

## A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018)

The coalition of health entrepreneurs and their proposals for the reform of the Brazilian health system: political and programmatic setbacks (2014-2018)

Heloisa Maria Mendonça de Moraes (<https://orcid.org/0000-0001-8244-6601>)<sup>1</sup>

Raquel Santos de Oliveira (<http://orcid.org/0000-0002-6189-1543>)<sup>2</sup>

Ligia Maria Vieira-da-Silva (<http://orcid.org/0000-0003-2518-411X>)<sup>3</sup>

**Abstract** *With the aim of systematizing the health private sector proposals related with the reformulation of the Brazilian health system, as well as contributing to the understanding of its meaning, an essay was carried out, based in documents from the Health Coalition Institute (ICOS) published in the period from 2014 to 2018. The document content analysis was carried out guided by some concepts of Bourdieu, Coutinho and Labra. With the change in the correlation of forces resulting from the 2016 parliamentary coup, the private health sector's proposals gained visibility, which initially seemed to correspond to an update of its historical agenda, but which are progressively changing to suit the new political and economic scenario. From then on, conditions of possibility were created for the protagonism of these entrepreneurs in the field of power in relation to sectoral reform and the formulation of health policies, with consequences related to the disruption of the Brazilian Unified Health System (SUS). The contradictions between the discourse of defense of SUS by the entrepreneurs, and the privatizing concrete proposals may reveal a search for the symbolic profits associated with the defense of the public interests and of the universal.*

**Key words** *Health Policy, Private Sector, Privatization.*

**Resumo** *Com o objetivo de sistematizar as propostas voltadas para a reformulação do sistema de saúde brasileiro, oriundas do setor empresarial da saúde, bem como contribuir para a compreensão do seu significado, foi realizado um ensaio apoiado na análise sobre o conteúdo dos documentos elaborados pelo Instituto Coalizão Saúde (Icos), no período compreendido entre 2014 e 2018. Para tanto, tomou-se como referências conceituais e metodológicas os estudos de Bourdieu, Coutinho e Labra. Com a mudança na correlação de forças decorrente do golpe parlamentar de 2016, ganharam visibilidade as proposições do setor privado da saúde, que inicialmente pareciam corresponder a uma atualização da sua agenda histórica mas que vão progressivamente se transformando para se adequarem à nova conjuntura política e econômica. A partir de então, foram criadas condições de possibilidade para um protagonismo desses empresários, no âmbito do campo do poder, em relação à reforma setorial e à formulação de políticas de saúde com repercussões relacionadas à desestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). As contradições entre o discurso de defesa do SUS, por parte dos empresários, e as propostas concretas privatizantes podem revelar uma busca dos lucros simbólicos associados à defesa dos interesses públicos e do universal.*

**Palavras-chave** *Política de Saúde, Setor Privado, Privatização*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego 1235, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. [heloisa.morais@uol.com.br](mailto:heloisa.morais@uol.com.br)

<sup>2</sup> Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

## Introdução

No Brasil, a crescente perda de governabilidade da presidenta Dilma Roussef – evidente a partir de seu segundo governo e agravada tanto pelos desdobramentos da situação econômica internacional, quanto pelas medidas de ajuste fiscal adotadas internamente desde 2014 – resultou no golpe parlamentar<sup>1</sup> e em seu impeachment em 2016. Em seguida, com a assunção de Michel Temer ao poder, a crise se acentua em decorrência das mudanças no marco institucional do país, representadas pelas medidas políticas e econômicas então aplicadas.

Essas medidas, materializadas na EC 95, congelaram o teto de gastos federais para a saúde e repercutiram diretamente no desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), impondo severos limites aos serviços ofertados à população. Na esfera política, a aprovação pelo Legislativo e Executivo da participação do capital estrangeiro na saúde incrementou os processos de privatização e a discussão dos planos populares<sup>2,3</sup>.

Esse processo se espraia na desconfiguração institucional do SUS quando faz retroceder algumas de suas políticas estruturantes, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica<sup>4</sup>, do Programa Nacional de Imunização<sup>5</sup>, da Política Nacional de Saúde Mental<sup>6</sup>; do Programa Farmácia Popular<sup>7</sup> e do Programa Mais Médicos. Particularmente, observam-se efeitos deletérios dessa crise institucional sobre o “ânimo” da força de trabalho, desmobilizando-a em relação aos investimentos na organização do SUS e com repercussões na formação em Saúde Coletiva dos diversos profissionais de saúde.

Em escala internacional, as ameaças aos sistemas de proteção social, nos momentos de crise, que correspondem aos ataques ao princípio da solidariedade, levam as políticas sociais ao descrédito, abrem caminho para as privatizações e fazem com que a população deixe de reivindicar direitos e exercer pressão sobre o Estado<sup>8</sup>.

Retornando ao caso brasileiro, as mudanças impostas pela conjuntura econômica e a partir do deslocamento de poder ocorrido no período analisado neste artigo, abriram espaço para o surgimento de propostas provenientes de determinados setores empresariais para a reformulação de todo o sistema de saúde. Representantes de hospitais, da indústria farmacêutica, de planos de saúde entre outros, até então limitados às reivindicações setoriais e de forma segmentada, bem como entidades associativas específicas (Quadro 1), desde 2015 se unificaram em torno do Instituto Coali-

ção Saúde (Icos), passando a se colocar como representantes dos interesses da população<sup>9</sup>.

Não que o setor privado historicamente tenha se ausentado dos debates sobre a criação do SUS. Desde a votação do Capítulo da Saúde na Constituição de 1988, a presença de representantes empresariais se fez notar tanto nos votos minoritários, dados ao relatório da comissão de sistematização, como no impasse criado em relação ao financiamento e à natureza pública da saúde<sup>10</sup>. Nesses 30 anos importantes transformações ocorreram com o setor privado que se complexificou, passou a sofrer influência do processo de financeirização da economia, ampliando suas diversas intersecções e relações de interesses com a esfera pública<sup>11-13</sup>.

Embora outros autores tenham discutido o protagonismo dos empresários da saúde no que tange ao surgimento do movimento Coalizão Saúde e do Icos<sup>3,14</sup>, bem como suas articulações com o governo Temer, a exemplo da proposição dos planos populares de saúde<sup>15</sup>, pouca atenção tem sido dada ao conteúdo de propostas voltadas para a reforma do sistema de saúde e ao significado dessa grande articulação dos diversos representantes privados organizados em torno de uma única entidade, o Icos.

Em que medida essas proposições se constituem apenas em atualizações das históricas reivindicações do setor privado ou em propostas voltadas para a desestruturação do SUS e sua substituição por outros arranjos institucionais? Por que razão os empresários passam a reivindicar um lugar como representantes das necessidades da população? Com o objetivo de sistematizar as propostas dessa potente articulação empresarial para o sistema de saúde brasileiro, bem como de contribuir para a compreensão acerca de seu significado, o presente ensaio, apoiado em fontes documentais e bibliográficas, formula algumas hipóteses a respeito.

Para a discussão sobre os conteúdos dessas propostas, foram analisados dois artigos publicados no Jornal Folha de São Paulo<sup>9,16</sup>; todos os documentos produzidos pelo Icos<sup>17-21</sup>, no período de 2014 a 2018, num total de cinco documentos; e os *sites* das associações constitutivas da entidade. Buscou-se identificar nos documentos: autoria, objetivos, concepção sobre o SUS; diagnóstico sobre a situação de saúde e sobre o sistema de saúde; propostas para mudanças do sistema de saúde. Além disso, a análise apoiou-se em conceitos e formulações de Bourdieu<sup>22-24</sup> sobre campo, interesse e o universal, bem como nas reflexões de Coutinho<sup>25-27</sup> sobre a categoria dos interesses.

**Quadro 1.** Associações e empresas componentes do Instituto Coalizão Saúde, segundo o tipo de atividade, Brasil, 2019.

Tipo de atividade	Empresas/Associações
Prestadores de serviços médico-hospitalares	Hospital Albert Einstein; Hospital Sírio Libanês; Oncoclínicas
Prestadores de serviços laboratoriais	Grupo Dasa; Grupo Fleury; Grupo Sabin
Prestadores de serviços educacionais	FFM- Fundação Faculdade de Medicina
Produtores da Indústria Farmacêutica	Abbott Laboratories; AbbVie; Johnson & Johnson; EMS – Indústria de medicamentos; InterSystems; MSD Brasil; Sanofi
Empresas de Planos e seguros de saúde	Amil; Unimed Brasil; Healthways
Entidades associativas	Abramge – Associação Brasileira de planos de saúde; Anab - Associação Brasileira das administradoras de benefícios; Abimed - Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde; Abimo - Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos e Odontológicos; Abramed – Associação Brasileira da Indústria de artigos e equipamentos médicos, odontológicos, hospitalares e de laboratórios; Abraidi – Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes; Anahap - Associação Nacional de Hospitais Privados; CNS – Confederação Nacional de Saúde; CMB – Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos; Cbex – Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde; FBH - Federação Brasileira de Hospitais; FenaSaúde – Federação Nacional de Saúde Suplementar; Sinaemo – Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos; Fehoesp – Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo; Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa; SindusFarma

Fonte: elaboração das autoras; site oficial do Instituto Coalizão Saúde (Icos). Disponível em: <http://icos.org.br/quem-somos/associados/>.

### O Surgimento do Instituto Coalizão Saúde (Icos) e a ausência de diálogo com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Em 2014, foi lançado um manifesto encabeçado pelos médicos Giovanni Guido Cerri e Cláudio Lottenberg<sup>16</sup>, intitulado *A hora e a vez de debater saúde*, explicitamente voltado para influir no segundo turno da eleição presidencial daquele ano e reivindicar a representação do setor empresarial da saúde. Aquele movimento auto definia-se como colaborador do governo e da sociedade.

No manifesto, a importância da saúde era justificada tanto pelo fato de ser apontada como principal problema do país pelos eleitores, quanto por movimentar 9,2% do PIB. A crítica central nele contida se concentrava na redução dos recursos federais para a saúde e na defesa de 10% da receita corrente bruta para o orçamento do SUS, bandeira essa, naquele momento, encampada por diversos outros movimentos e entidades representativas da saúde<sup>16</sup>.

Em 2015, o movimento consolidou-se com a criação do Icos que se auto definia como “representante da cadeia produtiva do setor saúde pretendendo contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país”<sup>16</sup>. Propunha-se a atuar como uma referência do pensamento e da formulação de políticas inovadoras para a saúde. Desde então, essa entidade vem produzindo e publicizando um conjunto de documentos e relatórios executivos, os quais detalham suas propostas e estratégias para transformar o sistema de saúde brasileiro. Em 2016 e em 2017 foram divulgados, respectivamente, os documentos: *Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro*<sup>17</sup> e *Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde*<sup>18</sup>. Os resumos executivos do Icos para esse período<sup>19,20</sup>, bem como o caderno de propostas publicado em 2018<sup>21</sup> permitem apreender a evolução de suas formulações.

No conjunto dos documentos divulgados pelo Icos<sup>17-21</sup> não se encontra objetivamente o que

se denomina “sistema de saúde”. Por vezes, pode-se entender que a referência é a todo o sistema de saúde, quando pretende “congregar instituições públicas e privadas com interesse em contribuir para a melhoria do sistema de saúde brasileiro em suas vertentes pública e privada”<sup>19</sup>; em outras, a menção parece ser específica para o setor privado: “acreditamos que saúde é um bom negócio, em que todos ganham”<sup>19</sup>; e, em algumas outras, a referência é explicitamente ao SUS: “a defesa do Sistema Único de Saúde, bem como o reconhecimento da iniciativa privada como complementar a ele, deve motivar o aperfeiçoamento de modelos que já vêm sendo implantados com sucesso, como as parcerias público-privadas”<sup>17</sup>.

Talvez, essa ambiguidade seja devida à agenda reivindicativa das empresas privadas por mais recursos e menos controle, com o inovador objetivo de gerir o SUS e de se apropriarem definitivamente de todo o “mercado” com o qual ele se articula, mantendo-se na retaguarda o que resta do SUS para cuidar daquilo que não é o mais lucrativo.

Alguns autores<sup>3</sup> entendem que a agenda prioritária do Icos pauta-se nas proposições que objetivam transformar “os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro (e não mais SUS)”. Para tanto, os empresários do setor privado em suas pautas reivindicativas reforçam as estratégias de fortalecimento dos mecanismos de livre mercado e de um novo modelo de governança que amplie a participação dos prestadores privados na definição das políticas de saúde.

Assim, nos documentos, a defesa do SUS não aparece como defesa do público mas, de modo recorrente, como “incentivo ao fortalecimento das parcerias público-privadas (PPP), dando mais segurança jurídica a elas e incentivando as Organizações Sociais da Saúde (OSS) e as Parcerias para o Desenvolvimento de Produtos (PDP)”<sup>19</sup>. Em outra passagem está referido que o Icos, “pode melhorar a interação entre o público e o privado para que tenhamos um sistema de saúde cujos custos caibam nos bolsos das pessoas, para que seja uma área próspera e que atenda com satisfação, os indivíduos e as empresas”<sup>19</sup>.

Essa afirmação extrapola a histórica e permanente pauta do setor privado de saúde por mais espaço de realização de lucro por dentro da esfera pública através das PPP e das vendas de serviços assistenciais. Ela revela, explicitamente, que o atual projeto político ideológico relativo à política de saúde, proposto por esse grande conglomerado empresarial visa, na prática, destruir o caráter público, universal e integral do SUS.

Esse propósito foi sintetizado por Mathias<sup>14</sup> na formulação, segundo a qual, os objetivos do Icos seriam tornar o “SUS totalmente integrado ao setor privado e coordenado por este. Um SUS que continua SUS mesmo deixando de sê-lo”.

É nesse contexto, de inquestionável favorecimento do protagonismo político dos empresários na arena da política de saúde, que a lógica mercantil e suas conhecidas consequências para a saúde humana pretende reconfigurar a organização médico-assistencial e sanitária do país, deixando à margem uma perspectiva ampliada de saúde.

Nesse sentido, o discurso prevaemente do Icos é que os setores público e privado devem trabalhar em sinergia objetivando garantir os interesses da população. Em vários trechos dos documentos referidos aparece a expressão “demandas da população e suas necessidades de saúde”, sem qualquer explicitação à “incontornável complexidade conceitual” dessas questões<sup>28</sup>.

Nesses documentos, as necessidades em saúde são definidas apenas como acesso e consumo de serviços assistenciais. O debate sobre o conceito de necessidades de saúde, muito caro à Saúde Coletiva, tem revelado a importância analítica e prática de considerar que as necessidades não expressam apenas os aspectos biológicos da questão, mas também outras dimensões (sociais, culturais, econômicas). Essas dimensões vão se conformar em sua diversidade a partir da inserção dos diferentes grupos sociais nos processos produtivos específicos de cada sociedade, processos esses geradores de distintas condições de saúde<sup>29</sup>.

Nas declarações, mesmo quando aparece a menção às condições de vida, ela se fundamenta numa homogeneidade social que ignora os padrões de desigualdade da sociedade brasileira, amplamente analisados por diversos autores<sup>30-32</sup>, como se sob essa condição estrutural “uma forma bem saudável de viver” pudesse estar ao alcance de todos em qualquer situação histórica e social: “a expectativa é que as pessoas possam experimentar uma forma bem saudável de viver, que elas possam viver na sua plenitude”<sup>17</sup>.

Em *Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde*<sup>18</sup>, a despeito da crítica sem maior fundamentação à prioridade supostamente conferida pelo “sistema brasileiro” às doenças “agudas” do passado, há uma tentativa de melhor caracterizar a situação de saúde a partir da formulação da existência de uma tripla carga de doenças: doenças crônicas, infecciosas e causas externas.

Contudo, esse diagnóstico é feito sem qualquer referência à bibliografia especializada sobre

o tema que analisa a evolução dos problemas de saúde da população brasileira e tem identificado um quadro muito mais complexo do que o sumarizado<sup>33,34</sup>.

A transição epidemiológica do país, iniciada na década de 1970, parece ser um problema atual ou futuro. As fontes citadas são por vezes reportagens da grande imprensa ou declarações de sociedades de especialistas. Também não há qualquer referência às políticas existentes para o controle das doenças crônicas não transmissíveis em relação às quais também existe uma bibliografia com a qual o documento não dialoga.

O Instituto desconsidera em seu audacioso projeto para a transformação do sistema de saúde brasileiro, um conjunto importante de estudos epidemiológicos desenvolvidos, tanto pelos pesquisadores do Campo da Saúde Coletiva, quanto pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Afinal, como é possível formular política de saúde sem o devido embasamento do quadro socio-sanitário?

Por fim, deve-se ressaltar que todos os espaços de participação social são ignorados, aparecendo na proposta do Icos apenas o suposto “empoderamento da população” que ocorreria a partir da publicação de dados e da permissão para “fiscalização das instituições, com pacientes/cidadãos fazendo escolhas mais conscientes”<sup>21</sup>.

### Associativismo, campos e interesses

O que há de novo nessa movimentação do setor privado na saúde a partir de 2014? São identificados pelo menos três fenômenos. O primeiro deles, consiste na criação de uma associação inter categorias e de segmentos da denominada cadeia produtiva da saúde superando, ainda que provisoriamente, as contradições internas entre empresas de planos e seguros, prestadores e produtores de insumos. O segundo, se configura pela formulação de proposições voltadas para o público e o universal que ultrapassariam os interesses imediatos desses agentes, mesmo que apenas no discurso. Já o terceiro, toma forma na disputa, no âmbito do campo do poder, no sentido de Bourdieu<sup>24</sup>, mediante as propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro.

No Brasil, o associativismo de grupos empresariais da saúde é um fenômeno que data do século vinte. Foi abordado por Labra<sup>35</sup>, ao estudar as relações da sociedade com o Estado, apontando que ora as transformações e os processos detectados aparecem como iniciativas e concessões do Estado, ora como conquistas sociais.

Mas como bem detecta a autora, os sistemas políticos são mais complexos do que essa polaridade e, por essa razão, a acomodação de interesses negociados e de políticas de concertação ressaltam a importância das associações de interesses enquanto manifestações de agentes sociais que devem desempenhar papel decisivo nos processos de formulação de políticas públicas.

Essa discussão importa para o entendimento de um fenômeno frequente no processo denominado de “concertação política” que expressa os embates permeados por alto grau de disputa política e ideológica entre os membros de grupos em confronto.

A ligeireza dessas considerações não deve ocultar o problema em que reside a representação de interesses quando se considera sua extrema variedade de acordo com o país que se está referindo. Portanto, deve-se atentar para as complexas coalizões presentes em diferentes estruturas de governos nas quais, em princípio, deveriam se fazer presentes representantes do trabalho, do capital e do Estado, de modo a assegurar as políticas de interesse às partes em questão.

Ainda assim, tal configuração parece não mais dar conta da enorme variedade de “sub-interesses” detectáveis nos espaços das políticas públicas quando parece se desenhar uma grande fragmentação do Estado em um mosaico de múltiplos interesses departamentais. Como menciona Labra<sup>35</sup>, “nesses casos o *policy-making* tenderia a se realizar entre frações do Estado e grupos de interesses clientelistas”.

No caso do associativismo no setor privado na saúde, já na primeira metade do século XX os arranjos corporativos correspondentes se faziam presentes. Labra<sup>35</sup> nomina várias entidades associativas – algumas delas persistem até hoje – para ressaltar pelo menos dois aspectos que podem inspirar o esforço para se compreender esse fenômeno nos tempos atuais. Ela chama atenção para o fato de, ainda nos anos setenta, as associações haverem passado por “um processo de concentração e hierarquização da representação ao nível nacional, sem terem chegado, contudo, a configurar uma organização que agregasse todos os interesses do empresariado”<sup>35</sup>. Pontua, também, alguns fatores (hoje, decerto, insuficientes para a compreensão do problema), aos quais atribui o efeito de o mercado privado, bastante heterogêneo, encontrar-se “em pleno processo de especialização funcional e reagrupação/mutação de interesses”<sup>35</sup>.

Tomar essas perspectivas como ponto de partida para explorar a configuração atual que assu-

me uma determinada representação do sistema privado brasileiro, possibilita afirmar um pressuposto segundo o qual sob distintas conjunturas políticas, são as tendências manifestas do desenvolvimento capitalista do país que vêm moldando as relações dos segmentos empresariais da saúde com o Estado, rebatendo as consequências para a sociedade que, ao fim e ao cabo, é quem paga as contas.

Seria o caso, por exemplo, da permissibilidade advinda com a promulgação da Lei do Capital Estrangeiro em 2015 (Lei 13.097/15)<sup>36</sup>, para garantir e fomentar as transações entre os capitais nacionais e estrangeiros na assistência, setor até então protegido por prerrogativa constitucional. Desde o início de sua vigência, tem sido responsável por fusões e aquisições entre empresas prestadoras de serviços levando à formação de grupos monopólicos entre hospitais, laboratórios e empresas de planos.

A concertação social resultante desses processos tem sido mediada pela pauta de reivindicações e demandas dos segmentos empresariais e balizada pela força dos arranjos lobistas que os mesmos conseguem aglutinar em torno de seus projetos.

Esse tem sido um processo ágil e permanente, que já apresentava particularidades visíveis na primeira década desse século<sup>37</sup>, particularidades essas que foram se plasmando em anos recentes e se emoldando às transformações políticas e econômicas experimentadas pela sociedade brasileira.

Anteriormente ao surgimento do Icos, pareceria impossível que uma entidade única conseguisse acumular potencialidade política para vocalizar as demandas da maioria de um setor historicamente pulverizado em múltiplos interesses. E mais, um agrupamento com finalidades mercantis, porém, ousado o suficiente para propor representar toda a sociedade, aspirando, desde então, construir um “novo sistema nacional de saúde”<sup>21</sup>. Ousado, porque agora manifesta, explicita, o poder de decidir sobre a formulação de uma política pública que vem se consolidando há trinta anos.

Ademais, coloca-se uma outra incompatibilidade nesse objetivo, essa nuclear, porquanto os interesses empresariais ao se mobilizarem na direção da maximização dos lucros sempre serão estranhos às finalidades do setor público.

A esse respeito, caberia acatar a sugestão de Coutinho<sup>25-27</sup>, em seu estudo sobre a representação de interesses e retomar algumas de suas indagações condutoras: que fatores levam à formação de um grupo de interesses? De quem são os inte-

resses representados? Qual é a justificativa para representar interesses?

Também Bourdieu<sup>23</sup>, desenvolveu a ideia de que não existem atos desinteressados. Segundo este autor, o mundo social seria constituído por campos sociais, enquanto espaços de relações, onde estão em jogo questões particulares, onde há interesse, investimento, *illusio*, em questões específicas daquele universo social. As associações fazem parte da organização de grupos sociais nas suas disputas e muitas vezes podem se constituir em âmbitos de consagração e de acumulação de poder simbólico e político. Ele estudou os diversos campos sociais, científico, artístico, político e burocrático<sup>22-24</sup>. Ao analisar o processo histórico de gênese do Estado, particularmente a constituição do campo burocrático, chamou a atenção para o que ele considerava a alquimia da transformação dos interesses particulares em interesses universais.

Sendo assim, o que representam esses agentes formadores do Icos enquanto sujeitos políticos oriundos de vários segmentos produtivos e organizados em associações setoriais? Todos carecem de realizar-se no mercado, ao mesmo tempo em que se antagonizam, pois se estabelece entre eles e em vários sentidos, múltiplos confrontos particulares, na direção de interesses puramente privados, competitivos entre si. Para os planos de saúde quanto menos consumo de serviços médicos e laboratoriais, mais lucro; já para os donos de hospitais, para a indústria farmacêutica e de equipamentos, quanto mais consultas e internações, mais lucro.

Alguns fatos são indicativos dessas considerações. No âmbito dos planos de saúde atuam hoje no mercado três entidades que os representam (Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Federação Nacional de Saúde (Fena-saúde) e Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan).

A alardeada perda de clientela dos últimos cinco anos não atinge igualmente os filiados de todas essas entidades, ainda que a sobrevivência de entes com iguais finalidades no mercado dependa de uma disputa por clientelas que se agudiza em situação de crise econômica. Contudo, as entidades economicamente mais sólidas dispõem de outro lastro de sustentação, resultante de estratégias que não apenas a comercialização de produtos. Nesse caso, são suas bases materiais que lhes possibilitam investir no mercado financeiro em busca de outras rentabilidades. E é por essa razão que mesmo em cenário de crise continuam a crescer os lucros no âmbito da saúde suplementar.

Adicionalmente, ecoam os conflitos existentes entre os prestadores de serviços e as empresas de planos e seguros, quando o tema é o aumento desenfreado dos custos em saúde. São bem conhecidas as divergências entre esses agentes, posicionando-se de um lado as empresas de planos e seguros e de outro os prestadores hospitalares e a indústria farmacêutica.

Ainda, para fortalecer o argumento, deve ser lembrada a hierarquização existente entre os hospitais filantrópicos, considerando que estão divididos em pelo menos duas categorias, com contratos remuneratórios diferenciados: aqueles reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança – “os hospitais de excelência” – cujos contratos especiais com o Ministério da Saúde os habilita a prestar consultorias e oferecer programas de treinamento a hospitais da rede pública, inclusive à rede dos Hospitais Universitários/EBSERH. Os demais, são a grande maioria que presta serviços assistenciais ao SUS.

Ao expor suas intenções com tamanha clareza e ênfase, o Icos faz a defesa de interesses dos seus distintos associados, tecendo críticas aos excessivos processos de judicialização presentes no SUS ou enaltecendo desde os bons resultados alcançados pelas OSS, como reivindicando a agilização das autorizações para pesquisas clínicas<sup>21</sup>.

Por essas perspectivas, atenderia às empresas de planos e seguros, ao realizar seus interesses de deter os processos de judicialização e os altos custos neles envolvidos. De outro modo, responderia aos prestadores de serviços que pretendem garantir as possibilidades lucrativas propiciadas pela expansão desregulada das OSS<sup>38</sup> e de outras PPP, assim como às expectativas da indústria farmacêutica quando pressiona por facilidades junto às PDP.

Para levar a cabo objetivos como esses, o Icos não descuida de movimentos próprios ao “lobismo” – atividade que mais se expandiu, por exemplo, nos Estados Unidos – quando o mundo dos negócios passou a se mobilizar intensamente para tentar controlar o poder legislativo e tentar até mesmo criar leis<sup>8</sup>.

Desse modo, seus dirigentes estiveram reunidos “com as principais autoridades da República levando sua agenda para uma saúde melhor e mais acessível para a população”, tendo sido recebidos em audiência pelo presidente Michel Temer<sup>17</sup>: “Para que a iniciativa tenha continuidade e as propostas possam, de fato, avançar, ficou definido que o Icos terá encontros periódicos com o chefe do Poder Executivo”.

Mas o Icos também esteve com deputados e senadores e com o ministro do STF, Ricardo

Lewandowsky. Com esse último tratou, particularmente, do problema da judicialização, ocasião em que o secretário de Serviços Integrados à Saúde do STF, defendeu a integração das experiências dos setores público e privado: “O privado, com sua experiência de gestão e condução de processos, voltados para a qualidade e a atenção ao usuário. E o público, pela capilarização”<sup>19</sup>.

Embora a expressão “sociedade civil” apareça em várias passagens dos documentos do Icos, o que se constata é que nesse conjunto de reivindicações particulares ela expressa uma determinada representação de interesses, inerente aos setores produtivos da saúde, mas não propriamente as demandas de toda a sociedade civil.

Dessa forma, fica claro que os interesses das diversas empresas e associações empresariais que compõem o Icos confluem numa certa direção – traduzida pela busca da “sustentabilidade financeira”, leia-se, sobrevivência e lucratividade empresarial. Pertencentes ao campo econômico onde prevalece a lógica dos negócios são negócios, porque abririam mão de suas contradições e disputas internas em busca de um bem comum? A hipótese da busca da associação para melhor apropriação dos recursos universais no âmbito do Estado e, dessa forma, auferir lucros simbólicos, mas também econômicos, pode ser assim formulada.

## Considerações finais

A análise, ainda preliminar, realizada no presente artigo sobre o conteúdo das proposições do Icos revela, a despeito do discurso em contrário, que seu projeto político ideológico relativo à política de saúde tem o potencial de, em nome do público e do universal, inviabilizar o SUS universal e público e, conseqüentemente, retirar da população o seu direito inalienável à saúde.

Havendo concordância entre os autores revisados quanto à crescente hegemonia do setor privado na defesa de seus interesses particulares, faz-se necessário investigar as novas formas de organização do empresariado da saúde, bem como suas estratégias de aproximação com os poderes político e econômico.

A exploração da hipótese aqui formulada requer a realização de investigações adicionais que analisem as transformações nos espaços sociais e campos relacionados com a saúde. Isso implicaria na análise das trajetórias social, política e profissionais dos principais agentes envolvidos ao lado da melhor identificação dos possíveis históricos<sup>22</sup>.

Mas, as lacunas não se situam apenas no plano do conhecimento. Como adverte Mattos et al.<sup>39</sup>, “o que dá para saber é que eles estão se organizando e que vão ter influência”. E para não restar dúvidas deve-se atentar para a promessa do presidente do Icos de que “Este projeto será visto, em alguns anos, como o início de uma profunda e bem-vinda transformação do sistema de saúde do Brasil. (...) Agora, há um caminho a seguir”<sup>20</sup>.

Se não há dúvidas quanto ao caráter democratizante das proposições da Reforma Sanitária, há incertezas quanto às estratégias requeridas e necessárias para acumulação de forças visando retomar e aprofundar a pauta discursiva que estruturou o SUS. Particularmente, no tempo histórico em vigor no país, de retrocesso democrático e civilizatório.

### **Colaboradores**

HMM Morais contribuiu para a concepção, análise e redação do artigo. RS Oliveira contribuiu para a concepção, análise e redação do artigo. LM Vieira-da-Silva contribuiu para a concepção, análise e redação do artigo.



## Referências

- Santos WG. *A democracia impedida: o Brasil no século XXI*. Rio de Janeiro: FGV; 2017.
- Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2018; 42(n. esp. 2):11-21.
- Bravo MIS, Pelaez EJ, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum* 2018; 10(1):9-23.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 2018; 42(116):11-24.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A queda da imunização no Brasil. *Consensus* [periódico na Internet] 2017 [acessado 2019 Jan 24]; 25:20-29. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>
- Pinho L. *Saúde mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?* [página na Internet]. [acessado 2019 Jan 24]. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DqHyQIZ7EmMJ:www.abrasme.org.br/arquivo/download%3FID\\_ARQUIVO%3D7243+%3cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DqHyQIZ7EmMJ:www.abrasme.org.br/arquivo/download%3FID_ARQUIVO%3D7243+%3cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
- Trindade JS. O fim da rede própria do programa farmácia popular do Brasil e o princípio da proibição do retrocesso social. *Cad Ibero-Amer Dir Sanit* 2018; 7(2):61-81.
- Chomsky N. *Réquiem para o sonho americano. Os 10 princípios da concentração da riqueza e do poder*. Lisboa: Editorial Presença; 2017.
- Lottenberg C, Cerri GG. O setor da saúde em momento de crise [opinião]. *Folha de São Paulo*; 2015 Out 8; p. 3. [página na Internet]. [acessado 2019 Jan 04]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/235754-o-setor-da-saude-em-momento-de-crise.shtml>
- Rodriguez Neto E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- Cordilha AC, Lavinias L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. *Ciê Saude Colet* 2018; 23(7):2147-2158.
- Sestelo JAF. *Planos de saúde e dominância financeira*. Salvador: Edufba; 2018.
- Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Publica* 2018; 34(7):e00067218.
- Mathias M. *Uma segunda alma para o SUS?* [reportagem na Internet]. Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); 2018. [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus>
- Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(12):1-5.
- Cerri GG, Lottenberg C. Tendências e Debates. A hora e a vez de debater saúde [opinião]. *Folha de S. Paulo*; 2014 Out 19; p. 3. [página na Internet]. [acessado 2019 Jan 02]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/10/1534461-giovanni-guido-cerri-e-claudio-lottenberg-a-hora-e-a-vez-de-debater-saude.shtml>
- Instituto Coalizão Saúde (Icos). *Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro* [Internet]. 2016 [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao\\_Brochura.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf)
- Instituto Coalizão Saúde Brasil (Icos). *Uma agenda para transformar o Sistema de Saúde* [Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%C-C%81rioNet.pdf>
- Instituto Coalizão Saúde (Icos). *Resumo Executivo 2016* [Internet]. 2016 [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorioICOS2016\\_net-1.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorioICOS2016_net-1.pdf)
- Instituto Coalizão Saúde Brasil (Icos). *Resumo Executivo 2017* [Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/resumoICOS2017\\_novo\\_baixa-1.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/resumoICOS2017_novo_baixa-1.pdf)
- Instituto Coalizão Saúde Brasil (Icos). *Caderno de Propostas 2018* [Internet]. 2018 [acessado 2019 Jan 06]. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS\\_Proposta\\_V11\\_final\\_baixa.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS_Proposta_V11_final_baixa.pdf)
- Bourdieu P. *As regras da arte*. Lisboa: Editorial Presença; 1996.
- Bourdieu P. *A Distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre-São Paulo: Zouk – Edusp; 2006.
- Bourdieu P. *Sobre o Estado: cursos no College de France (1989-92)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
- Coutinho CN. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: Teixeira SF, organizador. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 47-60.
- Coutinho CN, Teixeira AP. *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
- Coutinho CN. *De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria política*. São Paulo: Boitempo; 2011.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/USERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-126.
- Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1260-1268.
- Lavinias L. Notas sobre os desafios da redistribuição no Brasil. In: Fonseca A, Fagnani E, organizadores. *Políticas Sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2013. p. 99-143.
- Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciê Saude Colet* 2017; 22(7):2097-2108.
- Hecksher M, Silva PLN, Corseuil CH. *A contribuição dos ricos para a desigualdade de renda no Brasil*. Brasília: Ipea; 2018. (Texto para discussão 2411).
- Paim JS, Travassos CMR, Almeida C, Bahia L, Maccinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377(9780):1877-1889.

35. Labra ME. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis* 1993; 3(2):193-225.
36. Brasil. Lei nº 13.097 de 19 de Janeiro de 2015. Dispõe no Capítulo XVII da Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. *Diário Oficial da União*; 2015.
37. Morais HMM. *Uma análise da assistência médico - hospitalar privada: o polo médico do Recife na travessia do século XX para o XXI* [Tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
38. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Fonseca NA. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(1):e00194916.
39. Mattos L, Sestelo J, Braga I, Travassos C, Bahia L, Scheffer M. *Febraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal: considerações sobre a atuação recente do setor privado nas políticas saúde. Documentação sobre o Empresariamento da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro* [página na Internet]. [acessado 2019 Jan 03]. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/>

---

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 03/09/2019