Associadas. O Conselho Administrativo é dividido entre: presidente, vice-presidente, e os demais sem designação específica, todos com direito a apenas uma reeleição. O Conselho tem a responsabilidade de estabelecer um Regimento Interno, prevendo os procedimentos de sua eleição e funcionamento, o regulamento de admissão de associados, além de deliberar sobre a admissão e exclusão de associados, fatores que agregados podem levar a conflitos de interesses.

Há uma clara centralização de poder no Presidente, que tem como papel representar oficialmente o Instituto, zelar pelos seus princípios, fazer acontecer seu plano de ações e zelar por seu Estatuto Social, além de supervisionar o trabalho dos outros componentes e representar legalmente a entidade. Ao Vice-presidente cabe substituir o presidente nas suas ausências, auxiliá-lo no que for designado e outorgar, junto com o presidente, procurações no nome do Instituto.

O Conselho Fiscal também deve ser eleito em Assembleia Geral, composto por 3 membros titulares, e tem como responsabilidade fiscalizar os atos da administração, opinar sobre as propostas relativas ao orçamento anual e examinar a prestação de contas a ser submetida em Assembleia.

O Conselho Administrativo pode criar conselhos consultivos, sem caráter deliberativo, com a finalidade de construir análises e proposições ao Conselho. Além de câmaras técnicas, comitês e grupos de trabalho transitórios ou permanentes para o desenvolvimento de projetos, prestação de consultoria e assessoria em questões de interesse da instituição.

O Instituto é composto por grupos envolvendo indústria farmacêutica e de equipamentos; hospitais; seguradoras e empresas de medicina de grupo; laboratórios de análises clínicas; empresa de sistema de informação e uma fundação estatal de direito privado relacionada a uma universidade pública (Quadro 02).

O primeiro registro encontrado dos associados está no relatório de gestão de 2016, quando a entidade era então composta por 26 organizações, nacionais e internacionais, de diferentes setores.

No relatório de 2017 já constavam 32 organizações, considerando a fusão da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo) com o Sindicato da Indústria e de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares de São Paulo (Sinaemo) e a entrada de outras nove organizações.

As novas associadas foram: (i) três grandes empresas da indústria farmacêutica (Abbvie, Abbott, e MSD, essa última associada à Merck, no ramo veterinário); (ii) a maior seguradora de planos e seguros de saúde do país na época (Amil); (iii) um dos principais laboratórios de análises clínicas do país (Sabin); (iv) a empresa Healthways, envolvida com programas de gestão de recursos em saúde para redução de custos e aumento de eficiência; (v) a Intersystem, uma consultora para o desenvolvimento de sistemas de saúde.

Importante ressaltar que, até então, as únicas empresas da indústria farmacêutica presentes no ICOS eram a EMS (nacional) e Sanofi/Medley (francesa), e não havia nenhum associado atuando em sistemas de informações ou em gestão de recursos em saúde.

Em 2018, a Healthways torna-se Sharecare, o que aparentemente não causou grande impacto, permanece como associada. Entraram no ICOS a Novartis, importante empresa da indústria farmacêutica da Suíça, além da Siemens, produtora de equipamentos médicos. Também se associaram: a Optum, empresa norte-americana que se intitula como uma empresa de inovação em saúde e atua no asseguramento e no desenvolvimento de tecnologias e gestão em saúde; e a Qualirede, empresa brasileira atuante na gestão em saúde e desenvolvimento de tecnologia.

Observou-se, portanto, a ampliação da participação de empresas ligadas à gestão de recursos e à inovação na saúde. Além disso, a inserção da Siemens marcou o início da participação não apenas de associações da indústria de equipamentos, mas também de uma empresa multinacional na sua composição.

No ano seguinte, em 2019, ocorreu pela primeira vez o desligamento de duas empresas: a MSD e a Optum<sup>36</sup>. Por outro lado, registrou-se a entrada da empresa norte-americana Pfizer,

---

<sup>36</sup> A MSD é uma indústria de medicamentos veterinários internacional de propriedade da Merck, e a Optum empresa de desenvolvimento de empresas médicas norte-americana, afiliada à United Healthcare, também proprietária da Amil, sabe-se que esta última empresa foi fechada em 2019 pela própria seguradora norte-americana, como parte do plano de reestruturação da Amil naquele ano, entretanto, não foram encontrados mais esclarecimentos sobre a saída dessas empresas. Na realidade, não houve citação, este fato apenas foi perceptível a partir da observação da lista dos associados ao final de cada relatório anual do Instituto.

importante produtora mundial de medicamentos.

O quadro X, abaixo, exibe as 35 entidades que constituíam o ICOs até dezembro de 2019, com foco no seu escopo de atuação, o que possibilita a percepção da amplitude variada que essas empresas possuem, como por exemplo o Hospital Sírio Libanes (HSL) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE):

Quadro 02: Associados do Instituto Coalizão Saúde, segundo pessoa jurídica e escopo de atuação, 2019.

<b>Pessoa Jurídica Privada Primária</b>	<b>Escopo de atuação primário</b>	<b>Empresa / Associação</b>	<b>Pessoa Jurídica Secundária</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Escopos de atuação secundários</b>
<b>Empresas Privadas</b>					
	Indústria de medicamentos				
		Abbott		Estados Unidos da América	Industria de equipamentos
		Johnson & Johnson		Estados Unidos da América	Industria de equipamentos; Pesquisa clínica
		ABBVIE		Estados Unidos da América	
		EMS		Brasil	
		Sanofi/Medley		França	Pesquisa clínica
		Pfizer		Estados Unidos	

da América

Indústria de equipamentos				
	Siemens / Healthneers		Alemanha	
Laboratórios de Análises Clínicas				
	Grupo Dasa		Brasil	Prestador de serviços educacionais; Pesquisa clínica
	Grupo Fleury		Brasil	
	Grupo Sabin	Organizações Sociais e/ou OSCIP	Brasil	Pesquisa clínica; Gestão e administração.
Hospitais privados				
	Oncoclinica		Brasil	Pesquisa clínica
	Hospital Israelita Albert Einstein	Organizações Sociais e/ou OSCIP;	Brasil	Prestador de serviços educacionais; Planos e Seguros de Saúde; Gestão e administração.

	Hospital Sírio-Libanês	Entidade Filantrópica Organizações Sociais e/ou OSCIP; Entidade Filantrópica	Brasil	Prestador de serviços educacionais; Planos e Seguros de Saúde; Informação em saúde; Inovação em saúde;
Planos e Seguros de Saúde	Amil Sharecare		Brasil Estados Unidos da América	Prestador de serviços educacionais Inovação em saúde;
Medicina de Grupo	Unimed		Brasil	Prestador de serviços educacionais
Empresa de sistema de informação em saúde	Intersystem		Estados Unidos	

da América					
Inovação em saúde					
Qualired			Brasil		
<b>Fundação Privada de Apoio</b>					
Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo		Organizações Sociais e/ou OSCIP	Brasil	Organizações Sociais e/ou OSCIP	
<b>Entidades Associativas</b>					
Abimed <sup>37</sup> ;			Brasil		
Abraid <sup>38</sup>			Brasil		
Abramed <sup>39</sup>			Brasil		
Abramge <sup>40</sup>			Brasil		
Anab <sup>41</sup>			Brasil		

<sup>37</sup> Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde.

<sup>38</sup> Associação Brasileira de Importadores e Distribuidoras de Produtos de Saúde.

<sup>39</sup> Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica.

<sup>40</sup> Associação Brasileira de Planos de Saúde.

<sup>41</sup> Associação Nacional das Administradoras de Benefícios.

Anahp <sup>42</sup>	Brasil
CBEX <sup>43</sup>	Brasil
FBH <sup>44</sup>	Brasil
Interfarma <sup>45</sup>	Brasil
CMB <sup>46</sup>	Brasil
Fenasau <sup>47</sup>	Brasil
<b>Entidades</b>	
<b>Associativas</b>	
<b>Sindicais</b>	
CNSaúde <sup>48</sup>	Brasil
FEHOUESP <sup>49</sup>	Brasil
Fenasau <sup>50</sup>	Brasil
CMB <sup>51</sup>	Brasil
Abimo <sup>52</sup> /Sinaemo <sup>53</sup>	Brasil

<sup>42</sup> Associação Nacional de Hospitais Privados.

<sup>43</sup> Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde.

<sup>44</sup> Federação Brasileira de Hospitais.

<sup>45</sup> Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa.

<sup>46</sup> Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

<sup>47</sup> Federação Nacional de Saúde Suplementar.

<sup>48</sup> Confederação Nacional de Saúde.

<sup>49</sup> Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo.

<sup>50</sup> Federação Nacional de Saúde Suplementar.

<sup>51</sup> Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

<sup>52</sup> Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios.

<sup>53</sup> Sindicato da Indústria e de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos e Hospitalares de São Paulo.

Fonte: Elaboração própria, a partir do sitio do ICOS.

\* A atuação primária das empresas está destacada com esse sinal.

Entre os seus 35 associados, 24 são nacionais, cinco são dos Estados Unidos, dois são de capital misto Brasil e Estados Unidos, uma francesa, uma alemã e uma suíça. A sede de 25 dessas empresas ou das unidades brasileiras se situa no estado de São Paulo, 23 delas na capital paulistana, uma na região metropolitana (Barueri) e uma no interior do estado (Hortolândia).

Dentre as demais, duas tem sede compartilhada entre a cidade de São Paulo e Brasília, e uma compartilhada entre as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Outras três entidades têm sede no Distrito Federal, uma na cidade do Rio de Janeiro. Apenas uma empresa tem sede no Sul, a Qualirede, em Florianópolis.

As principais associações das entidades privadas do setor saúde no país possuem sede em Brasília, o que pode consequência da política de entidades como FBH, ANAHP, CMB, CNS de influenciar a política pública em diversos âmbitos, inclusive no Congresso Nacional, sediado nessa cidade. Dentre as principais entidades associativas articuladoras do setor apenas a Fenasáude tem sede fora do Distrito Federal (localizada na cidade do Rio de Janeiro).

A categorização das entidades é difícil, pois atualmente muitas passaram por um importante processo de crescimento e complexificação das suas atividades, atuando em mais de uma porção do mercado.

Assim, sobre suas áreas de atuação, é importante ressaltar que há diversos associados que ocupam mais de um espaço no cenário do mercado da saúde, como a empresa Abbot, que atua tanto na produção de equipamentos quanto de medicamentos, além dos laboratórios de medicamentos internacionais que também desenvolvem pesquisas. Destaca-se o escopo variado de atuação dos hospitais “de excelência” – Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Hospital Sírio-Libanês (HSL) – os quais, além da pesquisa, promovem assistência, têm seus próprios planos de saúde e atuam como Organizações Sociais. Participam em projetos no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS)<sup>54</sup>, financiado com recursos de isenção fiscal concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o Hospital Sírio-Libanês tem

---

<sup>54</sup> Conforme Portaria GM/MS nº 936 de 27 de abril de 2011 regulamentada pela Lei 12.101/2009, o programa conta com quatro grandes áreas: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Os hospitais que compõe o programa atualmente são: Hospital Albert Einstein (SP); Hospital Sírio-Libanês (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP) e Hospital Moinhos de Vento (RS), e estão em andamento neste triênio (2018-2020), 76 projetos. Segundo relatório anual do Ministério da Saúde (2018), no último triênio (2015-2017) foram gastos R\$ 360.013.257,61, em que o Hospital Albert Einstein foi o maior beneficiado, recebeu R\$ 210.000.000,00 (BRASIL, 2019).

atuado no desenvolvimento de prontuário eletrônico para os hospitais federais do Rio de Janeiro.

Dentre os associados, oito são da indústria farmacêutica, sendo cinco empresas internacionais (os gigantes Abbot, Abbvie, J&J, MSD, e Sanofi), uma nacional (a maior do país, EMS), uma entidade sindical patronal (o Sindusfarma com 422 empresas filiados), e uma entidade associativa da indústria de tecnologia, com atuação no ramo farmacêutico (Abimed, com 215 associados, dentre elas a Bayer, Roche, Johnson & Johnson, Canon, Fujifilm, Philips, Siemens).

O segundo setor mais numeroso é a indústria de equipamentos, que possui quatro empresas internacionais (incluindo as gigantes Abbot, J&J e Siemens, e a quarta apenas prestadora, e não produtora de equipamentos), duas associações sindicais patronais brasileiras (o Sinaemo, com 190 sindicatos filiados, e a FEHOUESP que representa os sindicatos patronais do Estado de São Paulo).

Em seguida, são iguais os números de entidades ligadas ao ramo de laboratórios (seis) e de seguradoras de saúde (seis). Entre as primeiras, há duas associações brasileiras empresariais, estando uma, presente em todas as regiões do país e 19 estados (Abramed), e a outra dirige as entidades paulistas (FEHOSP). Há ainda outra federação, de grande importância na conformação das empresas privadas da saúde, que influenciou a implantação das políticas de saúde de forma importante (FBH) que representa uma pequena parcela de laboratórios. Os laboratórios nacionais associados eram três, dentre eles o maior do país (Dasa).

Por outro lado, as seis entidades ligadas às seguradoras de planos de saúde, são: uma associação patronal nacional, importante no cenário das empresas privadas da área na conformação das políticas de saúde (Abramge); uma federação de sindicatos nacionais (Fenasaúde), também peça fundamental no xadrez dos interesses privados, que outrora cumpriu papel de liderança no setor; a segunda maior seguradora do país (Amil)<sup>55</sup>; a maior cooperativa do setor (Unimed); dois hospitais filantrópicos de excelência, Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Hospital Sírio Libanês (HSL), que participam do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Há ainda a participação da multinacional Healthways, empresa que funciona como prestadora e gerenciadora de riscos.

---

<sup>55</sup> A Amil hoje é parte da United Health Brasil, filial da matriz americana, 2ª maior seguradora dos Estados Unidos.

Entre as entidades ligadas a hospitais, cinco são relacionadas aos filantrópicos: incluindo o HIAE e o HSL, e as outras três entidades têm grande poder de influência (Abramge<sup>56</sup>, CMB e Anahp<sup>57</sup>). Quatro são ligadas ao setor hospitalar não filantrópico, três são associações já comentadas anteriormente (Anahp, FBH, FEHOESP) e uma empresa individual (Oncoclinica). Assim, as quatro entidades importantes na articulação do setor privado em outros momentos da história (CMB, Abramge, Anahp e CMB) também compõem o ICOS.

Dentre os associados, quatro atuam como Organizações Sociais (HIAE, HSL, Grupo Sabin, e a Fundação Faculdade de Medicina da USP)<sup>58</sup> e são responsáveis pela gestão de uma parcela da rede pública da cidade de São Paulo.

Outros setores representados, em menor número, são: o setor de sistemas de informação em saúde, com duas entidades (Intersystem, empresa americana, que atua em 18 países diferentes e o HSL que desenvolve, a pedido do Ministério da Saúde, através do PROADI, prontuários eletrônicos para o SUS); e as distribuidoras (apenas a Abraid<sup>59</sup>).

Um escopo importante de atuação de alguns dos associados é o serviço educacional. Das entidades, 15 desenvolvem alguma atividade educacional, seja de pós-graduação – como a Rede D’Or<sup>60</sup>, Unimed, Amil, HIAE, HSL, e a MSD – ou através de laboratórios de pesquisa (dois laboratórios de medicamentos internacionais, Sanofi, e J&J), assim como dois laboratórios nacionais (Dasa e Sabin) e a Oncoclinica.

Ressalto que, inicialmente, a Faculdade de Medicina da USP (FAMUSP) também era associada do ICOS, sendo substituída em 2016 pela Fundação Faculdade de Medicina da USP. Esse movimento, no entanto, não significou afastamento do Instituto com a faculdade, durante os últimos anos, vários foram os eventos que ocorreram na FAMUSP, incluindo o lançamento do livro *Coalizão Saúde: Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde*<sup>61</sup>. Dentre outros

---

<sup>56</sup> Apesar de representar em maioria as empresas de medicina de grupo, existem algumas Santas Casas (hospitais filantrópicos) que com o argumento de dificuldades financeiras pelo subfinanciamento público começaram a atuar também como empresas de medicina de grupo, e estão presentes na Abramge: Santa Casa Saúde de Ribeirão Preto; Associação de Saúde Portuguesa de Beneficência; Associação Evangélica Beneficente de Londrina; e a Santa Casa Saúde de Araçatuba.

<sup>57</sup> Entidade que além de alguns hospitais filantrópicos, também representa o grupo D’Or, maior rede hospitalar do país, dentre outros hospitais privados.

<sup>58</sup> Entidade privada, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, com certificado renovado pela portaria n 946, de 25/09/2014, criada em 1986 por ex-alunos da Universidade de São Paulo, tem parceria estabelecida com 65 entidades, nacionais (incluindo o Ministério da Saúde, o CnPq, o Ministério Público do Estado de São Paulo, e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo) e internacionais (como as Universidades de: Harvard, John Hopkins, Oxford, Cambridge, Yale, Washington e também a Organização Panamericana de Saúde).

<sup>59</sup> Associação das distribuidoras de produtos de saúde.

<sup>60</sup> A rede D’Or, através de dois de seus hospitais (Hospital Oeste D’Or e Hospital Rios D’Or) compõe à Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), membro do ICOS.

<sup>61</sup><http://icos.org.br/icos-lanca-seu-livro-coalizao-saude-brasil-uma-agenda-para-transformar-o-sistema-de-saude/>.

eventos, a FMUSP recebeu ainda um professor da Universidade John Hopkins<sup>62</sup>, que também é presidente de um setor de saúde da IBM, para debater produtividade em saúde<sup>63</sup>. Assim, a USP se constitui como importante espaço para articulação entre mercado e academia<sup>64</sup>.

As entidades ligadas aos sindicatos do empresariado da área são: Abraidi; CMB; CNSaúde; FEHOUESP; Fensaúde; e o Sindusfarma. Dentre essas entidades, participavam como representação no Conselho Nacional de Saúde: a FBH e a CNSaúde (composta por diversas entidades presentes no ICOS). Algumas empresas também estão presentes na câmara de saúde suplementar da ANS (Anahp; CMB; FBH, FENASAÚDE; UNIMED; Anab).

Os associados ao ICOS são eminentemente privados entretanto representam o cenário complexo do empresariado da saúde que atua no Brasil, com diferentes graus de aproximação público-privada. Na **Figura 01**, a seguir, os balões azuis representam os associados em que 29 são privados; cinco balões amarelos representam as associadas de caráter filantrópico; e o único balão laranja se refere a uma fundação de apoio de direito privado, diretamente vinculada a uma universidade pública.

Outro destaque é a presença de associados envolvidos com mais de uma área do setor saúde, identificados com um asterisco, totalizando 20 associados com essa característica, incluindo a Fundação Faculdade de Medicina da USP, somam-se, entre as 20, quatro das cinco entidades filantrópicas, e 15 outras entidades, de diferentes áreas: indústria de medicamentos; indústria de equipamentos; laboratórios de análises clínicas nacionais; operadoras de planos de saúde nacionais; e a entidade hospitalar privada Oncoclínica. Apenas as empresas de sistemas de informação não possuem mais de uma área de atuação.

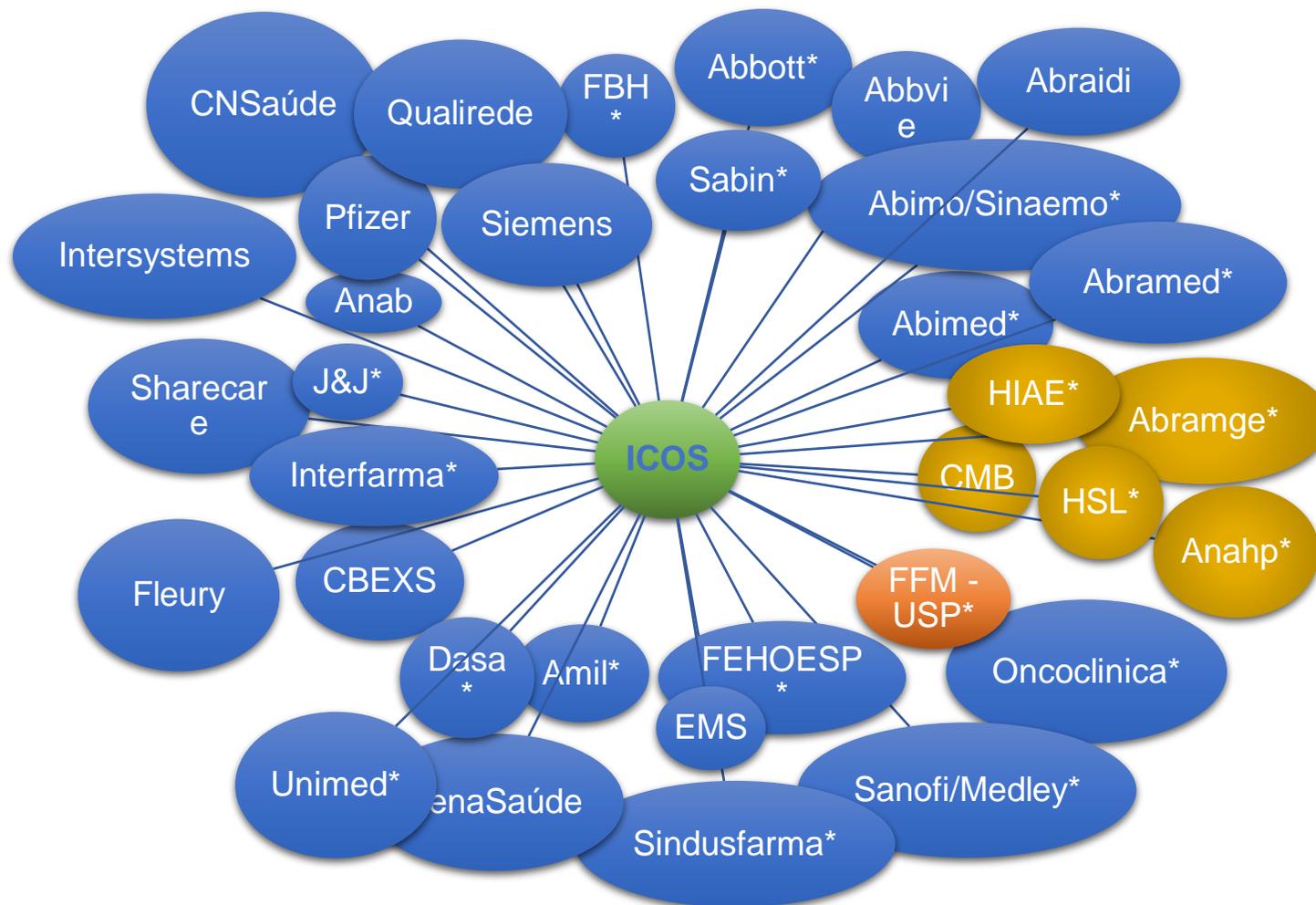
---

<sup>62</sup> “Ron Goetzl wears two hats. He is Senior Scientist and Director of the Institute for Health and Productivity Studies (IHPS) at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Vice President of Consulting and Applied Research for IBM Watson Health. The mission of the IHPS is to bridge the gap between academia, the business community, and the healthcare policy world – bringing academic resources into policy debates and day-to-day business decisions, and bringing health and productivity management issues into academia” <https://www.jhsph.edu/faculty/directory/profile/3011/ron-z-goetzl>, veja também <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/institute-for-health-and-productivity-studies/>.

<sup>63</sup> <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/cientista-da-johns-hopkins-aborda-produtividade-e-saude-em-debate-na-fmusp-> “A Faculdade de Medicina da USP sediou no dia 21 de maio o encontro científico ICOS: Saúde, Bem-Estar e Produtividade, promovido pelo Instituto Coalizão Saúde. O Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri, vice-presidente do Conselho Administrativo do ICOS, fez a abertura do encontro, que contou com palestra do Prof. Dr. Ron Goetzl, cientista sênior da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, diretor do Institute for Health and Productivity Studies e vice-presidente de Pesquisa Aplicada da IBM Watson Health” <https://www.fm.usp.br/fmusp/eventos/encontro-cientifico-icos-saude-bem-estar-e-produtividade>”.

<sup>64</sup> <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/inrad-hcfmusp-sedia-iii-congresso-de-saude-publica-do-ministerio-publico-de-sao-paulo>

Figura 01- ICOS e seus associados conforme relação com o sistema público de saúde



Fonte: Elaboração própria

Esse cenário reflete um movimento já estudado e descrito em âmbito internacional, decorrente, dentre outros fatores, do crescimento e especialização do setor saúde, que ampliou sua participação na economia e no mercado de trabalho, concentrando grande volume de recursos, utilizados muitas vezes para a ampliação das atividades das empresas (MORAES; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2019).

Dentre os associados ao ICOS, os grupos internacionais se concentram em três áreas: sistema de informações (uma das duas entidades é americana); indústria farmacêutica (dos sete laboratórios associados apenas um é nacional, a SEM); e indústria de equipamentos (as três empresas que produzem equipamentos, Abbott, J&J e Siemens, são internacionais). Nas outras áreas de atividades, há um predomínio das empresas nacionais.

#### 4.3. DIREÇÃO E COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

A diretoria é composta por 17 integrantes dentre os associados. Dentre eles são destacados com cargos específicos apenas o presidente, vice-presidente, e o CEO, os demais não tem função clara. Todos os componentes da direção do ICOS são diretores ou presidentes de pelo menos uma das entidades associadas, podendo exercer cargo de direção de diferentes entidades de setores diversos simultaneamente.

Quadro 03: Componentes do Conselho Administrativo do ICOS, segundo organização que compõe e seus cargos nelas, em 2019.

<b>CONSELHO ADMINISTRATIVO</b>		
<b>Nome (cargo no ICOS)</b>	<b>Organização de origem</b>	<b>Cargo na organização de origem</b>
Claudio Luiz Lottenberg (Presidente)	HIAE	Presidente
	UnitedHealth Group	Ex-presidente <sup>66</sup>
	FIESP <sup>65</sup>	Ex-presidente <sup>67</sup>
	Amil	
Giovanni Guido Cerri (Vice-Presidente)	Abimed	Presidente

<sup>65</sup> Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, uma das entidades associativas empresariais mais importantes do país.

<sup>66</sup> Atualmente ainda é membro, mas não mais presidente.

<sup>67</sup> Atualmente ainda é membro, mas não mais presidente.

Carlos Alberto Pereira Goulart (cargo indefinido)	Abimed	Presidente
Orestes Barrozo Medeiros Pullin (cargo indefinido)	Unimed	Vice-Presidente
João Alceu Amoroso Lima (cargo indefinido)	Fenasaude	Presidente
Paulo Chapchap (cargo indefinido)	HSL Anahp	Superintendente Membro
Henrique Sutton de Souza Neves (cargo indefinido)	HIAE	Diretor
Ruy Salvari Baumer (cargo indefinido)	Baumer <sup>68</sup> FIESP	Presidente Diretor Saúde
Cláudia Alice Cohn (cargo indefinido)	DASA Abramed CBEXS	Presidente Membro Membro
<b>CONSELHO FISCAL</b>		
Reinaldo Camargo Scheibe	Abramge Alami <sup>69</sup>	Presidente 2018- 2020 Vice-presidente
Edson Rogatti	CMB FEHOESP	Presidente Diretor
Nelson Mussolini	Sindusfarma	Presidente
<b>CONSELHO CONSULTIVO</b>		
Martha Regina de Oliveira	Qualired ANS <sup>70</sup> Anahp	Diretora Ex-diretora

<sup>68</sup> A maior fabricante de próteses da América Latina.

<sup>69</sup> Associação Latinoamericana de Sistemas Privados de Saúde.

<sup>70</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência responsável pela regulação do setor privado da saúde no Brasil.

		Ex-diretora executiva
Sérgio Dilamar	Abraidi	Presidente
Mauricio Otávio Mendonça Jorge	CNI- DF <sup>71</sup>	Presidente
Francisco Balestrin	Anahp	Presidente
Denise Rodrigues Eloi	Unidas <sup>72</sup>	Presidente

Fonte: Elaboração própria com base nas informações obtidas no site do ICOS. <http://icos.org.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

A presença do empresariado internacional no ICOS pode ser percebida pelos membros da diretoria (pelo menos um vinculado a uma entidade internacional) e, também, pelo presidente Claudio Lottenberg que tem trajetória em empresas internacionais.

Atualmente, Lottenberg é vinculado ao Hospital Albert Einstein, que, junto à Anahp, são as únicas entidades a terem dois de seus membros no Conselho Administrativo do ICOS. A Anahp possui ainda mais dois integrantes no Conselho Consultivo.

Durante 2019, houve a entrada da Qualirede na diretoria do ICOS, que até então estava sem representantes da área de sistema de informações.

Cabe ainda ressaltar a presença de duas entidades industriais não vinculadas diretamente ao ICOS, a FIESP, com dois representantes e a Confederação Nacional da Indústria do Distrito Federal, representada por Mauricio Otávio Mendonça Jorge. Ressalto ainda a presença na diretoria de três entidades que não são associadas ao ICOS, FIESP, Alami e CNI-DF, com destaque para a FIESP que tem uma relação mais próxima ao ICOS, como pode-se observar em eventos. Dois exemplos importantes a serem citados de atividades conjuntas podem ser acessados aqui<sup>73</sup>.

<sup>71</sup> Conforme análise do seu currículo Lattes, o membro nunca foi membro de nenhum associado do ICOS, apenas da Confederação Nacional da Indústria, seção do Distrito Federal.

<sup>72</sup> União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

<sup>73</sup> <http://icos.org.br/instituto-coalizao-saude-debate-judicializacao-da-saude-na-fiesp/>  
<https://www.fiesp.com.br/agenda/seminario-impactos-da-lei-geral-de-protecao-de-dados-na-saude/>

#### 4.4. PERFIL DO PRESIDENTE E DO VICE-PRESIDENTE DO ICOS

Claudio Luiz Lottenberg é Presidente do ICOS desde 2014, ano de sua criação. Lottenberg é de família judaica, tem 50 anos, formou-se em medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 1984, onde cursou ainda o seu mestrado (1990)<sup>74</sup> e doutorado (1994)<sup>75</sup> em Oftalmologia. Após o doutorado, a sua única atividade empresarial encontrada foi a manutenção da Lotten Eyes fundada em 1989,

O médico possui um currículo<sup>76</sup> extenso. Uma reportagem da Folha de São Paulo (2010) definiu-o como “um homem público, do serviço privado”, pois Lottenberg possui uma carreira profissional que perpassa os dois setores e envolve diversas atividades, resumidas a seguir:

- Desde 1989: Presidente da Lotten Eyes<sup>77</sup>.
- Desde 2005: Membro da diretoria do Conselho Brasileiro de Oftalmologia<sup>78</sup>.
- De 2005 a 2019: Membro da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, onde participa de comissões, conselhos e consultorias desde 2009.
- 2006 a 2012: Presidente da Confederação Israelita do Brasil.
- De 2007 a 2011: Secretário Municipal de Saúde de São Paulo<sup>79</sup>, na gestão de Gilberto Kassab<sup>80</sup>.
- De 2008 a 2019: membro de Comitê da Federação das Indústrias de São Paulo.
- De 2008 a 2019: Vice-Presidente do Conselho Deliberativo da Câmara Brasil-Israel de Comércio e Indústria.

---

<sup>74</sup> LOTTENBERG, C. L. 1990. Correlação anátomo-clínica ocular de pacientes portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida grupo IV. Obtido na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, EPM-UNIFESP, Orientado por José Ricardo C. Lima Rehder.

<sup>75</sup> LOTTENBERG, C.L. 1994. Estudo comparativo clínico e experimental entre os fios de aço e mononylon em sutura para cirurgia de catarata. Obtido na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, EPM-UNIFESP, o orientador não está descrito no Lattes.

<sup>76</sup> Curriculum Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0392021346498861>.

<sup>77</sup> <http://www.lotteneyes.com.br/quem-somos/>.

<sup>78</sup> <https://eventos.cnseg.org.br/palestrantes/claudio-lottenberg/>.

<sup>79</sup> <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/lottenberg-diz-que-se-for-convidado-aceitara-ser-ministro-da-saude.ghtml>.

<sup>80</sup> Ex-prefeito da cidade de São Paulo entre 2006 e 2012, um dos articuladores da fundação do Partido Social Democrata (PSD) em 2011, foi Ministro das Cidades no governo Dilma, em 2014, saindo do cargo em abril de 2016, pouco antes do afastamento da presidenta, sendo nomeado em maio, pelo então Presidente interino Michel Temer, como Ministro da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações.

- De 2016 a 2019: Presidente da UnitedHealth Group Brasil, após a compra de sua empresa Lottenberg Eyes, onde também assumiu a presidência da Amil, seguradora brasileira já em posse da empresa norte-americana desde 2012<sup>81</sup>.
- De 2002 a 2017: diretor do conselho deliberativo do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)<sup>82</sup>.
- Desde 2019: Presidente do LIDE Saúde<sup>83</sup> - grupo de líderes empresariais<sup>84</sup>.
- De 2008 a 2019: Conselheiro do comitê da cadeia produtiva da saúde.

Em 2017, recebeu a medalha Pedro Ernesto da Câmara Municipal do Rio de Janeiro<sup>85</sup>, a principal homenagem que o município do Rio de Janeiro presta a quem mais se destaca na sociedade brasileira ou internacional. Em 2018, foi condecorado pelo Ministro Ricardo Barros com a Medalha Oswaldo Cruz<sup>86</sup>, pelo reconhecimento e atuação destacada no campo das atividades científicas, educacionais, culturais e administrativa sem saúde.

A sua produção acadêmica tem como característica principal o foco na oftalmologia e, desde 2005, suas publicações vem se diversificando em torno de temas mais amplos do setor saúde e pode ser encontrada no seu Curriculum Lattes:

- Em 2005: capítulo “A complexidade do Setor de Saúde”, no livro “Saúde, Previdência e Assistência social: desafios e propostas para uma sociedade mais justa e moderna”;
- Em 2007: livro “A saúde brasileira pode dar certo”;
- Em 2011: capítulo “Sistema Único de Saúde: acesso, qualidade, financiamento e as parcerias público-privadas”, no livro “Terceiro setor e parcerias na área de saúde”;
- Em 2015: livro “Saúde e cidadania – a tecnologia a serviço do paciente e não ao contrário”;
- Em 2018: capítulo “Eficiência do sistema de saúde pública”, no livro da Fundação Getúlio Vargas, intitulado “Reforma do Estado Social no contexto da Globalização”, fruto do VI Fórum Jurídico de Lisboa, realizado na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, em Portugal.

---

<sup>81</sup><https://valor.globo.com/empresas/noticia/2017/02/15/morre-edson-bueno-73-um-empresario-da-saude.ghtml>

<sup>82</sup> <https://www.einstein.br/noticias/noticia/nosso-novo-presidente>.

<sup>83</sup> Esta entidade é sediada em São Paulo, e teve João Dória como presidente geral, antes de sua eleição à prefeitura municipal de São Paulo em 2016.

<sup>84</sup> <https://www.lideglobal.com/es/area-atuacao/saude/>.

<sup>85</sup><https://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/discvot.nsf/6fb23d0370dded2503257760006e9485/10ed96a797b4d08f8325826500660cce?OpenDocument>.

<sup>86</sup> <http://icos.org.br/lottenberg-recebe-medalha-de-merito-oswaldo-cruz-em-brasilia/>.

No jornal “O Globo”, no período de 2014 a 2019, houve 16 matérias publicadas sobre o presidente. A primeira, em 2014, é sobre falta de leitos hospitalares. Entre as quatro publicadas em 2016, uma registrou o momento em que ele assumiu a presidência da Amil, após a compra desta empresa pela United Health<sup>87</sup>, e outras três sobre uma viagem do então ministro Mercadante à Cuba, sobre a qual foi divulgado que Lottenberg comporia a comissão de negociação.

Em 2017, Lottenberg foi citado em apenas uma matéria, referente ao jantar que João Camargo e Arnald Wald ofereceram em sua homenagem. Tal evento contou com a presença de dois presidentes no período, João Doria e Geraldo Alckmin, além dos empresários Michel Klein, Flavio Rocha e Jorge Moll; e de ministros, como Ricardo Barros (Saúde) e Mendonça Filho<sup>88</sup>.

Os artigos seguintes (dois) foram publicados em 2018. O primeiro foi sobre um encontro ocorrido no Rio de Janeiro, que reuniu empresários do setor. O segundo foi um artigo escrito pelo próprio Lottenberg<sup>89</sup>, discorrendo sobre a importância e os benefícios da integração entre o setor público e o privado da saúde, e como o autor estaria com boas expectativas, pois o novo governo que entraria em 2019 acenava positivamente nesse sentido.

No ano de 2019, Lottenberg foi citado em nove matérias, quatro referentes ao descredenciamento da Rede D’or<sup>90</sup> do quadro de prestadores da Amil, dois referentes a perda de força do presidente do ICOS dentro da Amil, culminando com sua saída do cargo de presidente daquela entidade.

A análise de sua trajetória nesse período é relevante para a compreensão da dinâmica de atuação do ICOS, considerando: a centralização do poder neste cargo; a regulamentação estatutária de que nenhum associado possa tomar atitudes contrárias aos interesses do Instituto;

---

<sup>87</sup> A abertura do mercado interno de hospitais para o capital externo (Lei 13.097/2015) que ampliou a participação das empresas da saúde brasileiras no mercado internacional, até então apenas algumas seguradoras nacionais eram negociadas internacionalmente. A proteção dessas empresas significava também a proteção de um mercado em potencial, que já tinha calculado o seu valor de compra e venda (FLLIPON, 2015).

A promulgação da lei confluiu com o processo que já ocorria anteriormente, sendo um grande exemplo a compra da Amil em 2012, maior seguradora do Brasil, pelo Grupo United Health, que detém uma das maiores seguradoras norte-americanas (atende aproximadamente 70 milhões de segurados), e também a empresa Optum (que seria associada do ICOS posteriormente).

<sup>88</sup> <https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/palmas-para-ele.html>.

<sup>89</sup> <https://oglobo.globo.com/opiniao/artigo-mais-saude-integracao-23290572>.

<sup>90</sup> Maior rede hospitalar do Brasil, dobrou de tamanho nos últimos cinco anos, tem atualmente 45 hospitais e mais de 40 clínicas oncológicas, teve suas receitas elevadas de 126,5 milhões em 2009, para 1,96 bilhões em 2018, e lucro líquido de 6,7 milhões para 308 milhões, e aumento de 20% apenas em 2018 (EXAME, 2019).

e a convergência entre as declarações e citações de Lottenberg com os documentos formais da entidade.

É visível que, apesar da formação em uma universidade pública federal, e de ter sido secretário municipal de saúde de São Paulo, Lottenberg tem sua carreira mais centrada no setor privado, nacional e internacional, em muitos momentos articulando as ações entre os vários segmentos privados dos quais participa junto ao setor público.

Recentemente, deixou claro que tem maiores pretensões políticas ao se colocar disponível para ocupar o cargo de Ministro da Saúde<sup>91</sup>, em plena pandemia de Covid-19, e para disputar as eleições<sup>92</sup> para prefeitura do Município de São Paulo-SP.

Sobre o perfil do Vice-Presidente do ICOS, o médico Giovanni Guido Cerri graduou-se pela Universidade de São Paulo (1976), onde também fez seu doutorado (1984) e tornou-se Livre-Docente (1986), passando a atuar como professor titular. Exerceu diversas funções administrativas nesta universidade e em outras entidades<sup>93</sup>:

- De 1987 a 1989: Presidente da Sociedade Paulista de Radiologia;
- De 1989 a 1991: Membro do Colégio Brasileiro de Radiologia (1989-1991) e editor da Revista Brasileira de Radiologia até 2006
- De 1998 a 2002: Diretor clínico do Hospital das Clínicas da FMUSP;
- De 2002 a 2006: Diretor da Faculdade de Medicina da USP e Presidente do Conselho do Hospital das Clínicas de São Paulo;
- De 2010 a 2012: diretor da Divisão de Diagnósticos do Hospital do Coração da USP;
- De 2010 a 2014: Diretor da Faculdade de Medicina da USP
- De 2011 a 2013: Secretário Estadual de Saúde do estado de São Paulo, durante a primeira gestão de Geraldo Alckmin<sup>94</sup> (PSDB<sup>95</sup>);
- De 2015 a 2018: Compôs o Conselho de Administração do Hospital Sírio-Libanês.

---

<sup>91</sup> <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/lottenberg-diz-que-se-for-convidado-aceitara-ser-ministro-da-saude.ghtml>.

<sup>92</sup> – “Claudio Lottenberg está disposto a trocar a área da saúde pela política” <https://veja.abril.com.br/videos/paginas-amarelas/claudio-lottenberg-esta-disposto-a-trocar-a-area-da-saude-pela-politica/>

<sup>93</sup> Curriculum Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6974715253258198>.

<sup>94</sup> Importante figura do PSDB, que em 2018 foi candidato à presidência pelo mesmo partido.

<sup>95</sup> Partido Social Democrata Brasileiro.

Ainda que sua principal área de pesquisa seja a de exames diagnósticos, apresenta produção científica sobre outros temas na área da saúde. Segue-se uma relação de publicações selecionadas:

- Em 2014: capítulo “O paciente privado é empurrado para o sistema público”, no livro “Sindicato dos Médicos de São Paulo Destaque Dr!: editoriais, entrevistas e retrospectivas 2011 – 2014” (GUIDO, 2014);
- Em 2017: Livro “Tratado de Radiologia” (CERRI; LEITE, ROCHA, 2017);
- Em 2018: documento “Demografia Médica no Brasil 2018”, fruto da parceria entre CFM (Conselho Federal de Medicina), CREMESP, FMUSP e o Departamento de Medicina Preventiva da USP.

Ao longo da sua carreira, tem mantido diálogo frequente com entidades como o CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) e APM (Associação Paulista de Medicina), onde costuma dar entrevistas regularmente.

Guido Cerri apareceu em jornais de grande circulação do país em matérias sobre sua gestão como Secretário Estadual de Saúde em São Paulo. Desde 2014, outras matérias que citaram Cerri abordaram temas como inovação e capacitação, dificuldades financeiras do setor saúde, proposta para a forma de pagamento no sistema de saúde, e uma crítica ao programa Mais Médicos. Apesar dos temas convergentes, suas falas não eram relacionadas ao ICOS.

No “Estadão”, o vice-presidente foi citado com mais frequência, com destaque para a matéria relacionada ao registro de uma carta à presidenta Dilma<sup>96</sup>, reivindicando mais liberdade para pesquisa em seres humanos. No mesmo ano, outra matéria relatou que o ex-secretário de saúde do estado de São Paulo havia sido multado pelo Tribunal de Contas do Estado pela reprovação das contas apresentadas na sua gestão.

As demais matérias focaram a inovação tecnológica no Hospital das Clínicas da USP<sup>97</sup>; um debate com a então presidenciável Marina Silva, ocorrido na FMUSP, com a participação e relato de Guido, acerca das propostas à presidência da candidata; e relatam a recomendação de uma CPI da ALESP<sup>98</sup>, para investigação do contrato entre a FURP e a empresa COM,

---

<sup>96</sup><https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/carta-aberta-dos-cientistas-brasileiros-a-exma-sra-presidente-da-republica-dilma-rousseff-sobre-o-atraso-na-pesquisa-clinica-no-brasil/>.

<sup>97</sup><https://epocanegocios.globo.com/Empresa/noticia/2019/09/epoca-negocios-hospital-das-clinicas-abre-espaco-para-startups.html>.

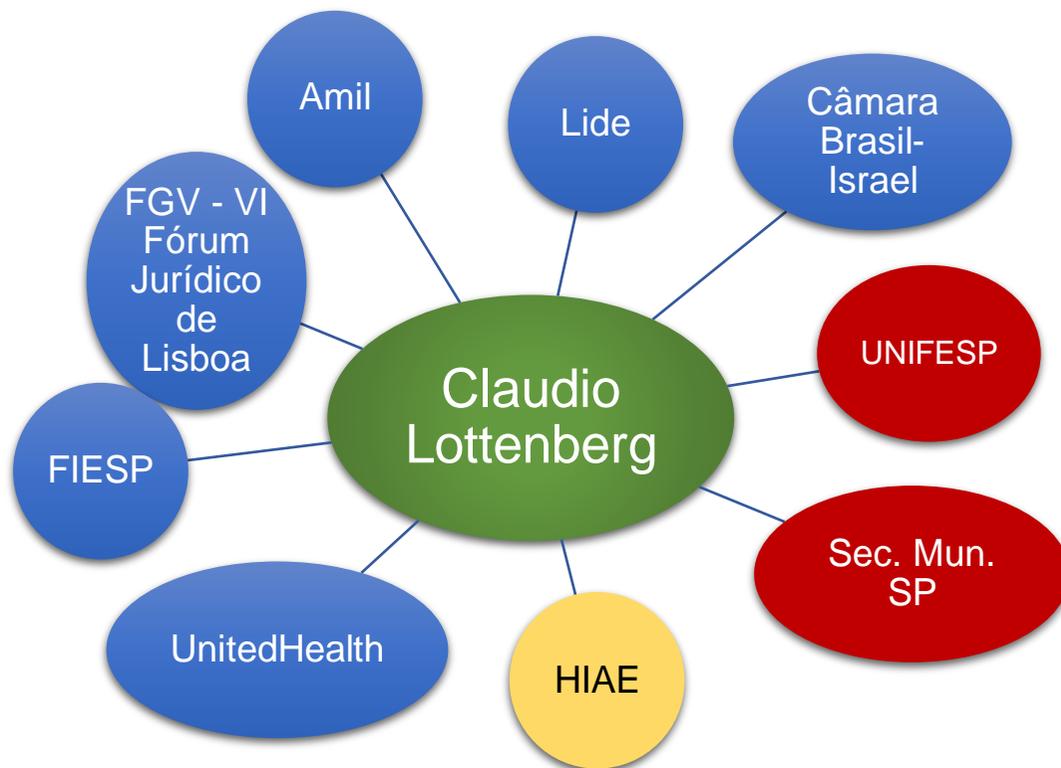
<sup>98</sup><https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/11/06/cpi-aprova-relatorio-que-recomenda-investimento-em-fabrica-de-remedios-de-sp-e-investigacao-de-ex-secretario.ghtml>.

comandada pela farmacêutica EMS, da qual o ex-secretário tornou-se sócio 3 anos após a saída do cargo estadual.

As Figuras 02 e 03 resumem os principais vínculos institucionais identificados nas trajetórias profissionais do presidente do ICOS, Claudio Lottenberg, e do Vice-Presidente, Guido Cerri. A observação dos diagramas permite analisar as carreiras de ambos os dirigentes: os balões azuis representam entidades privadas, os amarelos são referentes à entidades filantrópicas (ambos participaram da direção de dois dos hospitais filantrópicos classificados como de excelência, e participantes do PROADI-SUS), e os balões vermelhos representam as entidades e cargos em órgãos públicos de destaque nas carreiras de cada um.

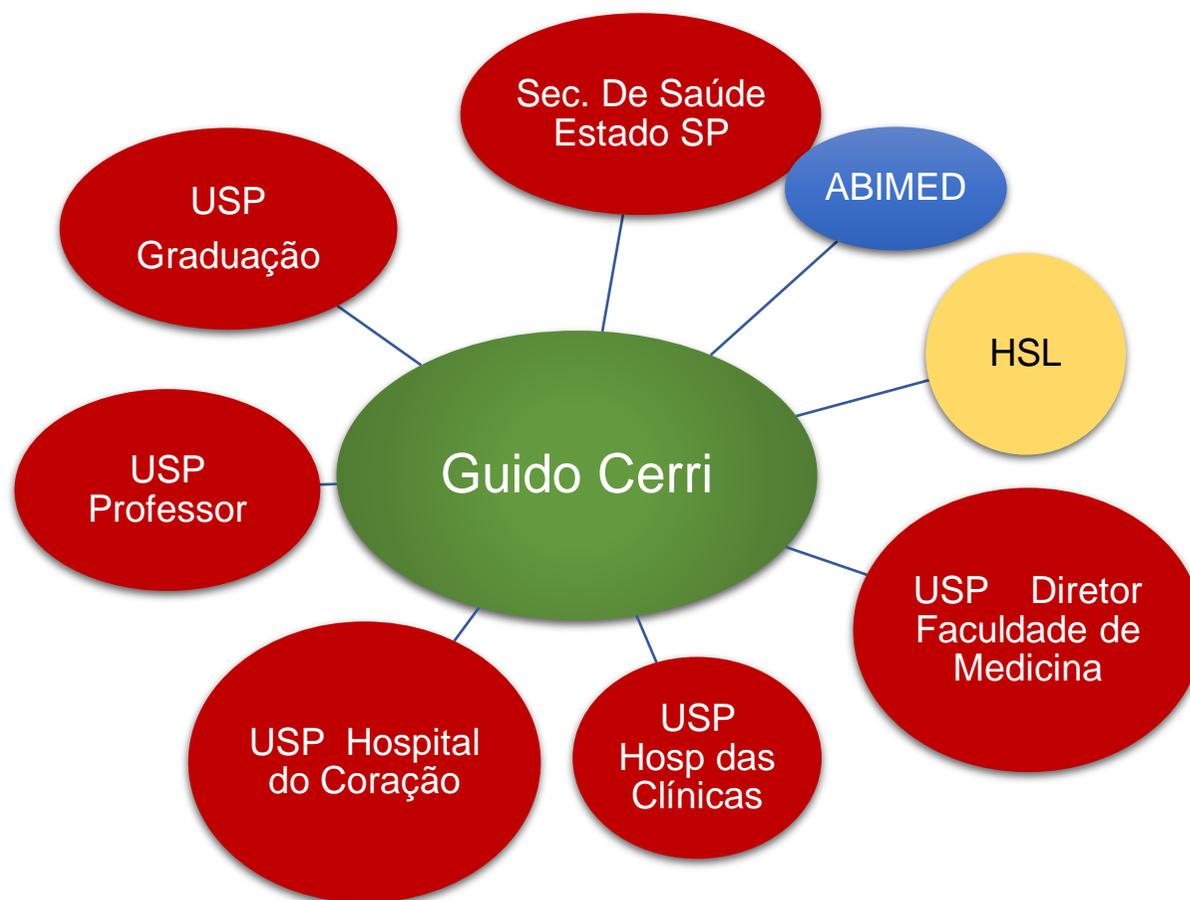
O presidente do ICOS, Claudio Lottenberg, tem relações estreitas com o setor privado nacional (hospitais filantrópicos; empresariado do estado de São Paulo e do restante do país; e operadoras de planos e seguros de saúde), setor privado internacional (operadoras de planos e seguros de saúde internacionais, e empresariado de Israel), e universitário internacional.

Figura 02 – Vinculações institucionais na trajetória profissional de Claudio Lottenberg, Presidente do ICOS – 2019.



Fonte: elaboração própria.

Figura 03 – Vinculações institucionais na trajetória profissional de Guido Cerri, Vice-presidente do ICOS – 2019.



Fonte – Elaboração própria. Informações obtidas no acervo da pesquisa.

A representação gráfica auxilia a compreensão do perfil dos dois dirigentes, sugerindo indícios sobre o papel que eles cumprem.

Giovanno Guido Cerri representa o meio acadêmico, é professor da Universidade de São Paulo (USP), com produção científica em sua área de atuação e já ocupou importantes cargos dentro da universidade e fora dela, com maior ênfase na área pública. Mas, também, teve importante cargo em uma das principais instituições filantrópicas do país, o Hospital Sírio-Libanês, além de manter relações com entidades da categoria médica nacional.

Produziu livros e diversos artigos, foi diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Hospital das Clínicas da universidade e em outro momento, do Hospital do Coração. Representa um importante elo de ligação entre a universidade e o meio acadêmico com o mercado da saúde.

Assim, percebe-se que apesar de ambos terem uma trajetória construída tanto no setor público quanto no privado, inclusive exercendo cargos de direção no poder Executivo no estado e no município de São Paulo, cada um possui um foco na atuação na sua carreira, que juntos apresentam-se como complementares, abrangendo um amplo espectro de entidades com atuação relevante no setor saúde e potencial de influência sobre as políticas setoriais.

## 5. AGENDA E ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DO ICOS

O estudo da agenda e das estratégias de atuação do ICOS foi realizado a partir da análise documental, com ênfase naqueles produzidos e publicados pelo próprio Instituto e em matérias de jornais de grande circulação, conforme detalhado no Capítulo 2, da Metodologia.

Foram analisados documentos referentes à consolidação das avaliações e proposições do ICOS, construídos tanto para dar contornos comuns às reivindicações, como também para dialogar com algum ator, seja este: a população em geral; os próprios associados; outras entidades do mercado, nacionais e internacionais; ou ainda figuras importantes nos rumos das políticas públicas, nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Entre os seis documentos formativos, alguns expressam posicionamentos políticos explícitos do ICOS frente ao sistema de saúde. Os quatro resumos executivos anuais de 2016 a 2019 permitem a compreensão do processo de conformação da agenda política do Instituto. Descrevem a agenda de eventos e as propostas defendidas pelo Instituto em atividades internas (reuniões, workshop, seminários), atividades de outras entidades, ou reuniões com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Apenas no ano de 2015 foi publicado o Estatuto Social, já analisado no capítulo anterior, que consolidou uma dada conformação da entidade, estabelecendo seus contornos, e dando ares oficiais, regras e normas para o seu funcionamento tornando a entidade um Instituto.

Três são documentos de opinião sobre as eleições de 2014, a troca ministerial de 2015, e sobre a judicialização<sup>99</sup> da saúde, importante questão para o empresariado do país.

O ICOS tem relação estreita com a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) e a Faculdade de Medicina da USP<sup>100</sup>, além de empresas internacionais de consultoria.

---

<sup>99</sup> Conceito que vem ganhando corpo desde 1995, quando dos estudos pioneiros sobre o tema, está relacionado com a utilização da via judiciária para decisão sobre temas que deveriam ser abordados nas outras esferas do poder do Estado (Legislativo e Executivo), assim como da influência extrajudicial das decisões dessa esfera de poder. No Brasil, esse tema é muito estudado quanto à relação com a política, no que chamam de judicialização da política, ampliando a concepção individual do direito, visto que as perspectivas coletivas pelas vias participativa e legislativa serem secundarizadas. Portanto esse fenômeno tem influência em diversas áreas da política pública, com grandes repercussões inclusive na saúde, cujo marco inicial foi a luta dos movimentos sociais de aids na década de 1990, fundamentais para o desenvolvimento da política atual de combate ao HIV/AIDS, e ao mesmo tempo contraditória, na medida em que atualmente, as decisões individualizadas, evidenciam uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde, regulada pelo acesso ao serviço judicial (MACHADO, 2018 – Dicionário).

<sup>100</sup> <https://www.fiesp.com.br/agenda/presidenciaveis-propostas-para-saude/>.

Os métodos de construção dos documentos variam. Alguns são elaborados a partir de duas comissões temáticas: Uso de dados em saúde; e Modelos de pagamento. Os outros dois surgem como frutos de eventos presenciais e consultorias (Proposta para o sistema de saúde brasileiro e Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde). Uma das metodologias utilizadas foi a “visioning”, apresentada sem muitos detalhes quanto à sua escolha, apenas descrevendo os passos para sua realização (ICOS, 2017a)

Grande parte dos documentos do ICOS surgem do debate entre os associados, das entrevistas e pesquisas engendradas na internet, com método pouco ou não descrito. Essa é também uma característica comum dos documentos. Suas metodologias não são detalhadas ou ponderadas quanto às potencialidades e debilidades frente aos seus objetivos.

Este trabalho foi, portanto, construído a muitas mãos, contando com a colaboração de mais de 80 especialistas e líderes de opinião do setor, que representaram mais de 30 instituições de toda a cadeia da saúde. O trabalho foi dividido em duas fases: (i) entendimento do ponto de partida e temas de ataque e (ii) definição da visão e iniciativas de soluções, com dois workshops presenciais ao final de cada uma das fases.

Na primeira fase foi feito um diagnóstico da saúde no Brasil, com foco na análise da sustentabilidade financeira, melhoria do estado de saúde e satisfação da população. Nessa fase, foram realizadas entrevistas com os principais stakeholders e especialistas, nacionais e internacionais, foram levantados os estudos existentes, realizadas análises e *benchmarks* com outros sistemas do mundo, e houve a definição dos principais temas de ataque. Já no segundo momento, o objetivo principal foi a definição da visão, do menu de iniciativas e da jornada para alcançar esta visão (ICOS, 2017a, p. 4).

Quadro 04: Documentos produzidos e publicados pelo ICOS (2014 a 01/2020)

<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Tipo de conteúdo</b>	<b>Foco principal</b>
<b>A hora e a vez de debater saúde</b>	2014	Análise de Conjuntura	Disputa eleitoral de 2014.
<b>Estatuto Social</b>	2015	Regras e normativas internas	Estabelece a estrutura administrativa e seu estatuto social.
<b>O setor da saúde em momento de crise</b>	2015	Análise Conjuntura	Troca do Ministro da Saúde.
<b>Proposta para o sistema de saúde brasileiro</b>	2016	Formulação	Aponta deficiências do setor saúde (particularmente do serviço público). Destaca caráter propositivo do ICOS para temas variados: integração público-privada, modernização do setor privado, ética, inovação, integração público-privada, promoção da saúde e processos regulatórios.
<b>Resumo executivo de 2016</b>	2017	Relatório	Agenda de eventos. Propostas defendidas. Atividades internas e externas com outras entidades, instituições e Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.
<b>Combater abusos, mas sem generalizar</b>	2017	Análise de Conjuntura Formulação	Judicialização da saúde.
<b>Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde</b>	2017	Formulação Análise de Conjuntura	Análise mais robusta e propositiva do sistema de saúde brasileiro com foco nos mesmos temas apontados no documento “Proposta para o sistema de saúde brasileiro”: integração público-privada, modernização do setor privado, ética, inovação, integração público-privada, promoção da saúde e processos regulatórios.
<b>Modelos de pagamento baseados em valor</b>	2017	Formulação	Mudança no modelo de financiamento do SUS a partir da atuação coordenada dos setores público e privado.

<b>Consolidação e Uso de dados em saúde: visão integrada dos setores público e privado</b>	2017	Formulação	Análise sintética e objetiva do sistema de saúde brasileiro, com foco nos mesmos temas dos documentos “Proposta para o sistema de saúde brasileiro” e “Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde”.
<b>Resumo executivo 2017</b>	2018	Relatório	Agenda de eventos. Propostas defendidas. Atividades internas e externas com outras entidades, instituições e Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.
<b>Coalizão Saúde: caderno de propostas<sup>101</sup></b>	2018	Formulação	Síntese das formulações gerais do ICOS, lançado estrategicamente para influenciar agenda dos presidentes
<b>Resumo executivo 2018</b>	2019	Relatório	Agenda de eventos. Propostas defendidas. Atividades internas e externas com outras entidades, instituições e Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.
<b>Orientações práticas em Saúde Suplementar – Tudo o que o contratante precisa saber</b>	2019	Formulação	Análise, descrição e recomendações às empresas que trabalham com planos e seguros de saúde, publicado em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
<b>Resumo executivo 2019</b>	2020	Relatório	Agenda de eventos. Propostas defendidas. Atividades internas e externas com outras entidades, instituições e Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos publicados pelo site do ICOS.

<sup>101</sup>Lançado durante reunião com os presidentes, a FIESP e o CBEXs, em setembro de 2018.

Entre 2014 e início de 2020, houve mudanças no perfil dos materiais elaborados, em quantidade e densidade dos documentos do ICOS. No primeiro ano, apenas “A hora e a vez de debater saúde” foi lançado, era um documento conjuntural com vistas a influenciar a agenda da saúde dos candidatos concorrentes no segundo turno das eleições de 2014 como indica a introdução do artigo, na época a entidade ainda chamava-se “Movimento Coalizão Saúde”:

“A saúde, principal problema do país, segundo eleitores sondados por institutos de pesquisa, ficou fora do eixo central da propaganda política e dos debates entre os candidatos à Presidência da República no primeiro turno. Mesmo nas disputas estaduais, a saúde foi deixada de lado. No Estado de São Paulo, foi o terceiro ou quarto tema mais abordado. No Rio, apenas o sétimo” (ICOS, 2014 pg1.).

O entendimento da trajetória do ICOS se faz fundamental para compreender o desenvolvimento de sua agenda. As mudanças ocorridas no período foram reposicionando o Instituto e suas formulações, assim como sua ação para alcançar seus objetivos.

O conteúdo da agenda fica claro nos seis documentos de caráter formativo produzidos pelo Instituto, sendo três deles referentes ao sistema de saúde, de forma mais ampla, e outros três direcionados aos “Temas de ataque”, destacados nas publicações do instituto.

O documento “Propostas para o sistema de saúde brasileiro”, lançado em 2016, destaca as deficiências do setor saúde, particularmente do serviço público, e a necessidade de enfrentá-las:

De forma recorrente, a saúde vem sendo apontada pela população, em pesquisas diversas, como o pior serviço público oferecido no país. Apesar de contar com ilhas de excelência e do reconhecimento de avanços importantes em alguns dos principais indicadores de saúde, são evidentes as deficiências no setor. Enfrentá-las de forma sistêmica é um desafio que precisa ser encarado por todos aqueles que vivem o dia a dia da área. (ICOS, 2016 p.4).

E conclui esse primeiro item do documento demonstrando o seu caráter propositivo.

A união de toda a cadeia produtiva para pensar o sistema de saúde do Brasil é um fato inédito e uma oportunidade única. O ICOS discute e propõe soluções para nosso sistema de saúde público e privado, de forma integrada. Mostrar caminhos para que eles se tornem de fato complementares, como prevê nossa Constituição, e não concorrentes. Este documento representa já os primeiros pontos de consenso, em temas variados como ética, inovação, integração público-privada, promoção da saúde e processos regulatórios. O primeiro passo foi dado. Caminhemos. (ICOS, 2016 p. 5).

O discurso presente no documento não é no sentido de o Estado dominar e regular o mercado, ao contrário, visa permitir maior participação do setor privado no sistema público incluindo a prestação, a regulação e a formulação de políticas de saúde:

Esta integração é ainda mais importante ao considerarmos a dimensão do segmento saúde e a representatividade do setor privado para o sistema. Hoje, 25% da população possui plano de assistência à saúde e 56% do total dos gastos em saúde no país estão na esfera privada. Além disso, 64% dos leitos no país são geridos por instituições

privadas e, destes, mais da metade são destinados ao atendimento do Sistema Único de Saúde. Portanto, aprofundar e desenvolver essa parceria é vital.

Nesse sentido, a experiência das Organizações Sociais de Saúde (OSS) mostrou que instituições com independência e flexibilidade para gerenciar seus recursos apresentam melhor desempenho, mostrando que a integração, quando bem feita, leva benefícios diretos à população (ICOS, 2016, p12).

O documento desconsidera possíveis conflitos entre os setores público e o privado, como fica evidente no trecho a seguir:

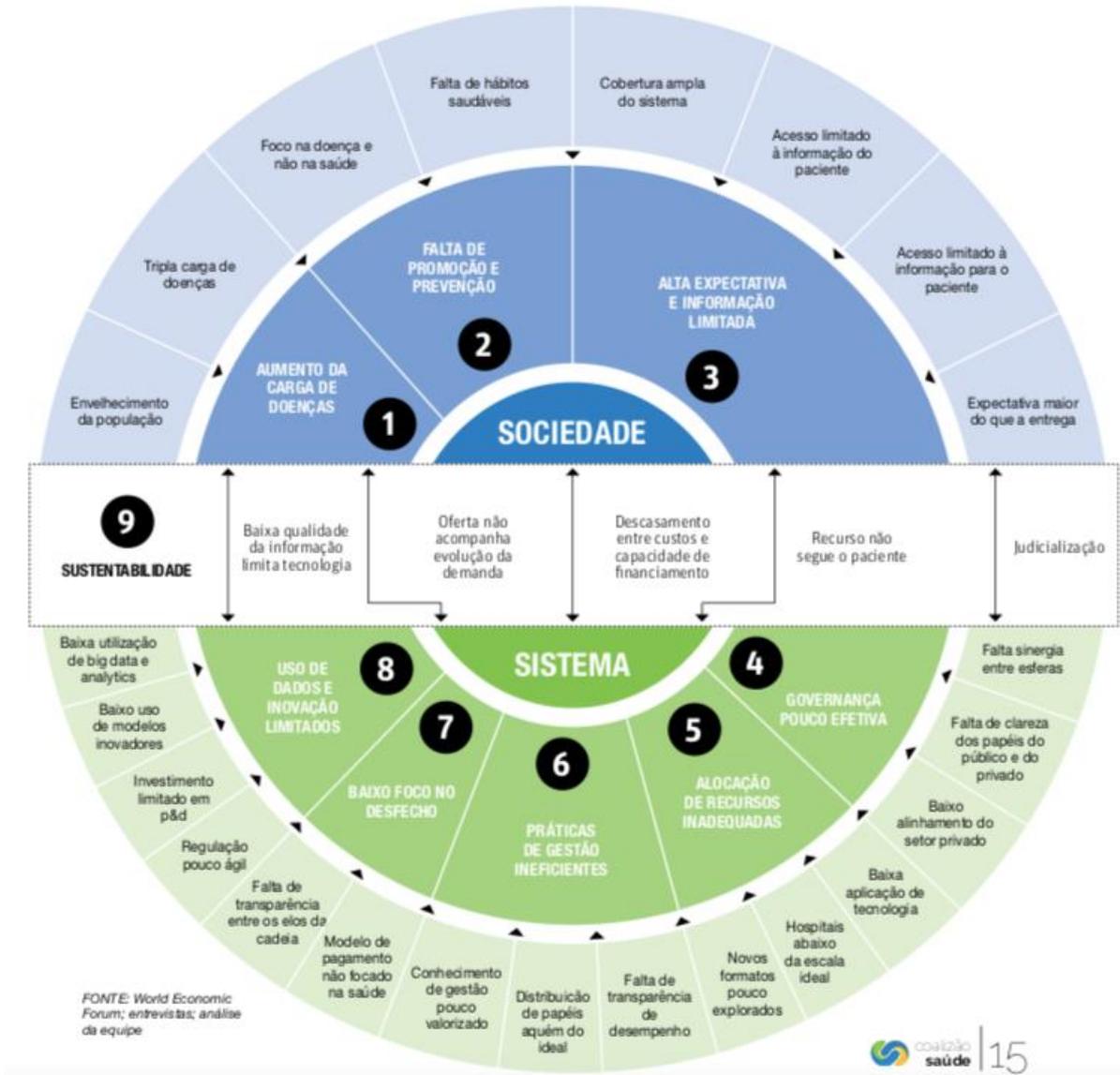
Conciliar os interesses da cadeia produtiva, dos setores público e privado e da população em geral não é apenas possível, é imprescindível. Desbloquear os gargalos que impedem o bom funcionamento da área da saúde trará benefícios generalizados (ICOS, 2016, p. 05).

A concepção geral trazida pelo documento é expressa no diagrama apresentado na Figura 04. No polo superior são destacados problemas relacionados à sociedade, como o aumento da carga de doenças (envelhecimento populacional e tripla carga de doenças), a falta de promoção e prevenção, o foco na doença e a falta de hábitos saudáveis. Já no polo inferior, onde está descrita a oferta de serviços, todas as avaliações negativas descritas são aplicáveis ao sistema de saúde: baixa utilização de *Big Data* e *analytics*; baixo uso de modelos inovadores; investimento limitado em P&D; regulação pouco ágil; falta de transparência entre os elos da cadeia; Modelo de pagamento não focado na saúde; conhecimento de gestão pouco valorizado; distribuição de papéis aquém do ideal; falta de transparência de desempenho; novos formatos pouco explorados para lidar com recursos; existência de hospitais abaixo da escala ideal; baixa aplicação de tecnologia; falta de sinergia entre as esferas.

Outro argumento presente no documento é a alta expectativa com informação limitada, evidenciados na cobertura ampla, o acesso limitado à informação do e para o paciente, além da expectativa maior que a entrega, que na opinião do ICOS o sistema público reproduz (ICOS, 2016). Entretanto, em nenhum desses elementos considera-se a contribuição do mercado para a construção desse cenário, ou mesmo seus processos de formação e contradições.

Note-se ainda que o elemento nove, “Sustentabilidade”, aparece como eixo central, sugerindo a centralidade da contenção de custos que, na lógica do setor privado, seria necessária para evitar déficits e permitir lucros (ICOS, 2017a).

Figura 04: Forças que pressionam o sistema de saúde brasileiro.



Fonte: ICOS, 2017a, p.15.

Outro documento importante é o **Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde**, lançado em 2017, que mostra maior fôlego, sendo mais volumoso e argumentativo em relação a todos os outros. O documento destaca a visão do ICOS sobre o sistema de saúde brasileiro:

Após interações com associados do Instituto Coalizão Saúde e outros atores do sistema de saúde, e com base em entrevistas e em dois workshops presenciais, adotou-se a seguinte visão para o Brasil: “Teremos um sistema de referência em qualidade, sustentabilidade, com maior participação dos cidadãos, assegurando o cumprimento dos princípios do SUS a partir de atuação coordenada dos setores público e privado.”

Para organização posterior das iniciativas que suportariam a visão, foi importante definir eixos centrais de ação, chamados “temas de ataque” (ICOS, 2017a, p. 65).

Dentre os principais conteúdos gerais abordados nessa agenda, destacam-se: a defesa da unidade entre as entidades do mercado do setor (que aparece como princípio e proposição), com a construção de uma agenda mínima conjunta; o fortalecimento da integração entre os setores público e o privado; e a maior aplicação de técnicas e tecnologias, tanto em relação a equipamentos e gestão clínica, como também a medicamentos e uso de dados, favorecendo o grande empresariado de cada setor.

Sempre na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde. E com a convicção de que, como determina a nossa Constituição, a coexistência e a colaboração entre os setores público e privado podem e devem proporcionar um melhor atendimento à nossa população \_desde a prevenção e a atenção básica, até o mais sofisticado e moderno recurso que a Medicina pode oferecer. (ICOS, 2017a, p 04).

Sobre a revisão do papel de regulação do Estado sobre o mercado, uma das consequências seria o aumento da “judicialização da saúde”, para o qual sua proposta consiste: no setor privado, na flexibilização e reformulação do rol de procedimentos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece como mínimo para o funcionamento dos planos e seguros privados; e, no SUS, no estabelecimento de uma lista para definição da cobertura, limitando em alguma medida o direito à saúde à população, conforme pode-se observar no trecho:

O Brasil é o único sistema que não deixa clara a extensão da cobertura (p.ex., lista de procedimentos) abrindo espaço para a judicialização. (...) Todos os países restringem a cobertura universal aos residentes permanentes do país e/ou países parceiros (ICOS, 2017a, p. 25).

Chama a atenção o foco na sustentabilidade financeira do setor saúde:

Missão: Propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro (ICOS, 2017a, pg 03).

(...) Assegurar a sustentabilidade financeira: os gastos crescentes com a área da saúde não são um desafio exclusivo do Brasil. A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde é discutida hoje em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento (ICOS, 2017a, pg 14).

Ainda em 2017, o ICOS produziu uma proposta voltada especificamente no tema do financiamento da saúde, envolvendo mudanças para o Sistema Único de Saúde. O cenário em que ocorrem essas proposições se baseia na importância do financiamento estatal, que sustenta, por um lado, o empresariado articulado com o sistema público como prestador, gestor ou fornecedor. Por outro lado, o apoio estatal ao setor privado também ocorre por meio das isenções fiscais e flexibilizações da regulação e cobertura do setor. É sobre esses pilares que se sustentam as proposições do Instituto Coalizão Saúde (ICOS, 2017a).

Outro ponto central, na Agenda proposta pelo ICOS, é a eficiência do sistema de saúde. A seleção dos tipos de intervenções a serem realizadas, o uso intensivo de tecnologias e a formação da força de trabalho devem ser pautados pela eficiência, podendo gerar uma redistribuição e garantia do acesso à saúde ou nova concentração dos recursos.

(...) o sistema brasileiro aloca poucos recursos a soluções tecnológicas que podem melhorar drasticamente a eficiência do sistema, como é o caso de tecnologias remotas (telemedicina e monitoramento remoto de pacientes crônicos) (ICOS, 2017a, p. 37).

O uso de tecnologia é também tido como solução para a distribuição de médicos no país. Sugere-se o uso de estratégias como: (i) a digitalização do atendimento (ii); atendimento por telefone (iii); monitoramento (iv); e a criação de “fábricas” (v) para a realização de procedimentos ambientais, ou mesmo produção em massa de cirurgias replicáveis e consultorias virtuais. Critica-se o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela regulamentação, a seu ver, inadequada das modalidades de atendimento remoto:

Sabe-se que as tecnologias podem mudar significativamente a maneira com que a saúde será oferecida no futuro. A conectividade permitirá o cogerenciamento do paciente entre diversas instituições e profissionais de saúde, soluções de Big Data permitirão análises em tempo real dos métodos de tratamento e a automação aprimorará a experiência do paciente, os resultados clínicos e a eficiência dos provedores de saúde.

No entanto, o sistema brasileiro aloca poucos recursos a soluções tecnológicas que podem melhorar drasticamente a eficiência do sistema, como é o caso de tecnologias remotas (telemedicina e monitoramento remoto de pacientes crônicos) (...) Porém, no Brasil, limitações regulatórias reduzem o impacto potencial, como o caso da limitação imposta pelo Conselho Federal de Medicina (ICOS, 2017a, p 37).

A eficiência também orienta a concepção de Atenção Primária do ICOS, tendo uma visão dos profissionais de saúde como “gate keepers”:

Uso de profissionais como “porta de entrada” (gate keepers): Programas que utilizam enfermeiros e médicos da família como “porta de entrada” para o sistema podem diminuir a taxa de mortalidade de alguns grupos de risco em até 70%, com base em experiências internacionais (ICOS, 2017a, p. 21).

Importante ressaltar que o tema de uso de dados em saúde<sup>102</sup> é outro tópico estratégico para o ICOS e foi abordado de alguma maneira em todos os documentos, entretanto no documento “Consolidação e Uso de dados em saúde: visão integrada dos setores público e privado” é realizada uma análise mais aprofundada sobre o tema, utilizando novos conceitos e termos como telemedicina, *Big Data* e prontuário eletrônico unificado. O conceito *Big Data* se refere à análise e interpretação de grandes volumes e variedade de dados, utilizados para gerar algoritmos que calculem interesses e coordenem o direcionamento de informações<sup>103</sup>. A ênfase dessas mudanças ficam evidentes no trecho:

Sabe-se que as tecnologias podem mudar significativamente a maneira com que a saúde será oferecida no futuro. A conectividade permitirá o cogerenciamento do paciente entre diversas instituições e profissionais de saúde, soluções de *Big Data* permitirão análises em tempo real dos métodos de tratamento e a automação aprimorará a experiência do paciente, os resultados clínicos e a eficiência dos provedores de saúde (ICOS, 2017<sup>a</sup>, p 37)

Outra questão central apontada pela Agenda do ICOS refere-se às projeções populacionais e epidemiológicas, que irão impactar diretamente na sustentabilidade financeira do sistema de saúde:

Até 2030, a população brasileira idosa (acima de 60 anos) deverá triplicar, equiparando nossa pirâmide etária à do Japão atual, mas com um PIB per capita muito menor (Quadro 2). Além disso, cerca de apenas 10% dos idosos de renda média terão condições de contar com uma cobertura de plano de saúde privado.

(...) Dessa forma, para acompanhar o novo perfil populacional, o Brasil precisa expandir os modelos de atenção aos idosos, a exemplo dos países desenvolvidos. Atualmente temos um déficit de leitos e de médicos especializados na atenção ao idoso (ICOS, 2017a, p. 16).

Em 2018, em reunião com os presidentes, o ICOS lançou estrategicamente o documento **Coalizão Saúde: caderno de propostas**, que sintetiza os debates e propostas, na tentativa de influenciar a agenda da política de saúde (FIESP, 2018).

---

<sup>102</sup> O uso de dados hoje tem uso cotidiano, ao ser atendido hoje em uma unidade de saúde, o paciente pode ser registrado no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que contém uma série de informações como acolhimento, história pessoal e familiar, evolução, diagnósticos, procedimentos, exames e medicamentos em uso, esses e outros dados, como aqueles contidos nos sistemas de informação da saúde, que ainda hoje é separado, como o Sistema de Informação de Nascidos vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), dentre outros, que são dados sensíveis, conforme define a Lei Geral de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018, e podem ser utilizados para uma série de objetivos, a lei traz algumas recomendações por exemplo: a proteção dos dados por hardwares e softwares, a anonimização dos dados, e o acesso facilitado as informações de como seus dados estão sendo utilizados pelos titulares dos dados.

<sup>103</sup> Por exemplo, empresas do comércio, ao contratarem divulgações em redes sociais se beneficiam do uso de *Big data* para saber dentre outras informações as buscas recentes e orientar as propagandas que surgem nos ambientes virtuais para aquele possível comprador. Esse uso se estendeu também a processos eleitorais, influenciando diretamente a opinião pública (INTERCEPT, 2020)

Um dos argumentos mais recorrentes em todos os documentos analisados é a defesa do Sistema Único de Saúde, porém, na sua argumentação, não revela que apenas o fazem a partir de um segundo argumento também muito utilizado, que se refere à complementaridade dos serviços privados em relação ao SUS. Advogam que esta não é uma relação qualquer, mas sim uma integração perene entre ambos, segundo eles, desde a redemocratização do país. Essa visão confere ares de estabilidade a uma relação que expressa muitas disputas e que não ocorreu nesses trinta anos de forma pacífica nem linear.

Apesar do discurso de proteção do interesse público estar presente em grande parte de seus documentos, o Instituto sequer cita propostas de diálogo conjunto ou de incentivo ao crescimento do SUS. Existe ainda uma ressignificação da relação do público com o privado, que desconsidera o conflito historicamente construído no Brasil, em favor de um sentido geral de “aprimoramento” dessa “relação”, uma “modernização”, através da criação de mudanças estruturais no setor, que viabilizem um aumento da intensidade da relação.

Anunciam que sua avaliação terá como um dos focos a sustentabilidade financeira, isto fica claro desde o primeiro documento formativo “Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro” (2016), em que esse tema já aparecia como capítulo do documento. O tema também consta no documento “Coalizão Saúde Brasil – Uma agenda para transformar o sistema de saúde” no qual há oito aparições do termo: na descrição da missão do Instituto, critério de avaliação do momento atual, como um dos três objetivos do processo de reforma do Sistema de Saúde Brasileiro, e por fim como um dos três critérios para priorização dos temas de ataque a serem selecionados para a primeira fase de implementação. Além disso, a sustentabilidade financeira é um eixo central do diagrama que elenca os elementos de avaliação do sistema de saúde.

O critério da sustentabilidade, portanto, aparece mais robusto que os demais. A justificativa se ancora na experiência de outros países, sem citar quais estudos ou nações. Assim, localiza no Brasil o aumento dos gastos em saúde e indica-se, com parâmetros não passíveis de comparação, a insustentabilidade do sistema de saúde. Não considerando o caráter mundial da questão e suas nuances na América Latina e nos países periféricos do capitalismo. Não se aprofundam nas especificidades do país, nas diferenças geográficas, financeiras, culturais, ou de raça e gênero que permeiam o Brasil.

Aliás, de forma geral, outra característica importante a ser observada é a ausência ou baixíssima frequência da descrição das referências bibliográficas em seus materiais. Dentre todos os 12 documentos, apenas o “Orientações práticas em Saúde Suplementar: Tudo o que o

contratante precisa saber” possui referências bibliográficas ao final do documento. Todos os outros, quando muito, realizam citações no corpo do texto, sem a descrição completa.

A eficiência é outro tema caro para o ICOS. O termo aparece cinco vezes no “Caderno de Propostas – Coalizão Saúde” (2018), 13 vezes no “Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro” (2016) e 18 vezes no documento “Coalizão Saúde Brasil – Uma agenda para transformar o sistema de saúde” (2017), em geral com sentidos muito semelhantes. No último documento, o termo é em muitas vezes utilizado para exaltar os serviços privados e criticar os serviços públicos<sup>104</sup>, para articular avaliação de resultados e custos, e para relacionar a eficiência diretamente com a intensidade do uso de tecnologias.

Sobre a Atenção Primária, a concepção do Instituto se resume às ações de prevenção e promoção. Pouco se debate sobre integralidade, direito à saúde, o conceito de saúde, determinação social da saúde, ou mesmo sobre as concepções de prevenção e promoção, gerando uma visão dos profissionais de saúde como “gate keepers”, de forma a reduzir mortalidade e morbidade.

Dentre todos os documentos, o mais robusto - “Coalizão Saúde Brasil – Uma agenda para transformar o sistema de saúde” - evidencia que seus estudos se baseiam na ideia de demanda e oferta, inspirado no modelo do “Fórum Econômico Mundial”, utilizado para descrever as forças que atuam na configuração do sistema de saúde.

Em geral, as avaliações do ICOS referentes às relações entre os setores público e o privado, apresentam a crítica ao baixo alinhamento do setor privado e à falta de clareza sobre os papéis de ambos. Não há elementos da avaliação que considerem os riscos e limites da atuação do setor privado na saúde.

Outro ponto importante é que O ICOS apresenta projeções populacionais e epidemiológicas baseadas em cálculos sem citação de fontes, ou apenas com citação no corpo do texto, sem ponderar as mudanças políticas e econômicas, os atores e estruturas prévias aos quais as transformações se articulam e dão origem ao contexto.

Esse discurso ignora os conflitos existentes na sociedade brasileira e as contradições que geraram esse cenário, por vezes faz com que esse cenário pareça ser a evolução natural do sistema de saúde.

---

<sup>104</sup> As palavras deficiência e ineficiência aparecem mais quatro vezes, sempre referindo-se aos serviços públicos, sem exibir os critérios avaliativos.

O ICOS baseia suas análises em comparações com países sem guardar as devidas diferenças e proporções com o Brasil, utilizando dados descontextualizados, conforme sirvam aos seus argumentos. Não pondera as diferenças entre os países citados, como EUA, Inglaterra, e Canadá, que possuem características econômicas, políticas e organizacionais bastante diversas.

O uso de tecnologia entra como tema estratégico, tido como solução para a distribuição de médicos no país, redução de gastos e melhoria da gestão eficiente do sistema. Porém, a adoção de tais iniciativas exigiria o debate de questões éticas, de dificuldades reais de operacionalização, bem como análise mais aprofundada de seus benefícios ou riscos. Não são ponderadas também as relações conflituosas referentes às patentes e aos diferentes graus de desenvolvimento tecnológico entre nações, nem a relação entre o desenvolvimento tecnológico, as grandes empresas multinacionais e o acesso a novas tecnologias.

Os argumentos elencados até aqui são parte dos conteúdos das falas públicas dos líderes do ICOS, usados nas articulações políticas, eleitorais ou não. São ainda defendidos tanto nos documentos específicos, como naqueles gerais, que se debruçam no cenário do mercado, se propondo a uma visão sistêmica, até então pouco comum nos estudos do mercado da saúde no Brasil. Nesse sentido, há uma homogeneidade e unicidade do Instituto em suas publicações, em torno dessa base de argumentação.

Aventam ainda campanhas e políticas com uso dos dados coletados, para aumentar a aceitação dos usuários quanto às propostas, e responsabilizam o indivíduo, que passaria, então, a receber incentivos financeiros ou não para melhorarem seu autocuidado.

Ocorrem ainda outras apropriações de conceitos, de forma a suprimir determinados sentidos e inserir novos, ou mesmo transformá-los de forma a tornarem-se condizentes com os seus interesses. Assim, não apenas “relação público-privada” torna-se “parceria público-privada”; como “sustentabilidade” torna-se “equilíbrio financeiro”; “avaliação” se transforma em “eficiência”; “regulação” em “burocracia”; “privatização” entende-se como sinônimo de “modernização”; “desenvolvimento” resume-se em “crescimento econômico”; “Atenção Primária” passa a ser apenas “Prevenção e promoção”; e a “Política” dá lugar à “técnica”, como se esta última conservasse uma neutralidade científica, à parte das relações políticas. Assim, estes conceitos importantes e historicamente construídos podem ser esvaziados de sentidos e reflexões, se assemelhando cada vez mais com regras estabelecidas, estáticas, imutáveis, existente apenas em modelos abstratos. Embutidos de outros sentidos velados, que representam o aumento da influência do mercado (sobretudo o setor financeiro) sobre o Estado.

Finalmente, aponta-se que nenhum documento do ICOS traz discussões sobre políticas mais amplas como, por exemplo, ações e programas intersetoriais, sistemas de proteção social e estratégias de desenvolvimento para o país.

## 5.1. TEMAS PRIORITÁRIOS

As discussões internas do ICOS, realizadas no segundo workshop que deu origem ao documento “Coalizão Saúde: Uma agenda para transformar o sistema de saúde”, estabeleceram os critérios para a priorização dos temas estratégicos, conforme seu impacto e facilidade de implementação, descritos nas Figuras 05 e 06, a seguir:

Figura 05: Matriz de priorização de estratégias do ICOS

### QUADRO 47 - CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DAS INICIATIVAS

*Durante o workshop, os participantes classificaram cada iniciativa segundo seu impacto e facilidade*

DIMENSÃO	QUESTÕES-CHAVE		
<b>IMPACTO</b>	Ajuda a melhorar o estado de saúde da população?	Ajuda a incrementar a satisfação dos cidadãos com o sistema de saúde?	Ajuda a assegurar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde?
<b>FACILIDADE</b>	Exige mudança regulatória ou atuação direta do governo para sua implementação?	Exige alto investimento em formação de pessoas, em sistemas de informação ou recursos públicos?	Exige mudança cultural da população?

FONTE: Equipe de projeto 276

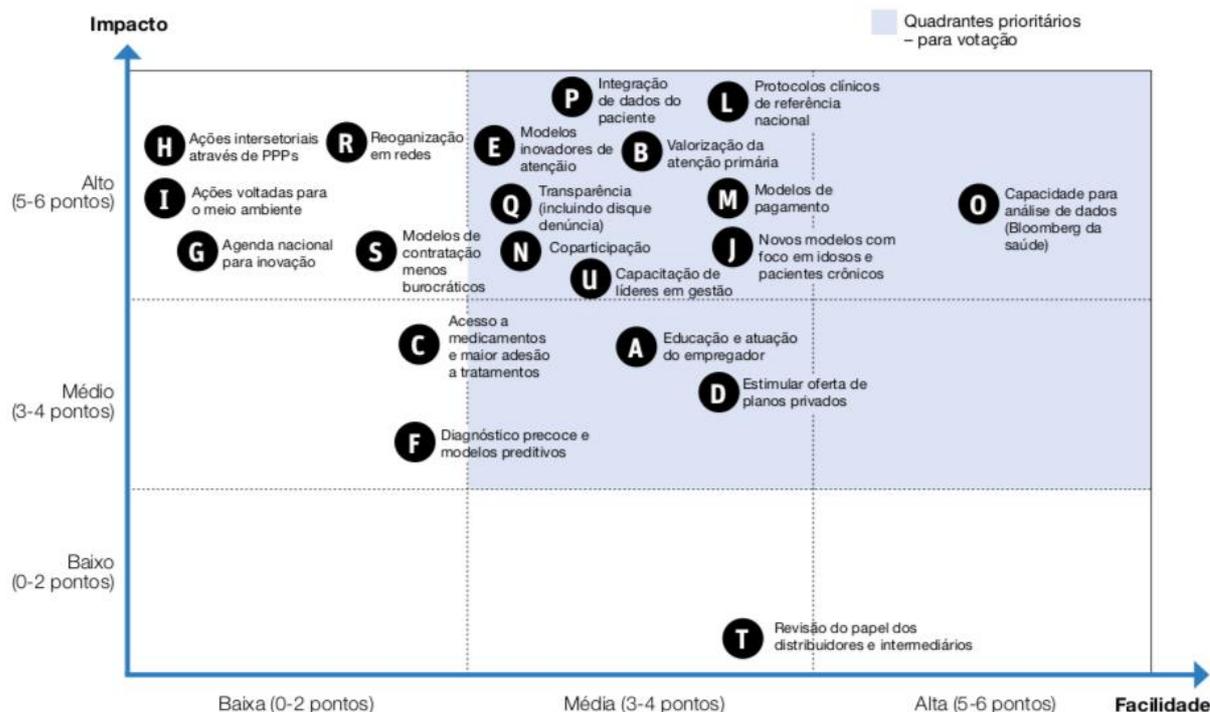
Fonte: ICOS, 2017a, pg. 110

O tema levantado “revisão do papel de distribuidores e intermediários” foi excluído desse primeiro momento não por dificuldade, mas por terem os debatedores do workshop avaliado que essa ação teria pouco impacto, sendo os temas aventados dispostos em nova análise, para definição da priorização.

Figura 06: Resultado da priorização dos Temas de Ataque.

#### QUADRO 48 - O RESULTADO FOI UMA MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO COM QUADRANTES PRIORITÁRIOS

*Durante o workshop, os participantes classificaram cada iniciativa segundo seu impacto e facilidade*



Fonte: ICOS, 2017a, p.111.

Os temas de ataque elencados pelo ICOS foram: (i) modelos mais flexíveis de planos de saúde privados; (ii) um modelo preditivo de diagnóstico precoce de doenças; (iii) ações através de parcerias com o setor privado; (iv) a inserção da coparticipação como forma de racionalizar o uso dos recursos; (v) o aumento da transparência entre as instituições; (vi) a criação de modelos menos burocráticos de contratação das instituições privadas. O último ponto não foi detalhado no documento, apesar de constar nos temas de ataque.

Assim, por terem avaliado a maior dificuldade, foram excluídas: (i) as ações intersetoriais e sobre o meio ambiente; (ii) a reorganização da rede; (iii) o estabelecimento de uma agenda de inovações; (iv) a revisão da burocracia sobre os modelos de contratação; (v) as medidas sobre o acesso à medicação; (vi) o estabelecimento de diagnóstico precoce e modelo preditivo.

Em seguida, no mesmo documento, o Instituto indica as temporalidades para a abordagem dos diferentes temas de ataque selecionados, conforme o estabelecimento de uma jornada de implementação das suas recomendações (Figura 07).

Figura 07: Jornada de implementação da visão do ICOS no Brasil.

## QUADRO 49 - **JORNADA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISÃO DO BRASIL**

*O resultado é a jornada do ICOS para a saúde do Brasil*

<b>CURTO PRAZO: 5 INICIATIVAS MAIS VOTADAS</b>	<b>MÉDIO E LONGO PRAZO: DEMAIS INICIATIVAS PRIORITÁRIAS</b>
<p><b>A</b> Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador</p> <p><b>B</b> Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando a medicina da família e o uso de multiprofissionais</p> <p><b>L</b> Estimular e realizar pilotos de modelos inovadores de atenção</p> <p><b>M</b> Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento e os principais viabilizadores da migração</p> <p><b>Consolidação e uso de dados:</b></p> <p><b>O</b> Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado +</p> <p><b>P</b> Integrar dados do paciente de forma centralizada através de prontuário eletrônico</p>	<p><b>D</b> Estimular a oferta de planos de saúde privados para ampliar acesso ao cidadão</p> <p><b>J</b> Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico</p> <p><b>L</b> Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional</p> <p><b>N</b> Considerar coparticipação dos custos na atenção secundária e terciária</p> <p><b>Q</b> Aumentar transparência de informações entre instituições através de acordos espontâneos e práticas compartilhadas de compliance</p> <p><b>U</b> Capacitar líderes da saúde em gestão e atrair profissionais de gestão de outros setores buscando incorporar novos conhecimentos (p.ex., lean)</p>

*FONTE: Análise da equipe*

Fonte: ICOS, 2017a, p. 112.

Fica evidente o foco do Instituto em incentivar o crescimento da APS nos planos e seguros de saúde e o uso de Medicina Baseada em Evidências (MBE) para o estabelecimento de protocolos clínicos, usados para estabelecer os critérios da cobertura do sistema público e dos serviços privados. Os dados servem ainda para delimitar os critérios de pagamento, se por procedimentos ou por desfecho. Ou seja, o uso dos dados, públicos e privados, pode facilitar a geração de evidências que deem suporte aos protocolos que pretendem elaborar, sem que isso se traduza como melhora dos serviços necessariamente.

A conclusão do documento revela ainda o objetivo do instituto de aproveitar o momento de crise, para a construção do sistema de saúde aos moldes daquilo que desejam, não apenas uma reforma, mas a “construção de um novo futuro para a saúde no Brasil”, pautado no projeto elaborado pelo setor privado da saúde.

Assim, os temas mais abordados no documento foram: “Modelo de pagamento” e “Uso de dados em saúde”, como focos da atuação do instituto. Esses temas foram mais bem descritos, cada um em um documento próprio, lançados em 2018. Esses materiais serviram também de ferramenta de convencimento e debate com os associados do ICOS, outras entidades do mercado e também com entidades do Estado, conforme pode-se observar analisando sua utilização no decorrer do tempo.

Nesse mesmo ano, foi lançado também outro documento, em parceria com a ANS, “Orientações práticas em Saúde Suplementar: Tudo o que o contratante precisa saber” que tem como tema principal a regulação dos serviços privados e dos fornecedores da área, lançado no ano seguinte (ICOS, 2019a).

## 5.2 TEMAS DE ATAQUE

O estudo dos documentos permite compreender que os três temas de ataque, na primeira onda de intervenção do Instituto, são: o conceito de *valor em saúde*; o *uso de dados em saúde*; e a *regulação do mercado da saúde*.

### 5.2.1 Valor e uso de dados em saúde

O ICOS, por meio do conjunto de documentos produzidos, propõe estabelecer uma nova forma de pagamento de serviços que se basearia no uso de bancos de dados em grande escala (*Big Data*), com a utilização de algoritmos para calcular custos e prever gastos. As novas tecnologias de manejo e interpretação de dados favoreceriam o estabelecimento de novas regras para o asseguamento, a cobertura, a qualidade e a eficiência dos serviços.

O documento “Modelos de pagamento baseado em valor” (2017) sintetiza os argumentos do Instituto sobre o tema. Seu coordenador foi Fabrício Campolina, da Johnson & Johnson, com apoio da KPMG<sup>105</sup>, com a participação de associados do ICOS ligados às

---

<sup>105</sup> Empresa holandesa de prestação de serviços, como: auditoria; impostos; consultorias; governança corporativa; assessoria financeira; fusões; aquisições; reestruturação; e inovação.

seguradoras de saúde, hospitais particulares e filantrópicos, laboratórios de análises, indústria de equipamentos e entidades sindicais patronais.

As bases sobre as quais o documento foi construído seguem os princípios e valores do instituto e tem como foco reunir diferentes áreas do setor privado da saúde, de forma a liderar esse grupo e elaborar propostas comuns.

Assim como a maioria dos demais documentos do ICOS, este também não possui referências bibliográficas ao seu final, e mesmo as citações no decorrer do texto não são descritas, contrariando a alegação de haver uma vasta literatura utilizada na elaboração do documento.

A sustentação da sua argumentação se baseia na quantidade de especialistas reunidos nas discussões, no tempo de debate dos dois workshops e encontros do comitê de liderança realizados sobre o tema, e sobre os estudos que indica haver.

O tema central do documento não é apenas o formato do pagamento, mas sim a redefinição do foco que este terá, como fica claro no trecho em destaque no primeiro capítulo do documento. O conceito de *Valor* na saúde é apresentado como “resultados do cuidado assistencial divididos pelo custo dos serviços prestados” e, a seguir, esmiuçado:

Definição de Valor segundo o ICOS: Assim sendo, segundo consenso construído pelos membros do Instituto Coalizão Saúde, valor é: o equilíbrio entre (1) a percepção do cidadão quando à experiência assistencial (2) prevenção e tratamentos apropriados que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; (3) e custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde (ICOS, 2016, p. 13).

Importante ressaltar, conforme indica Andrieta (2018), que este é um conceito complexo e multifacetado, com o destaque atual no campo da saúde para duas formas de definição: uma segundo a economia neoclássica<sup>106</sup>, que indica valor como a utilidade e qualidade daquilo que se analisa; outra, marxista<sup>107</sup>, calcada no estudo da mercadoria, que indica valor como a materialização do trabalho humano.

---

<sup>106</sup> Dentre os principais autores dessa corrente que influenciam os estudos no setor saúde, está Michael Porter, professor de Harvard, cujo trabalho, junto ao de Elizabeth Teisberg, deu origem ao modelo *Value Based Health Care Delivery*. Esses estudos centram o conceito de valor na utilidade ou satisfação dos consumidores, considerando as preferências individuais, que, somadas, comporiam a sociedade. Dessa maneira, para eles, a maximização do valor ao paciente significaria a unificação dos interesses de todos os atores do sistema. Esse modelo vem se desenvolvendo no intenso relacionamento entre algumas universidades e grandes corporações.

<sup>107</sup> O conceito de valor na perspectiva marxista deriva do estudo da mercadoria como forma histórica particular onde o trabalho humano se manifesta, realizado sob determinadas condições. É tido como uma propriedade da mercadoria que reflete as relações sociais, expressa o caráter social do trabalho. Nessa teoria, o valor é aquilo que é comum a todas as mercadorias, o que é capaz de tornar homogêneas as trocas: o trabalho humano utilizado para produzir a mercadoria.

No caso do ICOS, o conceito de valor se aproxima da economia neoclássica. Assim, o ICOS justifica o uso desse conceito e a mudança no modelo de financiamento, como forma de lidar com o crescimento tecnológico e o aumento da demanda no Brasil, garantindo a sustentabilidade financeira para o sistema de saúde.

Implementar essa proposta, atualmente, implica em algumas questões como o estabelecimento de: (i) uma população-alvo para a adequada análise histórica e construção de uma arquitetura adequada aos desafios percebidos; (ii) um escopo de serviços cobertos, sendo essa escolha baseada em diretrizes e *guidelines*; e (iii) a modificação dos critérios<sup>108</sup> para pagamento, substituindo o pagamento por procedimento, que incentiva a quantidade de procedimentos produzida, pelo pagamento por desfecho e qualidade, criando novos indicadores de resultados.

Em seguida, indica alguns modelos de pagamento que sugere serem superiores ao atual: *Bundle*; *Capitation*; e Orçamento Global. Fazem algumas ponderações quanto aos pontos favoráveis e os negativos de cada um, avaliando a previsibilidade dos gastos; o uso de protocolos clínicos; o racionamento do uso de procedimentos; e o risco ao prestador (Quadro 05).

---

<sup>108</sup> Uma alternativa, segundo o documento, é estabelecer bônus por performance ao modelo *fee-for-service*, como uma transição que possibilite já uma vinculação do pagamento com o desfecho e a avaliação da qualidade, apesar de, segundo eles, manter a baixa previsibilidade das receitas.

Quadro 05: Modelos de pagamento.

FFS+P4P	BUNDLES	CAPITATION	ORÇAMENTO GLOBAL
Pagamento por cada unidade de atividade a um prestador individual.	Pagamento por episódio clínico do paciente em um ou mais prestadores.	Pagamento fixo por indivíduo, para um conjunto de serviços definidos.	Pagamento único pelo atendimento total da população servida por um prestador.
<b>Prós:</b> Incentiva o tratamento e estimula a produtividade.	<b>Prós:</b> Incentiva a coordenação e aderência a protocolos de atendimento.	<b>Prós:</b> Previsibilidade de receitas para o prestador.	<b>Prós:</b> Previsibilidade de gastos e relativa simplicidade gerencial.
<b>Contras:</b> Utilização desnecessária e fragmentação de serviços.	<b>Contras:</b> Complexidade de implementação.	<b>Contras:</b> Racionamento de serviços assistenciais, transferência excessiva de risco ao prestador.	<b>Contras:</b> Racionamento de serviços, ineficiência e difícil gestão de risco.
<b>Exemplo:</b> consulta médica.	<b>Exemplo:</b> artroplastia de joelho.	<b>Exemplo:</b> atenção básica.	<b>Exemplo:</b> Orçamento único hospitalar de OSs.

Fonte: Sítio do ICOS.

Para possibilitar as modificações levantadas anteriormente, o ICOS propõe também o estabelecimento de um sistema de análise da população, para classificar os pacientes em categorias e estabelecer a cobertura e os custos estimados.

Segundo o ICOS, esse estudo somente será possível com o uso de um banco de dados com granularidade e volume de informações adequadas, garantindo o monitoramento das informações selecionadas, utilizadas para a medição de indicadores em torno da qualidade, desfecho e custo, baseados em protocolos clínicos.

Os protocolos clínicos, por sua vez, elaborados a partir da Medicina Baseada em Evidências (MBE)<sup>109</sup>, deveriam estabelecer procedimentos mais efetivos em termos de custo

<sup>109</sup> Medicina Baseada em Evidências é um conceito muito utilizado na prática clínica da medicina, de forma geral, significa o uso de estudos científicos, de diferentes metodologias, em geral de caráter quantitativo, e diferentes locais de origem, que a partir da epidemiologia são utilizados para definir protocolos clínicos gerais no mundo todo, o que confere um grande poder de influência sobre a prática e a prescrição médicas, o que pode favorecer o mercado, pois o estabelecimento de protocolos clínicos obedecem também a vontades e interesses políticos, tais como o evidenciado com a cloroquina durante a pandemia de COVID-19 em 2020.

para cada diagnóstico e resultado. Possibilitando positivar as transformações que desejam e, assim, modificar o modelo de pagamento como solução e forma de incentivar a transformação.

A partir dessa prioridade, o ICOS determina três etapas que devem ser seguidas para a implementação bem-sucedida de novos modelos de pagamento: desenvolver indicadores baseados em custo, eficiência e foco no desfecho; estabelecimento dos parâmetros, tais como análise de indicadores, objetivos traçados, metas; e formato de pagamento, que deve ser testado, em projetos-piloto, e pode ter características híbridas.

O acesso aos dados se faz fundamental para esse modelo proposto. A consolidação, análise e divulgação de dados dos sistemas público e privado devem garantir a eficiência da gestão, o planejamento adequado e o empoderamento da população sobre os indicadores, para que se tomem decisões mais conscientes.

Dessa maneira, o debate de valor em saúde se articula diretamente com o do uso de dados em saúde, visto que o primeiro não é viável sem o segundo, e este não tem sentido sem alguma mudança no sistema de saúde.

Em seguida, o documento apresenta um diagrama (Figura 08) com o exemplo de dados existentes no sistema de saúde que, na avaliação do Instituto, podem ser importantes para o estabelecimento de políticas públicas e a redução dos seus custos.

Figura 08: Exemplos de Dados Existentes no Sistema de Saúde.

**QUADRO 41 - EXEMPLOS DE DADOS EXISTENTES NO SISTEMA DE SAÚDE**

*O sistema de saúde é muito rico em dados, e a construção de um banco de dados centralizado pode trazer ganhos relevantes*



FONTE: Análise da equipe

Fonte: Extraído de ICOS, 2017a, p. 97.

Parte desses dados está fracionado em diversos setores, por isso, o ICOS propõe ainda o compartilhamento, progressivo dos dados entre os prestadores privados, empresas farmacêuticas, hospitais e os serviços públicos, com a construção de um grande banco de dados e o estabelecimento de análises cruzadas, conforme exemplos internacionais citados no texto.

Dessa maneira, com a análise dos dados obtidos dos bancos, seria possível estabelecer os riscos de adoecimento e, conseqüentemente, um cálculo mais exato dos riscos que as seguradoras assumem ao se comprometerem com a cobertura de saúde de uma população, com

a derivada possibilidade de mitigação dos riscos às operadoras, com medidas como o reassuramento<sup>110</sup>.

O ICOS alega que essas mudanças podem aumentar a eficiência da gestão, a alocação dos recursos e conferir maior fiscalização e informação aos usuários, tanto nos serviços públicos como nos privados.

O documento apresenta os elementos principais para a implementação da proposta: necessidade de envolvimento de múltiplos setores; estratégia e investimento; legislação e regulamentação; recursos humanos; interoperabilidade; infraestrutura; a diversidade de serviços e sistemas atualmente existentes.

Para abordar cada um desses elementos, o documento apresenta nove “ações estratégicas”, conforme exposto a seguir (Quadro 06):

---

<sup>110</sup> Consiste na prática de seguradoras contratar uma segunda empresa de seguros para o caso de enfrentarem situações catastróficas.

Quadro 06: Estratégias de e-saúde para o Brasil, segundo o ICOS.

**Figura 4. Contribuições com as iniciativas da Estratégia e-Saúde para o Brasil**

Ação Estratégica	Definição	Possíveis contribuições da cadeia produtiva de saúde
1. Redução da fragmentação das iniciativas e aprimoramento da governança da estratégia de e-Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reduzir as barreiras para interoperabilidade entre os sistemas</li> <li>▶ Reduzir a instabilidade administrativa a cada ciclo de gestão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prover recomendações de infraestrutura dada a ampla experiência em e-Saúde, nos setores público e privado, especialmente fora do país</li> </ul>
2. Fortalecimento da intersetorialidade de governança de e-Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Integrar programas e recursos de todos os setores de governo, da sociedade civil e da iniciativa privada.</li> <li>▶ Criar e consolidar a Rede Nacional de Centros de Pesquisa e Ensino em e-Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fortalecer a governança de e-Saúde ao incorporar a diversidade do modelo de saúde brasileiro</li> <li>▶ Estabelecer mecanismos para assegurar a proteção de dados individuais e do interesse público</li> <li>▶ Assegurar a coordenação, integração e alinhamento com eventuais esforços envidados no setor público</li> </ul>
3. Elaboração do marco-legal de e-Saúde no país	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Criação de um marco legal para e-Saúde, flexível e robusto, capaz de suportar o modelo de governança descentralizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prover uma proposta inicial com os pontos-chave para o marco regulatório com a visão das necessidades do setor privado e público</li> <li>▶ Fomentar e priorizar as melhores práticas em governança de dados, visando o interesse coletivo e a privacidade</li> </ul>
4. Definição e implantação de uma arquitetura para a e-Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Garantir o acesso ao RES e a outros Serviços e Sistemas de e-Saúde em ambiente seguro e com respeito à privacidade do indivíduo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Expandir estas iniciativas do setor público para a saúde suplementar para que haja adoção e co-responsabilização</li> </ul>

Ação Estratégica	Definição	Possíveis contribuições da cadeia produtiva de saúde
<b>5. Definição e implantação de sistemas e serviços de e-Saúde</b>	▶ Identificar, desenvolver e implantar os sistemas de informação de saúde e os serviços computacionais prioritários para que a e-Saúde atinja as expectativas definidas	▶ Mobilizar a Saúde Suplementar para ter acesso aos serviços disponíveis e padrões definidos ▶ Colaborar com vasta experiência no desenvolvimento dos serviços e sistemas essenciais para a Saúde Suplementar e para o País
<b>6. Disponibilização de serviços de infraestrutura computacional</b>	▶ Garantir que a infraestrutura computacional necessária esteja disponível e acompanhe a evolução tecnológica	▶ Compartilhar recursos materiais, humanos, experiências e conhecimento, para que a infraestrutura brasileira para a Saúde Digital se mantenha adequada e atual
<b>7. Criação de uma arquitetura de referência para sustentação dos serviços de infraestrutura</b>	▶ Desenvolver e estabelecer uma arquitetura de referência para infraestrutura que suporte os processos de saúde	▶ Promover o envolvimento de especialistas que possam contribuir com o e-Saúde
<b>8. Criação de certificação em e-Saúde</b>	▶ Implantar um processo de certificação baseado na formação e atualização profissional em e-Saúde no SUS	▶ Gerar conteúdos abertos ▶ Testar modelo de treinamento e expandir o que demonstrar eficácia
<b>9. Promover a facilitação do acesso à informação em saúde para a população</b>	▶ Implementar recursos de e-Saúde (portais, aplicativos móveis) que promovam a facilitação do acesso da população à informação em saúde de qualidade	▶ Utilizar análises estatísticas nas bases geradas através de iniciativas como o prontuário eletrônico, como forma de direcionar as ações estratégicas geradas pelos demais grupos de trabalho do ICOS

Fonte: Extraído de ICOS 2017c, p. 20.

No decorrer da descrição das propostas, mais que advogar pela aproximação entre os serviços públicos e os privados, o documento alega a superioridade do segundo em detrimento do primeiro.

Além dos elementos anteriormente já citados em outro documento, como: interoperabilidade e definição dos dados a serem registrados; uso de *big data*; regulação do uso de e-saúde em marcos legais; e a melhora do acesso desses dados à população, também recomenda que seja criada uma nova profissão com certificação; além de investimentos na área, para o desenvolvimento de estudos e a construção de infraestrutura adequada às necessidades tecnológicas.

Dentre os pontos críticos para a implementação do novo modelo, o ICOS evidencia ainda a necessidade de capacitação dos trabalhadores, seja de líderes, pessoal administrativo, como também do corpo clínico, para dar conta das novas demandas.

A história do sistema de saúde brasileiro indica ainda que o Estado foi um importante financiador do crescimento das empresas de saúde em diversos momentos no decorrer do tempo (HÉSIO, 1984), inclusive no período mais recente, dos governos Lula e Dilma, em que cresceram tanto a rede pública quanto as empresas privadas. (MACHADO, 2017).

Considerando a importância do financiamento, conseqüentemente do modelo de pagamento, como indutor da política pública, pois limita os caminhos e define seus rumos (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). Entende-se que essas transformações causarão mudanças nas empresas do mercado e de forma intensa também no SUS.

Modificar o modelo de pagamento significa influenciar tanto a relação entre os setores público e o privado, quanto o crescimento privilegiado de determinadas parcelas do mercado, sobretudo aquelas envolvidas com o setor financeiro (SESTELO, 2018b). Dessa maneira, essa parcela parece dirigir esse processo também na saúde (BAHIA, 2014).

### **5.2.2 Reformulação da regulação estatal e reorganização das operadoras de planos e seguros de saúde**

O terceiro tema de ataque travado pelo ICOS concerne à regulação do setor e cobertura assistencial, seja do sistema público, seja dos serviços privados. Baseia-se a crítica ao atual modelo de cobertura no acesso; eficácia; tempo oportuno; e falta de equidade (ICOS, Orientações práticas sobre saúde suplementar, 2019).

Dentre as avaliações realizadas no documento “Orientações práticas sobre saúde suplementar – Tudo que o contratante precisa saber”, conclui-se que o SUS está muito mais avançado na implementação da atenção primária<sup>111</sup>, utilizando-o como modelo para incentivar a ampliação desses serviços e garantir a implementação dos serviços de atenção primária no setor privado.

Em seguida, elenca os modelos de integração público-privada, quais sejam: a partir da relação entre prestadores privados e filantrópicos que servem ao SUS; planos e seguros de saúde que apesar de funcionarem como uma dupla cobertura, pela legislação brasileira têm a obrigatoriedade de efetuar o ressarcimento do atendimento; a gestão dos serviços públicos por

---

<sup>111</sup> O Ministério da Saúde classifica como Atenção Primária o primeiro nível de atenção que se caracteriza por ações de âmbito individual e coletivo, a partir dos conceitos de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos com foco na construção da atenção integral à saúde das pessoas (BRASIL, 2020).

entidades de direito privado, como Organizações Sociais (OS) e (OSCIP); as parcerias público-privadas, como as presentes na indústria de medicamentos; destaca ainda a relação de regulação do Estado para com o mercado através da ANS.

A partir desse cenário, o documento toma como foco as operadoras de planos e seguros de saúde, elencando alguns aspectos que julga serem os principais do mercado da área: 23% dos brasileiros são cobertos por planos privados, sendo 80% destes planos coletivos<sup>112</sup>; tal asseguração apresenta-se distribuído de forma desigual pelas diferentes regiões do país, com destaque para as regiões sudeste e sul, que possuem maiores taxas de asseguração por empresas privadas.

Este mercado está ainda dividido entre os diferentes tipos de operadoras: medicina de grupo<sup>113</sup>; seguradoras especializadas<sup>114</sup>; existem ainda as cooperativas médicas<sup>115</sup>; filantropia<sup>116</sup>; administradoras<sup>117</sup>; autogestão<sup>118</sup>; cooperativas odontológicas<sup>119</sup>; a odontologia de grupo<sup>120</sup>; e as administradoras de benefícios<sup>121</sup>.

---

<sup>112</sup> Existem os planos de contratação individual, aquele firmado por pessoa física. No caso dos coletivos, podem ser divididos entre empresariais (em que uma empresa contrata um plano ou seguro de saúde para seus funcionários, abrangendo ou não os dependentes) e por adesão (contratados por conselhos, sindicatos ou associações profissionais, tem adesão espontânea e opcional, e também não são obrigados a cobrir os dependentes).

<sup>113</sup> Empresas privadas lucrativas, baseadas no pré-pagamento por cobertura adscrita. Essa modalidade reúne as empresas da área que não se enquadram nas demais modalidades, comercializa planos para pessoas físicas e jurídicas, e podem não possuir estrutura própria, surgidas na década de 1960, simultâneo ao fechamento dos IAPs e a criação do INPS, atualmente estão presentes na Associação Brasileira de Medicina de grupo, Abramge (BAHIA, SCHEFFER, 2010).

<sup>114</sup> Empresas lucrativas, nacionais ou internacionais, que tem como papel dar cobertura às despesas médico-hospitalares, conforme contrato com o segurado, não possuem rede própria, apenas rede credenciada, e oferecem reembolso de possíveis despesas em caso de atendimento por outro prestador (BAHIA, SCHEFFER, 2010).

<sup>115</sup> Empresas sem fins lucrativos, nas quais os médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores, recebem o seu pagamento tanto pela produção própria, quanto pela divisão dos lucros totais da cooperativa. Surgiram em 1960, com foco em fugir do assalariamento em relação às empresas de medicina de grupo (BAHIA, SCHEFFER, 2010).

<sup>116</sup> Entidade sem fins lucrativos, comumente ofertada pelas Santas Casas, tem papel de destaque nas cidades de pequeno e médio porte, em geral alegando necessidade de complementação dos repasses do SUS (BAHIA, SCHEFFER, 2010).

<sup>117</sup> Empresas que gerenciam planos de saúde, contratadas por operadoras para gerenciar os planos, não podem ter beneficiário direto, por isso não detém rede própria de assistência (BAHIA, SCHEFFER, 2010).

<sup>118</sup> Atende grupos fechados, não possui fins lucrativos, e é composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas e ex-empregados de empresas, associações, fundações, sindicatos e entidades de categorias profissionais.

<sup>119</sup> Cooperativas que atuam apenas na área odontológica.

<sup>120</sup> Empresas semelhantes àquelas de medicina de grupo, porém voltadas apenas aos cuidados odontológicos.

<sup>121</sup> Categoria criada em 2009 pela ANS para a viabilização e administração de planos coletivos para empresas, entidades de classe e categorias, do serviço público ou privado, por um lado, por reunir grandes quantitativos de segurados, consegue reduzir os custos frente às seguradoras e planos, e, ao mesmo tempo, oferece a esses contratos de grande volume.

Podemos diferenciar essas entre as que possuem estrutura não verticalizada (seguradoras de saúde e administradoras de benefícios)<sup>122</sup>, daquelas que podem ser verticalizadas (medicina de grupo, autogestão, cooperativas e filantropia).

O perfil de assistência também é diferenciado, conforme o contrato estabelecido com o contratante, logo, compreende: cobertura ambulatorial, que abrange consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde<sup>123</sup>; hospitalar com obstetrícia; hospitalar sem obstetrícia; referência, que cobre a assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em enfermaria; e odontológica, que compreende a procedimentos ambulatoriais.

Com olhos nessas diferenças de cobertura, a ANS desenvolveu mecanismo de avaliação e classificação das operadoras, o Índice de desempenho da saúde suplementar<sup>124</sup>, que, segundo a ANS (2020), permite a comparação entre operadoras, incentiva a melhoria dos serviços privados, e reduz a assimetria de informações, permitindo ao consumidor fazer escolhas no momento da contratação.

Assim, podemos observar a importância da regulação na Saúde Suplementar pela ANS, criada em 2000, pela lei 9.961, uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que é responsável por definir tanto para os planos individuais/familiares como para os coletivos e adaptados uma série de responsabilidades: cobertura dos planos; qualidade de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais; prazos; carência; dados cadastrais; reajustes de preços<sup>125</sup>; regras para manutenção do direito a cobertura de aposentados e demitidos; satisfação dos usuários; e regras sobre o parto.

A cada trimestre, a agência realiza essa avaliação e divulga uma relação de planos com maiores índices de insatisfação, podendo chegar a proibir a comercialização dos planos de saúde das operadoras conforme seus desempenhos. Descrevem a estrutura da Agência, com destaque à Câmara de Saúde Suplementar, órgão com participação do empresariado, com o objetivo de

---

<sup>122</sup> Empresas que possuem estrutura de rede própria, não oferecem atendimento apenas pela rede credenciada.

<sup>123</sup> Documento publicado pela ANS, atualizado a cada dois anos, que evidencia e garante o direito assistencial dos beneficiários, válido para planos de saúde contratados a partir de primeiro de janeiro de 1999, descreve os procedimentos considerados indispensáveis para os eventos de saúde, cumprindo a lei n 9.656, 1998. As propostas de revisão da listagem são debatidas pelo Cossaúde, órgão da ANS, composto por Procon; Idec; Anahp; Fenasáude, Abrange; Unidas; CFM; CFO; AMB e ANAMT, contratantes e pelo corpo técnico da ANS.

<sup>124</sup> Esse índice mede variáveis relacionadas à Qualidade da Assistência Médica Prestada; Qualidade e Acesso aos Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde; Satisfação do Cliente e Solidez do Plano de Saúde; e Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde. Vale ressaltar que pouco se debate nos documentos da ANS sobre a qualidade dos dados e se os tipos de dados são adequados para realizar essas inferências.

<sup>125</sup> Os reajustes dos planos de saúde coletivos não seguem o índice estabelecido pela ANS, são de livre negociação entre a empresa e o contratante.

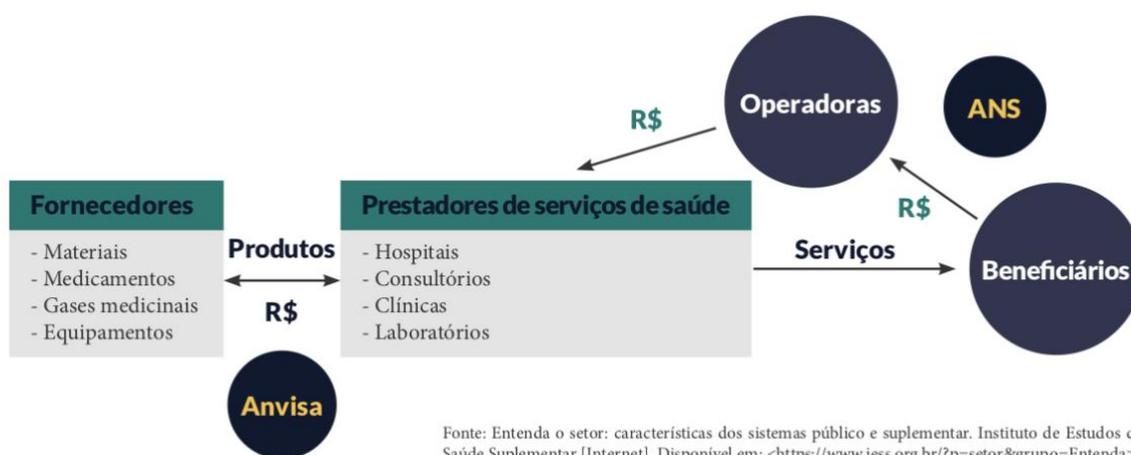
auxiliar a diretoria em discussões mais aprofundadas. Neste biênio (2019 – 2020), a câmara é composta por 36 entidades, dentre as quais sete são associadas ao ICOS, todas de grande importância nacional.

Outra responsabilidade da ANS, também importante para refletir sobre os motivos da movimentação do Instituto, é a definição do padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que permitem a integração dos dados e a padronização, respectivamente, facilitando o estudo desses dados.

O documento do ICOS (2019) finaliza o panorama do mercado da saúde através de um organograma, no qual o Instituto evidencia uma visão mais ampla sobre o empresariado da saúde, voltado a observar os custos do setor.

Desta forma, insere na análise as empresas de materiais, medicamentos, gases medicinais, equipamentos, hospitais, consultórios, clínicas, laboratórios e a Anvisa, além de operadoras de planos de saúde e a ANS (Figura 09):

Figura 09: Descrição dos custos envolvidos no sistema de saúde suplementar.



Fonte: ICOS, 2017a, p. 32.

Sobre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o instituto debate mais especificamente a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), responsável pelo: limite de preços de medicamentos; monitorização da comercialização; aplicação de penalidades; estabelecimento de regras para estímulo da concorrência no setor.

Considerando os custos gerais elencados acima, o Instituto faz uma análise dos gastos envolvidos principalmente com o envelhecimento populacional (Figura 10).

Figura 10: Perfil epidemiológico brasileiro e os custos do envelhecimento da população conforme avaliação do ICOS:



Fonte: ICOS, 2017a, p. 34.

Para solucionar essa questão, o Instituto propõe medidas como: incentivar o uso racional do sistema de saúde pelos usuários, a partir de mecanismos como a coparticipação, autorização prévia, auditoria de internação e auditoria de contas ambulatoriais; e promover o estímulo das empresas sobre seus trabalhadores, para que esses tenham comportamentos saudáveis. Essas proposições soam mais como responsabilização do indivíduo.

Sobre esta última argumentação do documento, fica explícita a defesa da ampliação da cobertura por planos e seguros de saúde que, atrelada à melhoria nas condições de trabalho, podem: reduzir os custos dos empresários; aumentar a produtividade; reduzir o absenteísmo; melhorar os desfechos em saúde.

Outro mecanismo para redução dos custos que o ICOS destaca é o fortalecimento da promoção da saúde e da prevenção de doenças, através do Programa de Qualificação das Operadoras, do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) e do Programa de Acreditação de Operadoras, todos da ANS, com vistas a auxiliar as empresas a implementar ações de promoção de prevenção.

### 5.3 CONTEXTO DE PRODUÇÃO E ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DA AGENDA

Entre 2014 e início de 2020, foram observadas mudanças importantes tanto no contexto de produção dos documentos, quanto nas estratégias de divulgação da agenda do ICOS. Podemos subdividir este período em 4 fases: a fase de consolidação do ICOS, de construção da agenda, de ampliação da base de apoio e busca por maior influência política nacional e, por fim, o ganho de escala de atuação na América Latina.

Em 2015, Lottenberg foi citado nos principais jornais, com destaque ao registro da sua presença no jantar do ex-presidente José Sarney, que contou com a presença de Gilmar Mendes, Marta Suplicy, Michel Temer, dois então governadores, alguns desembargadores e o presidente do Tribunal de Justiça de São Paulo, todos debatendo sobre a crise do governo Dilma. O outro destaque foi o reconhecimento de Lottenberg como possível secretário de saúde de João Doria na candidatura estadual<sup>126</sup> (ESTADÃO, 2015.1).

Nesse mesmo ano, o presidente do ICOS foi condecorado como um dos 23 executivos de 2015, em premiação realizada pela própria revista onde foi publicada a matéria (VALOR, 2016). As demais matérias eram referentes ao Hospital Albert Einstein, do qual era presidente do conselho diretor.

A partir de 2016, pode se perceber uma importante mudança, com aumento do número de encontros internos e externos em que o Instituto esteve envolvido, a partir desse ano suas publicações próprias passaram a ser também mais extensas e com mais argumentos.

Ocorreram eventos em março, setembro, outubro e novembro que tiveram, dentre outros objetivos, debater temas centrais para o ICOS, com posterior formulação de documentos sínteses dos argumentos (ICOS, 2017).

Nesses eventos, estiveram presentes entidades importantes do setor e do mercado em geral: FIESP; Abramed; Biotechgate; Database; a Lauris Technology; Centro de inovação, Tecnologia e Educação CITE/CITS/Pq; Agência Nacional de Proteção à Saúde dos EUA (CDC); McKinsey<sup>127</sup>; ANS; ANVISA; e Comissão de Comércio Federal dos Estados Unidos.

---

<sup>126</sup> Em outubro, o nome de Lottenberg foi descartado para o cargo de secretário estadual de saúde em favor de Wilson Modesto Pollara.

<sup>127</sup> Empresa norte-americana que visa aumentar os lucros das empresas e aumentar sua eficiência.

Estes eventos costumam ocorrer em prédios de importantes entidades, como o Hospital Israelita Albert Einstein.

Todo esse intenso processo culminou com novo encontro, em dezembro, quando elegeram cinco prioridades para o próximo período, a saber: uso, integração e análise de dados; modelos de pagamento; ampliação da APS nos serviços públicos e privados; reformas nos modelos gerenciais; e melhora da comunicação do Instituto com a sociedade e seus associados (ICOS, 2017).

Em paralelo aos momentos de debate e articulação entre as entidades do mercado e das autarquias, houve ainda uma movimentação de aproximação com o Poder Executivo, que então passava por importante processo de crise política. Em 23 de agosto, antes do impedimento oficial da presidenta posteriormente engendrado no Senado Federal, o ICOS já realizava reunião com o presidente interino Michel Temer.

A partir do afastamento da presidenta Dilma Rousseff, e a assunção de Michel Temer, até então vice-presidente, que assumiu o cargo máximo do Poder Executivo do país, recrudescer o diálogo entre o governo e o Instituto.

Na pauta estavam o processo de judicialização, o investimento em novas tecnologias, a revisão das agências reguladoras, além da proposta de reestruturação das políticas de saúde, com foco na ampliação dos investimentos no SUS, a partir da ampliação das parcerias público-privadas e do aumento do acesso à saúde, a partir dos termos do livre mercado.

Vale ressaltar que esse processo de articulação aberto com o então presidente já ocorria anteriormente, desde maio do mesmo ano, e com outros setores do governo, em reuniões e eventos ocorridos com a participação do Poder Judiciário, do Conselho Nacional de Justiça, Ministério da Saúde, AMB, Anahp, e o ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski. Nessas reuniões, foram abordados temas como a judicialização da saúde e os marcos jurídicos das parcerias público-privadas.

Simultaneamente, ocorreram reuniões com a participação de candidatos a cargos públicos nas eleições daquele ano, como Celso Russomano, ou figuras públicas como Armínio Fraga, acerca do processo eleitoral e do momento político, respectivamente.

Ainda em 2016, Lottenberg assumiu uma cadeira no novo comitê gestor do Lide, grupo antes dirigido por João Dória. O presidente do ICOS compunha a direção ao lado do ex-ministro

da agricultura de Lula, Roberto Rodrigues<sup>128</sup>, de Paulo Rabello de Castro<sup>129</sup>, economista, e de Roberto Klabin<sup>130</sup>, da ONG “SOS Mata Atlântica”.

Para a compreensão dos objetivos dos documentos e movimentos iniciais do ICOS, é fundamental lembrar o “Livro Branco da Saúde”, publicado pela Anahp, membro-fundador do ICOS, pouco antes da criação do Instituto. Tal publicação possuía muita convergência com o que foi sintetizado no documento “Proposta para o sistema de saúde brasileiro”, publicado em 2016, e utilizado para apresentar o posicionamento do ICOS nas reuniões com os representantes do poder Executivo e com o empresariado.

Mais um fato fundamental ocorrido em 2016 foi a chegada de Lottenberg à presidência da Amil no lugar de Bueno<sup>131</sup>, processo descrito em mais seis artigos do jornal “Valor Econômico” naquele ano, que ocorre após Lottenberg assumir a direção da UnitedHealth que havia comprado sua empresa de oftalmologia “Lotten Eyes”<sup>132</sup>.

Em meio à crise econômica e política, a Amil viu seu prejuízo triplicado em 2016, conforme artigo de abril de 2017, e simultaneamente o gasto em saúde no país alcançou aproximadamente ¼ do PIB brasileiro. Assim, o setor privado aponta como saída a melhoria do sistema público, a partir da aprendizagem com o privado, e da integração entre ambos.

Todo esse processo culminou no lançamento, no início de 2017, do livro “Coalizão Saúde Brasil – Uma agenda para transformar o sistema de saúde”, material síntese dos debates realizados nos workshops e resultado do crescimento e amadurecimento político do instituto no já complexo mercado da saúde no país.

A construção do documento reuniu importante parcela dos empresários do setor e visou à construção de alguns consensos entre esses atores com o objetivo de elaborar rumos comuns para a saúde no país.

---

<sup>128</sup> Nascido em Cordeirópolis, interior de São Paulo, engenheiro agrônomo formado na USP, Centro de Agronegócios da Fundação Getúlio Vargas e Titular da Cátedra de Agronegócios da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (ESALQ) USP, ex-Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento entre 2003 e 2006, durante o governo Lula.

<sup>129</sup> Nascido no Rio de Janeiro, economista pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi presidente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2016 e 2017, e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) entre 2017 e 2018, durante a presidência de Michel Temer.

<sup>130</sup> Advogado formado na USP, Fundador da ONG SOS Mata Atlântica, presidente da ONG SOS Pantanal, integra o conselho administrativo do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e é o atual presidente do Lide Sustentabilidade, vertente relacionada ao meio-ambiente do grupo de líderes empresariais Lide.

<sup>131</sup> Edson Godoy Bueno, nascido em Búzios, litoral do Rio de Janeiro, médico formado na Universidade Federal do Rio de Janeiro, fundador e ex-presidente da Amil.

<sup>132</sup> Abertura para compra de prestadores hospitalares pelo mercado internacional.

Seu lançamento foi realizado na Faculdade de Medicina da USP, em abril de 2017, com a presença de especialistas e cerca de 30 instituições do mercado da saúde. O documento está organizado em duas partes. A primeira desenha o cenário da saúde no Brasil daquele momento, um ponto de partida, enquanto a segunda discorre sobre as propostas de solução para os problemas levantados anteriormente.

A partir de então, o Instituto passa a utilizar esse documento para divulgação e convencimento de figuras importantes, em favor dos seus interesses. Em 2017, são registrados diversos encontros e seminários promovidos pelo ICOS, ou nos quais o Instituto participou.

Em paralelo, o Instituto formou grupos de trabalho que promoveram encontros próprios sobre dois dos principais temas debatidos no documento: modelos de pagamento; e *Uso de dados na saúde*, com o objetivo de destrinchar suas análises e propostas, que posteriormente seriam publicadas em forma de documentos específicos.

Os documentos sobre modelos de pagamento e sobre o uso de dados em saúde seriam lançados apenas em 2018, mas foram elaborados durante 2017. O primeiro foi coordenado pelo diretor da J&J, e o segundo contou com a presença de Edson Amaro, representante da *Big Data Analytica* do Hospital Albert Einstein, este último elaborado em seminário ocorrido na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Outros eventos importantes como workshops, seminários, debate com presidenciável e lançamentos de documentos também foram realizados nesta instituição, indicando uma relação estreita com o Instituto.

Em 2017, munido de documentos elaborados, dos eventos e das articulações realizadas, em um cenário de maior diálogo com o governo federal, o ICOS seguiu em busca de estabelecer sua agenda de propostas.

Para tal, participou também de uma série de eventos dos diferentes atores do mercado, sempre apontando em direção da mudança no modelo de pagamento, *Uso de dados na saúde* e na reformulação da regulação do Estado sobre o setor. O ICOS apresentou também esses argumentos e documentos a instituições públicas como o Ministério da Saúde e o Ministério Público de São Paulo.

Ainda em 2017, o Instituto se lançou no desafio de estruturar também o empresariado de outras regiões do país. O primeiro evento que o ICOS participa fora do eixo Rio de Janeiro – São Paulo é registrado no seu resumo executivo. Ocorre em Santa Catarina, a “Jornada de

Inovação e Competitividade da Indústria de Santa Catarina”, seguido de outro evento em Fortaleza, e um terceiro em Foz do Iguaçu.

Essa é uma importante mudança, pois possibilita o maior alcance da política do instituto, que até então se detinha a organizar o empresariado do sudeste e Brasília, dando asas a novas possibilidades para as empresas do setor.

Neste mesmo ano, percebe-se proporcionalmente também uma maior participação do instituto em eventos do mercado em saúde, quando comparada a sua participação nos eventos com representantes do Estado. No entanto, a última não cessou. Tal processo ocorreu simultaneamente à continuidade da elaboração e divulgação de documentos.

A assembleia, ocorrida em dezembro deste ano, marcou outro momento importante: o lançamento dos documentos resultantes dos grupos de trabalho, dos *workshops* e das articulações daquele ano. Durante a assembleia, houve também o planejamento de 2018, destacando os temas já elencados.

Estabeleceram-se ainda ferramentas para aprimorar a comunicação interna e com a sociedade, tais como página no *Facebook*, emissão de uma *newsletter* para os seus associados, e a construção de materiais audiovisuais em canal no *YouTube*, além dos documentos escritos, reuniões e apresentações orais já realizadas

No ano de 2018, Lottenberg junto com Roberto Kalil<sup>133</sup> e David Uip<sup>134</sup> elaboraram o plano de governo da candidatura de Geraldo Alckmin para as eleições à Presidência,<sup>135</sup> que ocorreram naquele ano.

Lottenberg participou ainda do “Fórum Estadão” que debateu saúde e educação, a partir da reconstrução do país após as eleições presidenciais. Importante ressaltar que nesse evento estavam presentes Sérgio Moro<sup>136</sup>, Delfim Neto<sup>137</sup>, o Ministro da Segurança Pública de

---

<sup>133</sup> Nascido na cidade de São Paulo, formado na Universidade de Santo Amaro, região metropolitana de São Paulo, cardiologista, professor da USP, e diretor-geral do centro de cardiologia do Hospital Sírio-Libanês.

<sup>134</sup> Nascido em Pindamonhangaba, interior de São Paulo, anesthesiologista, formado na Universidade de Taubaté, começou a carreira política em 1973, como vereador de Pindamonhangaba, durante cinco anos, foi prefeito da mesma cidade entre 1977 e 1982, em seguida, em 1983, tornou-se deputado estadual de São Paulo, até tornar-se deputado federal pelo mesmo estado em 1987. Em 1995, tornou-se governador daquele ente federativo até 2006, e novamente entre 2011 e 2018. Entre 2017 e 2019, foi também presidente nacional do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Em 2018, também foi o quarto colocado nas eleições presidenciais no Brasil.

<sup>135</sup> Primeira eleição presidencial pós-golpe.

<sup>136</sup> Então juiz federal no Paraná, atual ex-Ministro da Justiça do governo Bolsonaro, e importante figura da operação Lava Jato.

<sup>137</sup> Nascido na cidade de São Paulo, economista formado na USP, que já atuou como deputado federal de São Paulo em 1987 e 2007, durante a ditadura militar fazia parte da Arena, partido político comandado pelos militares, tendo sido ministro da Agricultura no ano de 1979 e da fazenda entre 1967 e 1978, foi signatário no AI-5 (Ato

Fernando Henrique Cardoso<sup>138</sup>, o então presidente do conselho administrativo do Bradesco (Luiz Carlos Trabuco<sup>139</sup>), e Nelson Jobim<sup>140</sup>.

Outro destaque daquele ano foi o evento realizado pelo então presidenciável Jair Bolsonaro<sup>141</sup>, no Hospital Albert Einstein, com registro da presença de Lottenberg, diretor da instituição na época, em agradecimento à recuperação, após o esfaqueamento durante o período de campanha eleitoral, daquele que posteriormente foi eleito presidente.

Nesse mesmo ano, Lottenberg participou de evento do grupo Milenium sobre o cenário político, as eleições de 2018, e a agenda de reformas que o empresariado recomendava para o retorno do crescimento do país. Em julho, deixou a presidência do HIAE.

Novamente cotado para a gestão de João Doria, governador eleito em 2018<sup>142</sup> no estado de São Paulo, Lottenberg é derrotado como indicação a novo secretário estadual de saúde.

Antes das eleições daquele ano, em setembro, o ICOS publicou o “Caderno de Propostas – Coalizão Saúde Brasil”, com 38 páginas e *layout* diferenciado. Diverso do anterior, não passou por processo prolongado de elaboração e, logo no seu lançamento, foi apresentado em reunião a representantes dos presidenciáveis daquele ano, realizado em parceria com a FIESP e o CBEXs.

Neste ano, o Instituto realizou um almoço-debate para o relançamento do livro para o presidente do Banco Central, com foco na cooperação público-privada, em que estavam presentes também a ANS e a ANVISA.

---

Institucional número 5, importante decreto da ditadura militar brasileira que suspendeu direitos políticos e cassou mandatos).

<sup>138</sup> Nascido no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, sociólogo, formado na USP, ex-presidente do Brasil, 1995 a 2003, foi um dos principais líderes do PMDB durante a década de 1980, e um dos articuladores da criação do PSDB (1988).

<sup>139</sup> Nascido em Marília, interior do estado de São Paulo, graduado em filosofia pela UNESP, é presidente do conselho diretor do Bradesco.

<sup>140</sup> Nascido em Santa Maria, Rio Grande do Sul, jurista, ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), tendo sido o 51º presidente deste órgão, entre 2004 e 2006, quando deixou o cargo, tornando-se Ministro da Defesa, entre 2007 e 2011, nos governos Lula e Dilma.

<sup>141</sup> Nascido na cidade do Rio de Janeiro, formado como paraquedista pela Academia das Agulhas Negras, foi deputado federal pelo Rio de Janeiro de 1991 a 2019, quando tornou-se presidente da república nas eleições de 2018. Eleito pelo Partido Social Liberal, conhecido desde o parlamento como uma figura polêmica, se caracteriza como uma liderança de extrema-direita, conservador nos costumes, é simpático a ditadura militar ocorrida no Brasil, defende a liberalização do Estado e a liberdade do mercado e individual. Durante as eleições em que venceu a corrida presidencial, ocorreu um elemento novo e de grande importância, que até então não havia tido tamanha proporção, o uso de tecnologias de informação e redes sociais, diretamente ligado com o uso de novas tecnologias nas mais diversas circunstâncias e diferentes objetivos.

<sup>142</sup> No mesmo processo eleitoral em que foi escolhido o presidente Jair Bolsonaro, houve aumento da bancada do PSL, queda do PSDB e do PT.

Ainda no mesmo mês, o Instituto participou também do Fórum Folha “A saúde do Brasil”, que ocorreu na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo, com a presença da ANS e FBH, sobre modelos de pagamento, mesmo tema de outros congressos que o Instituto participaria no mesmo ano, como o 23º Congresso da Abrange e o 14º Sinog.

A relação com a Faculdade de Medicina da USP persistiu, e em maio de 2018, realizou-se o encontro científico “ICOS: Saúde, bem-estar e produtividade”, com a presença da IBM, do Instituto pelos Estudos da Saúde e Produtividade, e um pesquisador sênior da Universidade John Hopkins Bloomberg.

Naquele ano, a participação do instituto em eventos em diferentes regiões do país ampliou-se. Deste modo, ocorreu novo congresso em Fortaleza, novamente para debater com o empresariado sobre a necessidade de unidade entre eles, incorporando ainda discussões sobre os temas: modelo de pagamento baseado em valor; inovações em saúde; e reforma da gestão na área. Em novembro de 2018, seria a vez de debater em Florianópolis sobre modelos de gestão.

A relação com a ANS também se destacou, vide a participação em mais um evento com a agência: o “Exame Fórum Saúde”, da revista “Exame”, em Brasília, debatendo regulação, subfinanciamento da saúde, má gestão e inovação tecnológica. Houve ainda a participação das duas entidades, em agosto, na cidade de São Paulo, no “3º FILIS” da Abramed, somadas a outras entidades como a PAHO, Dasa e FIESP.

A FIESP foi uma entidade cada vez mais presente nos eventos com o ICOS, o que ficou evidente com o lançamento do “Caderno de Propostas” do Instituto, que foi apresentado a representantes dos presidenciáveis em reunião com FIESP, CBEXs e o Instituto, também em 2018.

Esse documento apresenta uma síntese das propostas contidas no livro anteriormente lançado, organizadas em oito eixos: ética; inovação; integração público-privada; judicialização; promoção da saúde; regulação; sustentabilidade; parceria com corpo técnico-assistencial. Consiste em um material de menor quantidade de páginas, com mais imagens, um outro formato que facilita sua divulgação e propagação.

O *Uso de dados em saúde* seguiu como um tema caro ao Instituto, e no “Fórum Segurança e Privacidade”, em São Paulo, realizado em parceria com a Optum, foi debatida a aprovação da Lei de Proteção de Dados Pessoais (PLC 53/2018), que regulamenta o uso de dados de pacientes.

Ainda em 2018, o instituto recebeu duas homenagens. A primeira ocorrida no evento comemorativo dos 80 anos do SINDHOSP, em agosto, ocorrido na Câmara Municipal de São Paulo, articulada pelo vereador Paulo Frange, do PTB. A segunda homenagem recebida também em São Paulo, no Centro de Convenções Rebouças, foi a de “Líderes da Saúde 2018”.

Em maio de 2019, o ICOS lançou o livro “Orientações Práticas em Saúde Suplementar – tudo o que o contratante precisa saber”, o qual ganhou prêmio Lupa de Ouro durante a 43ª edição da premiação do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma). Esse documento teve a participação do empresariado e da ANS na sua construção, objetivando o incentivo à unificação e modernização das empresas envolvidas no asseguramento, como demonstra a fala do diretor da ANS, Leandro Fonseca, durante o lançamento do livro:

Ao oferecer informação, especialmente ao contratante de planos de saúde, entendemos que é possível acelerar o processo de mudança no modelo assistencial, que tanto precisamos (ICOS, 2020, p.15).

Vale ressaltar que os temas abordados nos documentos formativos lançados anteriormente, “Consolidação e Uso de Dados Em Saúde: visão integrada do setor público e privado” e “Modelos de Pagamento Baseados em Valor”, foram amplamente publicizados pelo Instituto durante 2019, estando presentes em quase todas as falas dos seus representantes nos eventos nos quais o ICOS participou naquele ano.

Entre os documentos jornalísticos, pôde-se perceber o maior número de artigos encontrados pela pesquisa. Apenas no jornal “Estadão”, foram 11 matérias em 2019 (houve somente 10 matérias nos anos anteriores). Oito artigos relacionados a Lottenberg foram publicados em 2019, representando a metade de todas as matérias que o citaram, identificadas no período estudado<sup>143</sup>.

Em junho, duas matérias do jornal registram o jantar<sup>144</sup> promovido por Skaf<sup>145</sup>, com a presença de Jair Bolsonaro e empresários ligados à FIESP, em que Lottenberg esteve presente.

---

<sup>143</sup> Dentre elas, Lottenberg foi citado na matéria sobre a negativa da Justiça ao pedido para que o ex-presidente Lula, que estava preso, comparecesse ao enterro do irmão Genival Inácio da Silva, o Vavá. Na ocasião, como membro da diretoria do Hospital Albert Einstein, o executivo teria recebido carta do vereador Suplicy para que entregasse ao então Presidente da República Jair Bolsonaro, internado naquele hospital, visando que o Presidente intercedesse favoravelmente à ida de Lula ao velório.

<sup>144</sup><https://valor.globo.com/politica/noticia/2019/06/11/bolsonaro-participa-de-jantar-com-45-empresarios-em-sao-paulo.ghtml>.

<sup>145</sup> Nascido em São Paulo, presidente da Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP) desde 2004, e o atual 1º vice-presidente da Confederação Nacional da Indústria (CNI), cursou administração na Universidade Presbiteriana

Além dos temas principais, análises e propostas gerais que o ICOS seguiu formulando, um dos destaques foi o conflito entre a rede de hospitais D`Or e a Amil. Tal conflito, registrado em quatro matérias de jornal, se relacionou ao descredenciamento do grupo hospitalar da rede assistencial da seguradora, após a sua reestruturação e sofrimento de perdas de assegurados. O conflito entre a Rede D`Or (que compõe o ICOS através da Anahp) e a Amil<sup>146</sup> exemplifica a diversidade de interesses dentro do setor privado, que, em geral, não é aparente no discurso do ICOS.

Ainda em 2019 foi publicada uma matéria sobre telemedicina e outra sobre o acordo entre a Amil e o HIAE acerca do mesmo tema. Em agosto desse ano, a Amil declarou cortes com demissão de funcionários e redução de 30% dos seus custos operacionais.

Outros artigos abordam a reestruturação da United Health Brasil, com fechamento da Optum (plataforma de desenvolvimento tecnológico na saúde) da multinacional; compra de novas empresas de oftalmologia em São Paulo; perda de força de Lottenberg na empresa, culminando com sua saída da presidência, que foi assumida por José Carlos Magalhães<sup>147</sup>, até então responsável pela operação do grupo no Chile.

O final de 2019 foi marcado pelo registro da filiação de Lottenberg no Partido Novo para viabilização de sua candidatura para o Poder Executivo na Prefeitura de São Paulo, na condição de possível vice de Joice Hasselmann (PSL)<sup>148</sup>, ou de Bruno Covas (PSDB).

Torna-se evidente que esse foi um ano de intensas articulações, com uma participação bastante intensa do instituto com o processo eleitoral presidencial e estadual, em São Paulo.

O ano de 2019 também se caracterizou, para o ICOS, pela estratégia de ampliar sua atuação para outros países da América Latina. O Instituto participou de dois congressos latino-americanos, sendo um deles na Colômbia, o Fórum para Gestores da Saúde Suplementar, em Bogotá, e o 5º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde, ocorrido em São Paulo.

---

Mackenzie, em 2018 foi candidato ao governo do estado de São Paulo pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB), antigo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

<sup>146</sup><https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/rede-dor-deixa-rede-credenciada-da-amil-nesta-sexta-veja-quais-hospitais-podem-ser-usados-no-rio-23753738>.

<sup>147</sup> Definido como um “conciliador” no título de uma das matérias, o novo presidente tem o desafio de melhorar o relacionamento da empresa com seus trabalhadores e prestadores de serviço.

<sup>148</sup> A mulher mais bem votada na história da câmara dos deputados federais (mais de 1 milhão de votos), que foi liderança do governo de Jair Bolsonaro durante parte do ano de 2019, com o qual rompeu, e ainda no final deste ano, tornou-se líder do PSL, substituindo Eduardo Bolsonaro, punido pelo diretório nacional do partido. <https://oglobo.globo.com/brasil/sem-saber-se-fica-no-psl-joyce-hasselmann-anuncia-vice-para-disputa-pela-prefeitura-de-sao-paulo-24062206>.

Os temas mais abordados pelo instituto durante o ano, nos eventos em que participou, foram relacionados ao uso de tecnologia, seja tecnologia de informação e *Big Data*, seja o uso de novos equipamentos na prática médica (ICOS, resumo executivo 2019, 2020).

Nesse ano, a consultoria internacional McKinsey atualizou sua publicação intitulada “Visão Brasil 2030” e passou a citar um documento do ICOS como referência para analisar o sistema de saúde brasileiro (ICOS, resumo executivo 2019, 2020).

Toda essa movimentação do ICOS e de seus representantes, com destaque para Lottenberg, demonstra mudanças nas relações de poder e posicionamento político de atores empresariais da saúde que podem vir a ter repercussões importantes sobre as políticas setoriais.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo sugerem que o Instituto Coalizão Saúde se configura como um *think tank*. Sua conformação e atuação no período analisado expressam tanto a trajetória do empresariado nacional na área da saúde, particularmente de São Paulo, quanto seu movimento de articulação nos últimos anos, em busca de aumentar sua influência sobre as políticas e seu espaço no sistema de saúde brasileiro.

Ainda existem poucos estudos sobre esse tipo de entidade na saúde na América Latina. Entretanto, é sabido que na região existem outros *think tanks*, um dos exemplos mais conhecidos é o Funsalud, no México, que surgiu em outro contexto e apresenta outras características (PEGO; ALMEIDA, 2002). Porém, essas entidades têm se proliferado e influenciado as políticas de saúde, o que as torna importantes como objetos de estudo.

A compreensão do ICOS como um *think tank* leva ainda a outras conclusões. Os mercados em saúde no Brasil se modificaram, em termos de ampliação, internacionalização e mudanças nas estratégias empresariais. Nas décadas de 2000 e 2010, observam-se iniciativas mais explícitas dos agentes do setor privado no sentido de influenciar a política pública e defender o argumento da necessidade de maior articulação entre o setor privado e o sistema público. Ainda que isso não se configure como uma mudança de prática, pois em alguma medida isso sempre ocorreu em alguns segmentos, há mudanças no discurso e nas estratégias do empresariado da saúde. Isso é registrado principalmente por meio das propostas de reconfiguração do conjunto do sistema, calcadas em críticas das fragilidades do público e em argumentos sobre a interdependência que até pouco tempo atrás era negada pelo discurso liberal, apesar de, na prática, o estado ser amplamente utilizado para o fortalecimento do mercado. Hoje, advogam em favor da virtuosidade da articulação entre o público e privado.

O ICOS é reflexo desse processo de revisão das relações público-privadas em saúde. A sua conformação e atuação, a partir de 2014, expressam novos movimentos de organização de agentes empresariais na saúde, visando a influenciar as políticas públicas. Isso ocorre em um cenário marcado por crise econômica e política no país; crescente dinamismo de estratégias empresariais em saúde, o que proporcionou mudanças na organização dos mercados nacionais; interesses relacionados ao uso de novas tecnologias e de *big data*, agregando valor e criando novas mercadorias, sob um contexto geral de crescente participação de empresas internacionais e do capital financeiro no mercado nacional. No Brasil, esse conjunto de transformações se acelera sob governos de orientação neoliberal, que preconizam a redução do papel do Estado,

ampliação dos mercados em várias esferas e a desregulamentação de relações trabalhistas. Essa agenda tem imposto restrições às políticas públicas e ao Sistema Único de Saúde.

O caráter das relações público-privadas, observadas a partir do estudo do ICOS também expressa: as heranças de transformações anteriores; mudanças durante o período em questão, no âmbito nacional e internacional; os atores envolvidos e suas relações.

O fato de surgir em um país periférico confere um caráter diferenciado e contraditório na relação do empresariado nacional com o internacional. Os interesses dessas empresas, algumas vezes são consoantes com os das empresas nacionais. Em outros momentos, as propostas das empresas internacionais podem favorecer menos, ou mesmo desfavorecer, determinados atores nacionais. Além dos interesses das empresas nacionais e dos trabalhadores mediados e influenciados pelo Estado, há as empresas internacionais, financeirizadas, que no cenário de crise econômica mundial buscam ampliar seus mercados em países como o Brasil.

Em um contexto político como o observado desde 2017, marcado por governos nacionais de orientação neoliberal, com ligações estreitas com o mercado financeiro e empresas norte-americanas, esse elemento pode ser magnificado.

Em meio a um momento de crise econômica e de redução do asseguramento privado em caráter mundial, ampliar a interação do setor privado com o Estado se constituiu como uma das alternativas escolhidas pelo empresariado para manter seu crescimento.

Ressalte-se que o ICOS não é o ator principal nesse processo. O Instituto atua como associação que favorece a articulação de interesses do empresariado internacional, atrelado com o empresariado nacional do eixo Rio-São Paulo, com predomínio paulista.

As propostas formuladas visam, sobretudo, à expansão do espaço de atuação dos segmentos privados no sistema de saúde brasileiro, expressando o interesse das empresas envolvidas. O Instituto não aprofunda suas análises nos seus documentos. Em geral, constrói-os baseados principalmente em encontros presenciais de seus membros, organizados por empresas de consultoria estrangeiras. Tais documentos se baseiam em estudos de entidades internacionais, com análises parciais de caráter mais político, que não trazem à tona os limites, desafios e contradições que caracterizam o cenário nacional.

Ou seja, o ICOS tem pouco papel de formulação de propostas de base técnico-científica, mas consegue propor uma agenda política comum entre os atores envolvidos, que expresse os interesses do empresariado nacional e internacional. Alguns temas enfatizados na produção do Instituto estão fortemente presentes no debate internacional há anos, como a preocupação com

o valor em saúde e a sustentabilidade financeira, o uso intensivo de tecnologias e *big data*. Destaque-se, sobretudo, a defesa de ampliação da cobertura dos serviços por meio da articulação entre os setores público e privado (em uma lógica que possibilita o atendimento dos interesses de mercado das empresas da saúde), consoante com a ênfase internacional na perspectiva da cobertura universal em saúde (GIOVANELLA, *et al*, 2018).

No caso brasileiro, a história do empresariado nacional está diretamente ligada aos incentivos do Estado, que, em momentos de crescimento econômico, fomentou os mercados. Também em diversos momentos de crise e retração econômica, em que os conflitos distributivos se exacerbam, o Estado tendeu a socorrer os mercados e a estrangular os gastos com políticas públicas, inclusive na saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde sua criação, tem realizado um papel importante de organização do mercado nacional de assistência médica suplementar, que contribuiu inclusive para maior concentração desse mercado em algumas operadoras e seguradoras dominantes, dada a regulamentação emitida no âmbito financeiro (segurança financeira das empresas) e assistencial (critérios de cobertura mínima, regulamentação de contratos) (SESTELO, 2018c)

O momento atual é caracterizado por um movimento de parte do empresariado nacional, em articulação com empresas e consultorias internacionais de pensar de forma sistêmica: (i) políticas que podem favorecer as empresas líderes dos diferentes setores do mercado da saúde; (ii) políticas que ampliem a interação entre empresas e o Estado; (iii) estratégias que modifiquem o sistema público de saúde, seja no sentido de incorporar a lógica do privado (da prática clínica à forma de organização da atenção à saúde), seja no sentido de adequar a sua atuação em um sistema integrado, assegurando funções e atividades que fugiriam ao escopo e interesses do setor privado.

A análise da atuação do ICOS sugere alguns movimentos relevantes do empresariado nacional no sentido de sua expansão. Um deles é a busca inclusive de alcançar mercados periféricos dentro do país, até então menos visados. As regiões Norte e Nordeste, por exemplo, passam a fazer parte de forma mais explícita da agenda do empresariado nacional, que tem incentivado a “organização” e “modernização” também dessas regiões. Mais que isso, o Instituto já começa a alçar voos internacionais, participando de encontros latino-americanos.

No que concerne às articulações políticas, os atores empresariais reunidos no ICOS têm buscado influenciar os processos eleitorais e as agendas do Executivo, Legislativo e Judiciário

para alcançar seus objetivos, atuando especialmente nos grandes centros de decisões políticas no país, com destaque para São Paulo e Brasília.

No âmbito científico, tais atores estão articulados a centros de pesquisas e conhecimento como a Universidade de São Paulo (USP) e a Fundação Getúlio Vargas (FGV). A FGV pode ser identificada como um *think tank* da América-Latina, que tem atuação importante na formação e capacitação do empresariado nacional (MCGANN, 2019).

A agenda do Instituto aponta para temas amplos, num futuro próximo: busca articular o debate sobre uso de dados em grande escala e novas tecnologias com mudanças no âmbito da cobertura assistencial e da atenção integral nos sistemas de saúde, abrangendo da organização às práticas em saúde.

Entretanto, não são todos os atores que estão diretamente envolvidos nessa articulação. As Organizações Sociais (OS), atualmente importante prestadores privadas de serviços de saúde no Brasil, não participam diretamente desses fóruns, assim como alguns outros importantes atores nacionais, como a Hapvida, atualmente uma das maiores empresas de medicina de grupo do país.

O estudo apresentou algumas limitações, relacionadas ao tempo curto para a realização do Mestrado, em face de um tema tão complexo. A principal foi a não realização de entrevistas com atores-chave do empresariado, do Estado e estudiosos da área, que teria possibilitado uma melhor compreensão do processo político, das justificativas para a definição da agenda de prioridades e da dinâmica de atuação do ICOS no período. A segunda foi a impossibilidade de observação direta de eventos e outras atividades promovidas pelo ICOS, que também favoreceriam a análise da sua atuação no período. Também não foi possível aprofundar a análise da agenda relativa a temas específicos, seja pelo caráter dos documentos analisados, seja pela diversidade de temas tratados.

A realização da pesquisa permite identificar questões a serem aprofundadas em outros estudos. Uma delas seria a análise mais detalhada das relações entre cenário internacional, conjunturas nacionais (em termos de momentos da economia e da orientação política dos governos) e as estratégias das empresas médicas no país.

A incorporação e o uso de tecnologias e de *big data* nos setores privado e público é outro tema que precisa ser mais estudado, desde questões epistemológicas e éticas, até elementos da prática. É necessário avaliar quando e como utilizar essas novas ferramentas para alcançar os princípios do Sistema Único de Saúde e fortalecer a política pública.

Com a ampliação da importância econômica da saúde, que passou a ser um dos principais setores de movimentação dos mercados nos últimos anos, os interesses políticos no seu entorno também se ampliaram. Assim, para a compreensão das relações entre Estado e setor privado se faz necessário estudar melhor as movimentações econômicas e políticas dos agentes empresariais. O estudo indica que essas movimentações têm sido intensas, como sugere a trajetória do Presidente do ICOS, Claudio Lottenberg, no período analisado, tanto em suas funções empresariais como no âmbito político-partidário.

A redação da dissertação se encerrou em um momento incomum na história, marcado por uma pandemia de grandes proporções, da COVID-19, que se configura como uma crise sanitária e, também, uma crise econômica mundial. As respostas dos diferentes governos à pandemia são diversas, mas existe uma possibilidade concreta de que essa situação altere os rumos das relações geopolíticas internacionais, do papel dos Estados e das políticas de saúde no mundo, e conseqüentemente também repercuta sobre as empresas médicas. Tais transformações podem ter conseqüências para os padrões de intervenção do Estado e as relações entre Estados e mercados em saúde na América Latina e no Brasil, que precisarão ser estudados.

No caso do Brasil, as características das relações entre Estado e mercados em saúde são complexas, bem como as conexões entre empresariado internacional e nacional. Ainda há muitas facetas dessa relação a serem exploradas, cuja compreensão é fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a busca de um padrão de regulação sobre o setor privado que o subordine, de fato, aos interesses coletivos que deveriam orientar a ação do Estado

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiane. A reforma sanitária brasileira e a questão Medicamentos/assistência farmacêutica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2016.

ANDRIETTA, Lucas Salvador. *In*: LIMA, Julio Cesar Franca. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na Saúde**. São Paulo. Hucitec. P. 497 – P. 504. 2018.

ARAGÃO, Murillo. **A ação dos grupos de pressão nos processos constitucionais recentes no brasil**. p. 18, 1996.

BAHIA, Ligia. Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1999.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo, SP: Editora UNESP, 2010.

BAHIA, Ligia. SCHEFFER, Mario. Planos e seguros privados de saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2014.

BAHIA, Ligia. Financeirização da Assistência Médico-Hospitalar no Governo Lula. *In*: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias. **Políticas de Saúde no Brasil: Continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2014.

BAHIA, Ligia; *et al.* From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. suppl 2, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001405002&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001405002&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 28 maio 2020.

BASU, Sanjay; ANDREWS, Jason; KISHORE, Sandeep; *et al.* Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 6, p. e1001244, 2012.

BENNETT, S.; CORLUKA, A.; DOHERTY, J.; *et al.* Influencing policy change: the experience of health think tanks in low- and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 3, p. 194–203, 2012.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: Estudos de política social**. 3 edição. São Paulo. Hucitec. 2018. (trocar todos 2017 para 2018 no texto).

BRAGA, Jose Carlos. Financeirização. *In*: LIMA, Julio Cesar. Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde. São Paulo. Hucitec. P. 194 – P. 208. 2018.

BRAGA, Ialê Falleiros. **Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BRASIL. Lei nº 11.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social. **Diário Oficial da União**. P 1, Brasília, DF, p. 1, 30 de novembro de 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 391–410, 2008.

BUSSINGER, Elda Coelho de Azevedo; SODRÉ, Francis. Medicina diagnóstica: Organizações Sociais de Saúde. *In*: LIMA, Julio Cesar França. Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização da saúde. 2018. P. 359 – p 367.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos. A indústria farmacêutica brasileira e a atuação do BNDES. *In*: **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 193-216, mar. 2006

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins. Indústria farmacêutica brasileira: reflexões sobre sua estrutura e o potencial de investimentos. *In*: TORRES FILHO, Ernani Teixeira; PUGA, Fernando Pimentel. *In* Banco Nacional de

Desenvolvimento Econômico e Social (Brasil). Perspectivas do investimento 2007/2010. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2007. p. [161]-206.

CARVALHO, Fagner Dos Santos. **O papel dos grupos de interesse e pressão na formação e fortalecimento da democracia brasileira:** p. 8, 2009.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372–387, 2013.

CERRI, Giovanni Guido. O paciente privado é empurrado para o sistema público. In: Sindicato dos Médicos de São Paulo. (Org.). **Destaque Dr!:** editoriais, entrevistas e retrospectivas **2011-2014**. 1ed. São Paulo: Sindicato dos Médicos de São Paulo, 2014, p. 17-22.

CERRI, Giovanni Guido; LEITE, Cláudia Costa; ROCHA, M. S. **Tratado de Radiologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2017. v. 3. 1084p.

CHAVES, Miriam Waidenfeld. Desenvolvimentismo e pragmatismo: o ideário do MEC nos anos 1950. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 705-725, Dec. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742006000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742006000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2020.

CORDEIRO, Hesio A. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro. Editora Graal. 1984.

CORDEIRO, Hesio.A. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro. Editora Ayuri Ltda. 1991.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, Sept. 1991. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 June 2020.

FLEURY, Sonia. Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. In: MOLOINA, Carlos Gerardo; ARCO José Núñez. **Health Services in Latin America and Asia**. Washington DC: IDB- Inter-American Development Bank, 2001, v. s/v, p. 3-36. (trocar todos os Fleury 2003)

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1994.

FLEURY, Sonia. O Estado de Bem-estar Social na América Latina: reforma, inovação e fadiga. **Cad. Saúde Pública**, p. 10, 2017.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. A questão democrática na área da saúde. In: *Saúde em debate: Fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.

FILIPPON, Jonathan. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1127-1137, Dec. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000401127&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401127&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2020.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois, 1990. *Biotechnologia em Saúde: Um Estudo da Mudança Tecnológica na Indústria Farmacêutica e das Perspectivas de seu Desenvolvimento no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

GRÜN, Roberto. Financeirização de esquerda? Frutos inesperados no Brasil do século XXI. **Tempo Social**, v. 21, n. 2, p. 153–184, 2009.

ICOS. **A hora e a vez de debater saúde.** 2014. Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Estatuto Social.** 2015(a). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **O setor da saúde em momento de crise.** 2015(b). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Proposta para o Sistema de Saúde brasileiro.** 2016. Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Coalizão Saúde: uma agenda para transformar o sistema de saúde.** 2017(a). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Combater abusos, mas sem generalizar.** 2017(b). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Consolidação e uso de dados em saúde: visão integrada dos setores público e privado.** 2017(c). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Modelos de pagamento baseados em valor.** 2017(d). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Resumo executivo 2016.** 2017(e). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Coalizão saúde: caderno de propostas.** 2018(a). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Resumo executivo 2017.** 2018(b). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Orientações práticas em Saúde Suplementar: tudo o que o contratante precisa saber.** 2019(a). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Resumo executivo 2018**. 2019(b). Disponível em: <http://icos.org.br/>

ICOS. **Resumo executivo 2019**. 2020. Disponível em: <http://icos.org.br/>

INTERCEPT, The. The big data call for information. 2020. <https://theintercept.com/bigdatacall/>.

LAURELL, AC. **Sistemas universales de salud: retos y desafíos**. Quito: **Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unión de Naciones Suramericanas**; 2012.

LAURELL, Asa Cristina; COHN, Amelia; CONTRERA, Rodrigo León. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2009.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A saúde em construção no Estado nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2005.

LUZURIAGA, María José; BAHIA, Lúcia. Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405004&lng=es&tlng=es)>. Acesso em: 28 maio 2020.

LUZURIAGA, María José. **Privados de la salud: las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. (Saúde em debate, 291).

LUZURIAGA, María José; BAHIA, Lúcia. Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405004&lng=es&tlng=es)>. Acesso em: 28 maio 2020.

MAARSE, Hans. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 5, p. 981–1014, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 28 maio 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00068617, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001400101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001400101&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 June 2020. Epub July 27, 2017.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Judicialização. *In*: LIMA, Julio Cesar Franca. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na Saúde**. São Paulo. Hucitec. P. 310 – P. 317. 2018.

MATTOS, Leonardo. Instabilidade global, universalidade radical. **Le monde diplomatique Brasil**. 2018.

MEDVETZ, Thomas. **Think tanks in America**. Chicago: The University of Chicago Press, 2012.

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00188916, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2020. Epub Dec 15, 2016

MIRANDA, Alcides Silva de. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 385–400, 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007. (trocar por 2011 outra reimpressão).

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 13. p. 220-242.

MESA-LAGO, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. p. 351.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4479–4488, 2019.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **(im)previdência social 60 anos de historia da previdência no brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador : Rio de Janeiro: EDUFBA ; Editora Fiocruz, 2008.

PEGO, Raquel; ALMEIDA, Celia. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 971-989, Aug. 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400006&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2020.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROSA, Alejandra Carillo. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016. P. 101 – p. 138.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério; TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sarah. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *RECIIS*. 2016.

SANTOS, I. S.; Borges D.C.L. Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Realidade e Futuro do SUS. *In*: NORONHA, J.C.; PEREIRA, T. R. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, v. 4, p. 73-134.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2020.

SAUERBRONN, Christiane. O Conselho Argentino para as Relações Internacionais (CARI) nos anos 1990 e a virada neoliberal argentina. **Revista de Sociologia e Política**, v. 17, n. 33, p. 69–84, 2009.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.; AZEVEDO, G.. Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde. *In: SANTOS N.R.; AMARANTE P.D.C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde***. Rio de Janeiro. Cebes, 2010, v. 1, p. 220-242.

SECCHI, Leonardo; ITO, Leticia Elena. **Think tanks e universidades no brasil: análise das relações na produção de conhecimento em política pública**. n. 46, p. 22, 2016.

SESTELO, José Antonio de Freitas. **Planos de saúde e dominância financeira**. Salvador: EDUFBA, 2018(a).

SESTELO, José Antonio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2027–2034, 2018(b).

SESTELO, J. F. Agências reguladoras. *In: LIMA, Julio Cesar. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na Saúde***. São Paulo. Hucitec.

SESTELO, José Antônio de Freitas; BAHIA, Lígia. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). *In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA, Naomar. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática***. Rio de Janeiro. MedBook, 2013. P. 139 – p. 150.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 851-866, mayo 2013. Disponible en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000500004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500004&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 04 jun. 2020.

SESTELO, Jose Carlos. Empresariamento. *In: LIMA. Julio Cesar. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na Saúde***. São Paulo. Hucitec. P. 148 – P. 153. 2018.

Shaw, S.E.; RUSSEL, J.; PARSON, W.; GREENHLGH, T. The view from nowhere? How think tanks work to shape health policy, **Critical Policy Studies**, 9:1, P.58- P.77 2015.

SHAW, Sara E; RUSSELL, Jill; GREENHALGH, Trisha; *et al.* Thinking about think tanks in health care: a call for a new research agenda. **Sociology of Health & Illness**, v. 36, n. 3, p. 447–461, 2014.

SILVA, Adriana Ilha. O papel do Estado na acumulação capitalista: Onde se inserem as organizações sociais de saúde?. *In*: SODRE, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Ligia. **Organizações Sociais: Agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 2018. Rio de Janeiro. Hucitec. P. 209 – p. 241.

SOUZA, Luiz Eugenio Portela Fernandes. Tecnologia. *In*: LIMA, Julio Cesar Franca. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na Saúde**. São Paulo. Hucitec. P. 477 – P. 487. 2018.

TEIXEIRA, Tatiana. Brazilian Think Tanks: Between the Past and the Future. *In*: VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, Jose M.; LOBATO, Lenaura (Orgs.). **Policy analysis in Brazil**. [s.l.]: Policy Press, 2013, p. 233–248. Disponível em: <<http://policypress.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policypress/9781447306849.001.0001/upso-9781447306849-chapter-18>>. Acesso em: 30 maio 2020.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** p. 34, 2016.

VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Lobby. *In*: LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização da saúde**. P. 319 – P 326. 2018.