



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LAILA TALITA DA CONCEIÇÃO COSTA

O Consumo privado de recursos públicos na assistência à saúde de servidores
públicos federais civis.

RECIFE - PE

2023

LAILA TALITA DA CONCEIÇÃO COSTA

O Consumo privado de recursos públicos na assistência à saúde de servidores públicos federais civis.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Estado, políticas sociais e ação do Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

RECIFE - PE

2023

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Costa, Laila Talita da Conceição.

O Consumo privado de recursos públicos na assistência à saúde de servidores públicos federais civis / Laila Talita da Conceição Costa. - Recife, 2023.
184f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2023.

Orientação: Ana Cristina de Souza Vieira.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Seguridade social; 2. Sistema Único de Saúde; 3. Servidores públicos; 4. Planos de saúde. I. Vieira, Ana Cristina de Souza. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Para a minha irmã Ana Karla,
inspiração deste estudo e de toda a vida (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

À minha família, sobretudo, aos meus pais e às minhas irmãs, toda a minha gratidão.

Aos meus amigos/as e companheira, retribuo com afeto e cuidado todo o carinho que me foi oferecido durante os momentos difíceis de elaboração desta tese.

Aos meus colegas da turma de doutorado, um agradecimento especial pela oportunidade de ouvi-los/as durante as aulas, construir conhecimento juntos e por andar de mãos dadas.

Aos companheiros/as de luta, por me ensinarem os caminhos da Educação Popular transformadora e da resistência frente aos desafios.

Ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e à minha orientadora Ana Vieira, pelas condições dadas ao desenvolvimento desta pesquisa e à minha trajetória como pesquisadora.

À minha banca examinadora, pela disponibilidade e valorosas contribuições.

Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé.
Faço o que devo fazer, com amor.

Cora Coralina

RESUMO

Esta tese desvela as contradições das despesas da Seguridade Social com assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis, em um cenário de desfinanciamento da saúde pública brasileira. A pesquisa que empreendemos problematiza que esta é uma manifestação particular da proteção social brasileira, da prática política desse segmento de trabalhadores, e da ação do Estado que consubstancia uma estratégia mediadora de lucratividade para os planos de saúde. Para empreender o estudo empírico dessa despesa escolhemos analisar os dados orçamentários disponibilizados no Siga Brasil, base de dados mantida pelo Senado Federal. O recorte temporário corresponde ao da execução do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 do Governo Federal, período em que também foram intensificados os ajustes fiscais no Brasil. Para compreensão das lutas e reivindicações dos servidores públicos em relação ao direito à saúde, foram analisadas resoluções dos Congressos Nacionais da Central Única dos Trabalhadores (CONCUT), entidade que congrega a maior quantidade de sindicatos de servidores públicos no país, e balanços de greves do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Dentre os resultados identificamos que as políticas e programas de assistência à saúde dos servidores públicos civis federais têm sido regulamentadas no interior das relações de consumo, responsabilizando de maneira crescente esses trabalhadores por seu alto custo, ao mesmo tempo em que os auxílios públicos exercem pressão sobre os gastos com o SUS, favorecem iniquidades na distribuição de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre os diferentes segmentos de trabalhadores e privilegiam regiões que contam com ampla rede de equipamentos privados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Seguridade Social. Sistema Único de Saúde. Servidores Públicos. Planos de Saúde.

ABSTRACT

This thesis reveals the contradictions of social security spending on private healthcare for civilian federal civil servants, in a scenario where Brazilian public healthcare is being de-funded. The research we have undertaken problematizes that this is a particular manifestation of Brazilian social protection, of the political practice of Workers segment and the action of the state that embodies a profitability mediating strategy for health plans. In order to undertake an empirical study of this expenditure, we chose to analyze the budget data available on Siga Brasil, a database maintained by the Federal Senate. The time frame corresponds to the execution of the federal government's 2016-2019 Multi-Year Plan, a period in which Brazil's fiscal adjustments were also intensified. In order to understand the struggles and demands of civil servants in relation to the right to health, we analyzed resolutions from the National Congresses of the Unified Workers' Central (CONCUT), the entity that brings together the largest number of civil servants' unions in the country, and strike reports from the Inter-Union Department of Statistics and Socioeconomic Studies (DIEESE). Among the results, we identified that health care policies and programs for federal civil servants have been regulated within consumption relations, making these workers increasingly responsible for their high costs, at the same time that public aid pressure SUS spending, favors inequities in the distribution of Social Security Budget (OSS) resources among the different segments of workers and favors regions that have a wide network of private health facilities.

KEYWORDS: Social Security. Unified Health System. Public Servants. Health Plans.

RESUMEN

Esta tesis revela las contradicciones del gasto de la seguridad social en la sanidad privada de los funcionarios federales, en un escenario de desfinanciación de la sanidad pública brasileña. La investigación que hemos emprendido problematiza el hecho de que se trata de una manifestación particular de la protección social brasileña, de la práctica política de este segmento de trabajadores y de la acción del Estado que constituye una estrategia para mediar la rentabilidad de los planes de salud. Para realizar un estudio empírico de este gasto, optamos por analizar los datos presupuestarios disponibles en Siga Brasil, base de datos mantenida por el Senado Federal. El período corresponde a la ejecución del Plan Plurianual (PPA) 2016-2019 del gobierno federal, período en el que también se intensificaron los ajustes fiscales en Brasil. Para comprender las luchas y reivindicaciones de los funcionarios en relación con el derecho a la salud, se analizaron las resoluciones de los Congresos Nacionales de la Central Unificada de Trabajadores (CONCUT), entidad que reúne al mayor número de sindicatos de funcionarios del país, y los informes de huelga del Departamento Intersindical de Estadísticas y Estudios Socioeconómicos (DIEESE). Entre los resultados, identificamos que las políticas y programas de atención a la salud de los servidores públicos federales se han regulado dentro de relaciones de consumo, haciendo que estos trabajadores sean cada vez más responsables de sus altos costos, al mismo tiempo que las ayudas públicas presionan sobre los gastos del SUS, favorecen las desigualdades en la distribución de los recursos del Presupuesto de la Seguridad Social (OSS) entre los diferentes segmentos de trabajadores y favorecen a las regiones que cuentan con una amplia red de establecimientos privados de salud.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Social. Sistema Único de Salud. Servidores Públicos. Planes de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ADPF	Associação Sindical dos Delegados de Polícia Federal
AMB	Associação Médica Brasileira
ANEINFRA	A Associação Nacional dos Analistas e Especialistas em Infraestrutura
ANESP	Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental
ANFFA SINDICAL	Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais Federais Agropecuários
ANL	Aliança Nacional Libertadora
ANS	Agência Nacional de Saúde
APCF SINDICAL	A Associação Nacional dos Peritos Criminais Federais
APSEF	Associação Nacional dos Aposentados e Pensionistas do Serviço Público Federal
ASBIN	Associação dos Servidores da Agencia Brasileira de Inteligência
ASCEMA NACIONAL	Associação Nacional dos servidores da área ambiental federal, integrantes da Carreira de Especialistas em Meio Ambiente
ASDNER	A Associação dos Servidores do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
ASSECOR	Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões

Cassi	Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco de Brasil
CF88	Constituição Federal de 1988
CIST's	Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador
Coasas	Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONCLAT	Congresso Nacional da Classe Trabalhadora
CONCUT	Congresso Nacional da Central Única dos Trabalhadores
CONDSEF	Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal
CPMF	Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Demed	Departamento Médico da Câmara dos Deputados
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EFPC	Entidades Fechadas de Previdência Complementar
EUA	Estados Unidos da América
FAPS	Fundo de Assistência e Previdência Social
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FENASPS	Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional da Assistência Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde

FRGPS	Fundo do Regime Geral da Previdência Social
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR	Imposto de Renda
IR	Imposto de Renda
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
LOAS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MEI	Microempreendedor Individual
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSCIPs	Organizações da sociedade civil de interesse público
OSS	Orçamento da Seguridade Social

PAISMS	Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS-SUS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS
PIB	Produto Interno Bruto
Plan-Assiste	Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Pronto Ação
PPA	Plano Plurianual
Progep	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas),
Pró-Saúde	Programa de Assistência à Saúde
Pró-TCU	Programa de Assistência à Saúde dos Servidores
PT	Partido dos Trabalhadores
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RJU	Regime Jurídico Único
RMV	Renda Mensal Vitalícia
RPC	Regime de Previdência Complementar
RPPS	Regime Próprio da Previdência Social
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar
Siafi	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Sidor	Sistema Integrado de Dados Orçamentários
SINAIT	Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho

SINDAGRI	Sindicato dos Servidores do Ministério da Agricultura no Rio Grande do Sul.
SINDFAZENDA	Sindicato Nacional dos Servidores Administrativos do Ministério da Fazenda
SINDICAL	Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas do Distrito Federal
SINDISERF	Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Rio Grande do Sul
SINDPOL-DF O	Sindicato dos Policiais Penais do Distrito Federal
SINDPREV-BA	Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social no Estado da Bahia
SINDPREV-ES	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social no Estado do Espírito Santo
SINDPREV-PB	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social no Estado da Paraíba
SINDSEF/RO	Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Estado de Rondônia
SINDSEP/AM	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Amazonas
SINDSEP/ES	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado do Espírito Santo
SINDSEP/MA	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado do Maranhão
SINDSEP/MT	Sindicato dos Servidores públicos federais no Estado do Mato Grosso
SINDSEP/PE	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco
SINDSEP-DF	Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal no Distrito Federal

SINDSEP-MG	Sindicato dos Trabalhadores Ativos, Aposentados e Pensionistas do Serviço Público Federal no Estado de Minas Gerais
SINDSPREV-PE	Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco
SINPEF-PB O	Sindicato dos Policiais Federais na Paraíba
SINSEP-MA	Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado do Maranhão
SINTEST-RN	Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Educação do Ensino Superior do Rio Grande do Norte
SINTISFE-GO	Sindicato dos Trabalhadores em Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica de Goiás
SINTRAFESC	Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal no Estado de Santa Catarina
SINTSEF/BA	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado da Bahia
SINTSEF/CE	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado do Ceará
SINTSEF/RN	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Rio Grande do Norte
SINTSEF-RN	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Rio Grande do Norte
SINTSEP/AL	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado de Alagoa
SINTSEP/GO	Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal no Estado de Goiás
SIS	Sistema Integrado de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SURPC	Subsecretaria do Regime de Previdência Complementar

SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNACON SINDICAL	Sindicato Nacional dos Auditores e Técnicos Federais de Finanças e Controle
UNSP	União Nacional dos Servidores Públicos
UPB	União dos Previdenciários do Brasil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dívida pública dos países mais endividados do mundo em 2020 (em % do PIB)	45
Tabela 2 - Número de greves que tiveram entre as principais reivindicações a manutenção, ampliação ou introdução de assistência médica privada, e seus respectivos percentuais em relação ao total de greves no ano (2004 a 2013)	98
Tabela 3 - Número de greves que tiveram entre as principais reivindicações a assistência médica privada, alimentação e transporte, e seus respectivos percentuais em relação ao total de greves no ano (2017 a 2020)	99
Tabela 4 - Distribuição das greves no funcionalismo público federal por caráter das reivindicações (2004 - 2020)	103
Tabela 5 - Reajustes anuais autorizados pela ANS em planos individuais e familiares vis-a-vis a inflação oficial (2016-2019)	118
Tabela 6 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com assistência privada à saúde de servidores públicos civis do Poder Executivo Federal x total de vínculos (2016 – 2019)	146
Tabela 7 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com o Sistema Integrado de Saúde (SIS) (2016 – 2019)	148
Tabela 8 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com o Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados Federais (Pró-Saúde) (2016-2019)	150
Tabela 9 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores através da Política de Atenção à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário (PAISMS) (2016-2019)	151
Tabela 10 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência médica de servidores através do Plan-Assiste, Programa de Saúde e Assistência Social dos Servidores do Ministério Público da União (2016 – 2019)	153

Tabela 11 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência médica de servidores através Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União (Pró-TCU) (2016 – 2019)154

Tabela 12 - Despesas do Orçamento da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis (2016 – 2019)155

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais temáticas levantadas por sindicatos de servidores públicos federais nos estados, vinculados à Condsef/CUT, acerca dos planos privados de saúde (janeiro 2020 – julho 2022)	106
Quadro 2 - Convênios entre entidades sindicais de servidores públicos federais nos estados, vinculadas à Condsef/CUT, e clínicas de serviços médicos, planos privados de saúde e serviços de atendimento local	109
Quadro 3 – Fontes de financiamento e perfil da despesa pública com a assistência médica até 1987*	127
Quadro 4 – Programas de saúde dos Órgãos Judiciários	152

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Total de vínculos ocupados no mercado de trabalho (1986-2017)	75
Figura 2 - Total de vínculos públicos por nível federativo (1986-2017)	76
Figura 3: Passo a passo para a coleta de dados no Siga Brasil.....	124
Figura 4 – Utilização da CPMF no financiamento da saúde e de outros setores ...	137
Figura 5 - Relevância dos planos de saúde de contratação coletiva x contratação individual ou familiar	145
Figura 6 – Valor do auxílio <i>per capita</i> referente à assistência privada à saúde dos servidores ativos, inativos e dependentes.....	147

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução das despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos	156
Gráfico 2 - Despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais x transferência fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS) às regiões Norte, Centro-Oeste e Sul com a Vigilância (2016 - 2019)	157
Gráfico 3 - Despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais x transferência fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS) às regiões Norte, Centro-Oeste e Sul com Atenção básica (2016 – 2019).....	158
Gráfico 4 - Concentração de servidores públicos federais civis (2019)	160

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	22
2 INTRODUÇÃO	25
3 TRAJETÓRIAS DA ACUMULAÇÃO CAPITALISTA E A INTERVENÇÃO SOCIAL DO ESTADO	35
3.1 As crises e mudanças na acumulação	36
3.2 Estado social capitalista e direitos	47
3.2.1 As expropriações contemporâneas	52
4 DIREITOS SOCIAIS NA REALIDADE BRASILEIRA	56
4.1 O processo de criação e desenvolvimento da proteção social no Brasil	57
4.2 A Carta Magna de 1988: traços e dilemas do novo modelo de proteção social	65
5 CONTRADIÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS	75
5.1 Servidores públicos, prática política e o acesso à saúde	75
5.2 Configurações da assistência à saúde dos servidores públicos federais civis	110
6 DEMANDAS PRIVADAS, RECURSOS PÚBLICOS: AS DESPESAS DA SEGURIDADE SOCIAL COM ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS	121
6.1 A coleta de dados	121
6.2 O gasto público em saúde: história, atualidade e as bases de financiamento dos planos de saúde	125
6.3 Despesas da assistência privada à saúde de servidores públicos	146
6.3.1 Servidores do poder executivo federal	146
6.3.2 Servidores do Poder Legislativo	148
6.3.3 Servidores do Ministério Público da União	153

6.3.4 Servidores do Tribunal de Contas da União	154
6.3.5 Os Impactos para a Saúde no Brasil	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS.....	166
APÊNDICES.....	174
ANEXOS	181

1 APRESENTAÇÃO

Certa vez, ouvi do professor e pesquisador Jairnilson Paim a seguinte expressão: o SUS é político! O ano era 2016, e estávamos vivendo o processo de impeachment da primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Esse processo, que foi levado à público sob a alegação de um suposto crime de responsabilidade pelas chamadas pedaladas fiscais, marcou o início de um novo golpe contra a democracia brasileira, e instaurou o Governo ilegítimo de Michel Temer.

Eu estava cursando o mestrado no Departamento de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSS/UFPE), e somava esforços com a militância no Levante Popular da Juventude. Pulsavam nos nossos debates a ofensiva restauradora do grande capital internacional, o avanço do cerco rentista e da frente antineodesenvolvimentista que se formava no país. Ao mesmo tempo em que sentíamos em nossas vidas os ataques comandados por Temer aos direitos fundamentais da classe trabalhadora, como a maior política social da história brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O cenário de ajustes fiscais protagonizado pelo Governo golpista e seus aliados no Congresso Nacional, relegou aos trabalhadores o peso da crise de acumulação do capital e aprofundou as contradições do SUS universal. No Ministério da Saúde, formulavam a proposta de planos acessíveis, que previa a diversificação da oferta de planos de saúde por meio de supostos planos simplificados e planos em regime misto de pagamento, ancorados numa cobertura restrita de serviços e preços menores do que o convencional. No Congresso Nacional, tramitava a possibilidade de incluir na Carta Magna uma emenda constitucional que viabilizaria o acesso aos planos de saúde como garantia fundamental dos trabalhadores com vínculos empregatícios. A autoria da Proposta da Emenda à Constituição 451/2014 (PEC/451), atualmente arquivada, era do ex-presidente da Câmara dos Deputados Federais Eduardo Cunha, preso em 19 de outubro de 2016 por crimes de corrupção passiva, lavagem de dinheiro e evasão de divisas.

Eram latentes as violações do direito à saúde que se conformavam no âmbito dessas propostas e pretendiam seccionar o SUS e fracionar a assistência à saúde, os seus usuários e o responsável pela garantia desse direito, que supostamente deixaria

de ser o Estado. Nesse contexto desenvolvi o meu primeiro trabalho de pesquisa no PPGSS/UFPE, uma dissertação de mestrado sob o título “Planos e seguros privados de assistência à saúde: interesses representados no Poder Legislativo e as ameaças ao direito à saúde”.

Por meio da análise de proposições legislativas de deputados federais que tiveram suas campanhas financiadas por planos de saúde nas eleições de 2010 e 2014, chegamos a sínteses, mediações e tendências que nos levaram a compreensão de que os interesses das classes dominadas frequentemente têm se transformado em estratégias políticas de favorecimento ao mercado da saúde; e que as formas de atuação desse mercado nas esferas de poder político brasileiras, semelhante ao lobbying norte-americano, têm representado profundas ameaças ao direito universal à saúde por meio do SUS, pela orientação seletiva do Estado para o acesso aos serviços de saúde, pela focalização da assistência pública na população mais pobre, pela reprodução da perspectiva do direito à saúde através do consumo e pelo fortalecimento de uma retórica anti-SUS.

Instrumentalizada pelos estudos realizados durante o Curso de Doutorado no PPGSS, iniciei uma nova problematização relacionando os planos de saúde, a assistência privada à saúde de servidores públicos e os recursos públicos. O enquadramento aos critérios de inovação e originalidade sugeridos a teses de doutorado teve como base pesquisas em bancos de teses e dissertações acerca da temática em questão. O resultado da pesquisa revelou não haver produção científica catalogada, além da recorrente menção em trabalhos científicos sobre a ausência de sistematização de dados orçamentários relacionados às despesas públicas com a assistência privada à saúde de servidores públicos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela banca de qualificação no PPGSS, no ano de 2021, o estudo e seus desdobramentos foram realizados no período de 2021 a 2023. Se constituíram como marcos de inovação o estudo empírico das despesas da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis, por meio da base de dados Siga Brasil; e as análises das resoluções dos Congressos Nacionais da Central Única dos Trabalhadores (CONCUT), e dos balanços de greves do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), para compreensão das lutas e reivindicações dos servidores públicos em relação ao direito à saúde. No campo da originalidade,

constituem as contribuições desse estudo o conhecimento acerca do privatismo das políticas e programas de assistência à saúde no âmbito dos órgãos públicos, seus impactos para os servidores públicos e reflexos no SUS.

2 INTRODUÇÃO

Inscrito no universo mais geral do debate sobre os direitos sociais e das suas particularidades no contexto de comando do capital financeiro, o presente trabalho desvela contradições das despesas da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis, em um cenário de desfinanciamento da saúde pública brasileira.

Destacaram-se, entre os motivos que nos levaram a essa investigação:

- a) A ação do Estado que provê recursos ao mercado de planos de saúde, mesmo após as diretrizes constitucionais e regulamentações que estabelecem um Sistema Único de Saúde (SUS) no país;
- b) O uso irregular de recursos da Seguridade Social com despesas vinculadas à assistência privada à saúde de servidores públicos, uma vez que, tais despesas, não atendem às especificações constitucionais na área da Seguridade Social e às leis que definem as ações e serviços de Saúde, ainda que estejam previstas no orçamento público como despesas da Seguridade;
- c) A histórica denúncia do movimento sanitaria acerca do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e o seu aprofundamento desde a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (EC/95).

A abordagem do tema é baseada na suposição de que o padrão do gasto público com as políticas sociais, em diálogo com as transformações e complexificações do tempo presente, também imprime tendências no âmbito da participação do Estado no custeio da assistência privada à saúde de servidores públicos, e dialética e contraditoriamente contribui para a demanda de planos de saúde, não apenas por se configurar como um histórico financiador desse mercado, mas pelo profundo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas formulações embasaram a construção do objeto deste estudo, induzindo-nos a pesquisar as suas particularidades, inicialmente, a partir da seguinte indagação: qual é o padrão do gasto público com as políticas sociais no atual cenário de comando do capital financeiro?

As tendências mundiais, expressivas também no Brasil, evidenciam que tem sido cada vez mais comum a utilização de fundo público para alimentar a lucratividade do capital. Esse movimento não é estranho quando pensamos na histórica relação do Estado com as tentativas de restauração do lucro capitalista frente às suas crises, mas há algumas mudanças em curso que precisam ser consideradas.

A primeira delas é que a expansão do capital financeiro, centralizado em fundos mútuos de investimentos, fundos de pensão, bolsas de valores, impactou fortemente o funcionamento dos grandes grupos de manufatura, de serviços e dos próprios Estados nacionais. Esse último, importantíssimo para o sistema financeiro em dois sentidos: em primeiro lugar, porque afastou possíveis obstáculos legais à expansão territorial dos conglomerados e multinacionais que passaram pelos processos de aquisição ou fusão com o capital financeiro; e, em segundo lugar, a partir do aumento nas dívidas públicas que assumem cada vez mais um papel de destaque nos fluxos financeiros e movimentam quantidades enormes de recursos aos capitalistas (CHESNAIS, 1996; BRETTAS, 2013; BEHRING, 2015; HUWS, 2017).

Em paralelo, uma segunda mudança: a renúncia de responsabilidades dos Estados com as políticas sociais, para priorizar o pagamento das altas taxas de juros geradas no montante da dívida pública. As consequências mais duras desse processo têm sido vivenciadas pelo conjunto dos trabalhadores, lidando frequentemente com uma série de ajustes fiscais e de derruição de direitos numa velocidade avassaladora (BRETTAS, 2012). Nesse contexto, principalmente os países que ocupam uma posição mais dependente frente ao imperialismo vêm diminuindo a alocação de recursos nos bens, serviços e equipamentos públicos necessários à reprodução da vida dos trabalhadores, que precisam arcar cada vez mais com os custos de manutenção da sua própria força de trabalho (BRETTAS, 2012; MOTA, 2018).

Esse cenário torna ainda mais complexas as históricas dificuldades de se estabelecer no Brasil um padrão de gasto público condizente com políticas sociais universais e igualitárias. A trajetória particular do grande capital e dos projetos societários em disputa no país mediarão o desenvolvimento de uma proteção social seletiva e dependente de contribuições (BEHRING; BOSCHETTI, 2009), que se expandiu de forma lenta e limitada para poucos trabalhadores (SANTOS, 1987), e inscrita nas determinações do mercado. Condição que avançou do ponto de vista do

ordenamento jurídico na Constituição Federal de 1988 (CF/88), quando se admitiu no país a noção de uma lógica social que assegurasse direitos para todos através da Seguridade Social e no seu escopo políticas de Previdência, Assistência Social e Saúde.

Desde então, o percurso de realização dessas políticas não foi e nem será linear. Seus processos legais desenvolveram-se entrelaçados aos desafios impostos pela conjuntura política, social e econômica, ficando muitas vezes à mercê de regulamentação, destinação de recursos, questões organizacionais (FLEURY, 2008). O caso da saúde é exemplar. A política está imersa em mediações e contradições que ora favorecem a sua condição de universal, conquistada através da institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no país; ora favorecem a lógica securitária de acesso à saúde, através do mercado, mas subsidiada pelo Estado.

A partir da CF88 foi instituído o atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos como um dever do Estado, através de um sistema público de saúde igualitário, sem distinção pelas condições de renda e de acesso ao emprego formal. Entretanto, na década subsequente, estava convivendo no *locus* institucional/governamental um sistema privado lucrativo paralelo ao SUS, com subvenções do Estado e utilizado pelos *cidadãos consumidores*¹, especialmente trabalhadores do mercado formal e servidores públicos.

Estamos nos referindo aos planos de saúde. Esse mercado foi consolidado ainda em meados do século passado, mas ganhou novos contornos na década de 1980, sobretudo, após as determinações constitucionais acerca de um sistema único para a saúde. Inicialmente, foram vedadas na Carta Magna quaisquer destinações de recursos públicos para essas e outras instituições de saúde privadas lucrativas, mas logo foram regulamentadas novas possibilidades de coexistência desse mercado no âmbito institucional/governamental (Lei 9.961/2000), foram autorizadas participações do capital estrangeiro em empresas deste ramo de atividade (Lei 9.656/98) e, ainda, uma intensa participação do Estado no seu financiamento com subsídios indiretos através isenções fiscais para pessoas jurídicas e físicas que optam pela contratação de seus serviços.

¹ Para melhor compreensão do conceito *Cidadãos Consumidores*, ver página 68 desta tese ou acessar diretamente MOTA (2018).

Também se somam nesse bojo os gastos do Estado com os planos de saúde para servidores públicos. Vale salientar que, esses gastos têm sido inclusos como despesas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) de maneira irregular, uma vez que não são de domínio público, deferidas pelo critério universal do acesso e executadas por meio do Sistema Único de Saúde, como definem as especificações constitucionais. Do ponto de vista legal, as únicas exceções possíveis dessa despesa seriam, em primeiro lugar, para arcar com auxílios de assistência médica e odontológica privadas dos servidores vinculados aos órgãos e entidades de Saúde, da Previdência ou da Assistência Social, porque seriam computadas como despesas operacionais e, portanto, inclusas nas contas da Seguridade Social; em segundo lugar, a utilização das contribuições sociais para cobrir despesas com servidores públicos está submetida à condição de que antes devem ser satisfeitas todas as obrigações com Saúde, Assistência Social e com os benefícios do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), como previsto na Lei n.º 8.212, de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o seu plano de custeio.

Em paralelo, o Sistema Único de Saúde enfrenta desde a sua criação sérios problemas para consolidar o seu financiamento. Há problemas decorrentes da forma de custeio do OSS, que, à revelia da concepção de seguridade social de integração entre as três políticas sociais que a compõem, especializou as receitas em relação aos seus destinos; em consequência, problemas decorrentes da ausência de legislações que de fato avançassem no sentido de uma estabilidade para o financiamento do SUS e que contemplasse a sua característica de universal (FLEURY, 2008). Ilustram essas dificuldades as articulações protagonizadas por trabalhadores do SUS, entidades e movimentos sociais em defesa da saúde pública, e por aumento dos recursos da União no seu financiamento.

Somam-se a essas questões as crescentes Desvinculações das Receitas da União (DRU), mecanismo que surgiu em 1994 no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) autorizando a utilização emergencial das receitas do OSS com as políticas de cunho fiscal, como amortização e juros da dívida pública e caixa para garantia de superávit primário. A DRU permaneceu ativa ao longo dos anos e foi atualizada em 2016 no ilegítimo Governo Michel Temer², que aumentou o seu

² A marca da Ilegitimidade do Governo Michel Temer se ancora no golpe de Estado que o instituiu e que também teve como consequência o impeachment da primeira mulher presidenta do Brasil Dilma

percentual de desvinculação para 30%. Esse último também foi responsável por aprofundar a histórica problemática de subfinanciamento do SUS através da Emenda Constitucional 95 de 2016 (EC/95), que alterou sobretudo as regras de aplicação mínima de recursos na Saúde.

A Emenda desvincula o financiamento do SUS do crescimento das receitas da União e restringe possíveis gastos adicionais da saúde à diminuição de recursos de outras áreas, o que vem impossibilitando diretamente o pleno funcionamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) como previstas nas leis e normas operacionais que regulamentam o SUS. De antemão, é consenso que a EC/95 é mais um mecanismo de alocação de recursos para o pagamento de juros e amortização da dívida pública, e que protagoniza um verdadeiro desinvestimento no SUS, com previsão de queda escalonada para apenas 10% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União em 2036 (MENEZES et al, 2019).

Há ainda uma terceira característica em curso, requerida pelo capital no seu contexto de crise: os processos de *mercadorização* dos serviços públicos, ou seja, de transformação dos serviços essencialmente públicos em mercadorias comercializáveis. Esses são processos que desafiam as políticas sociais à convivência com uma rigorosa lógica econômica, que tem como único objetivo baratear os custos dos serviços públicos até que possam de fato ser adquiridos pelos grandes conglomerados em busca de lucro (HUWS, 2017).

Estamos, portanto, diante de um contexto em que as políticas sociais são um alvo nitidamente atacado, mas ainda continuam como fundamentais aos processos de acumulação capitalista, incorporando novos aspectos. Como então, essas mediações particularizam o acesso de servidores públicos federais civis à assistência privada à saúde na atualidade?

Destaca-se do ponto de vista histórico, a lógica securitária que acompanhou o acesso à saúde dos servidores públicos federais civis através de um Regime Jurídico Único (RJU), mesmo após a criação do SUS. Ou seja, consolidou-se para esse conjunto de trabalhadores uma forma singular de atendimento às necessidades imediatas e concretas com saúde que está associada à condição de vínculo

Rousseff. O Impeachment teve como justificativa supostas pedaladas fiscais cometidas pela ex-presidenta, que foi posteriormente inocentada das acusações.

trabalhista com o Estado, mais precisamente com a União, e que favorece sobretudo ao mercado da saúde.

Contudo, esses processos não ocorrem livremente como uma ação mecânica do capital, e são permeados de contradições e de processos políticos deflagrados pela classe trabalhadora. Por isso, frequentemente, presenciamos articulações de sindicatos de servidores junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e também a própria oferta de serviços de saúde em suas estruturas ou convênios com planos de saúde para os seus filiados, embora essas afirmações não nos permitam generalizar o conjunto das suas práticas políticas em torno da saúde, ideologicamente posicionadas em defesa do SUS.

Algumas mudanças nessa forma particular de acesso dos servidores à saúde merecem a nossa atenção. A primeira delas é que os serviços médicos que eram oferecidos através dos próprios órgãos públicos foram paulatinamente substituídos, na maioria dos casos, por auxílios diretos aos servidores que optam pela contratação ou convênio com planos de saúde. Tendo como consequência um movimento semelhante ao que Ocké-Reis e Sophia (2009) chamaram de privatização do seguro social, para explicar a adesão da classe média aos planos de saúde frente às dificuldades do SUS nos anos 1990; mas, no caso específico da assistência à saúde dos servidores públicos, uma privatização nitidamente coordenada por políticas institucionais voltadas a esses trabalhadores.

Essa tem sido uma condição fundamental para os interesses do mercado de planos de saúde, tendo em vista a sua necessidade de expansão apoiada em recursos públicos, para que sejam minimizados os impactos dos seus custos crescentes, mas também não é uma condição livre de contradições. É plausível supor que as pressões pela diminuição dos gastos públicos com a manutenção da vida da classe trabalhadora, dentre as quais estão inclusas a redução dos salários e condições de trabalho dos servidores públicos, também exerçam pressão sobre as despesas públicas do Estado com a assistência médica privada desse conjunto de trabalhadores. Os auxílios não acompanham os reajustes anuais dos planos de saúde, que estão sempre acima dos índices inflacionários, ficando sob a responsabilidade desses trabalhadores arcar com a maior parte dos custos.

Essas configurações também têm impactos na saúde pública, sobretudo no atual cenário de aprofundamento do seu subfinanciamento, tornando as despesas com a assistência à saúde dos servidores públicos ainda mais perversas. Temos identificado que apesar de socializadas com o conjunto da sociedade, na prática, essas despesas contribuem para uma piora na redistribuição de recursos entre os trabalhadores, além de acentuarem as iniquidades regionais no acesso à saúde.

Dessa forma, para compreender essas questões, empreendemos um processo de pesquisa cujo objetivo foi desvelar as contradições das despesas da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis, em um cenário de desfinanciamento da saúde pública brasileira.

Como objetivos específicos, definimos:

- Discutir o acesso dos servidores aos planos de saúde, em meio ao movimento mais geral dos direitos sociais no Brasil;
- Compreender o perfil das lutas e reivindicações desses trabalhadores em relação ao direito à saúde, através do movimento sindical;
- Analisar a despesa pública com a assistência privada à saúde dos servidores, entre os anos 2016 e 2019, particularizando a dimensão da sua relevância e implicações em relação ao SUS.

Essa temática configura-se como pertinente ao âmbito da pesquisa em Serviço Social por duas razões fundamentais:

- As pesquisas em torno dos direitos sociais têm se constituído como importante polo na consolidação do Serviço Social como área de conhecimento no campo das ciências sociais. Objeto dessas pesquisas, a Saúde vem sendo fortemente investigada por sua abrangência; por se constituir como espaço privilegiado da intervenção profissional; por ter como marca fundamental da sua conquista e consolidação intensos processos de organização e luta dos trabalhadores; e ainda por refletir o complexo processo de reprodução social a cada momento histórico. A rigor, a identificação, análise e compreensão das tendências que se apresentam em torno da saúde privada, inscrita nos processos sociais contemporâneos, também se traduzem numa requisição permanente de estudos, visto que seus custos têm sido transferidos para a sociedade, cada vez mais;

- O estudo do Serviço Social acerca dos recursos públicos se sustenta nos princípios da socialização da riqueza, universalidade de acesso aos bens e serviços, da sua gestão democrática no âmbito do Estado. Também são expressivos os trabalhos que aprofundam as análises em torno das disputas de classes, tornando-se alvo de investigações a apropriação privada dos recursos da saúde através das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações de Direito Privado, entre outros. O que esta pesquisa pretende desvelar é o uso irregular do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para promover a saúde privada por meio de planos de saúde, em um cenário de desfinanciamento da saúde pública brasileira, configurando-se, portanto, como desafio teórico de relevo ao debate profissional.

O caminho de entendimento do real que percorremos fundamentou-se na teoria social crítica, no método marxiano. Entende-se que, somente a partir dessa teoria, que dá conta dos níveis decisivos e da dinâmica fundamental da sociedade burguesa, é possível a reprodução da estrutura e da dinâmica do nosso objeto, da sua lógica; ou seja, a apreensão da sua essência no plano do pensamento.

Nesse sentido, a reprodução do movimento real do nosso objeto foi amadurecida por sucessivas aproximações, intrínsecas às exigências de investigação que decorrem desse mesmo objeto. Partimos do fenômeno, manifestação da realidade que aparece como dados, estabelecemos as categorias analíticas que deram suporte ao estudo, chegando a conceitos e determinações mais simples.

Alcançadas essas determinações, realizamos a viagem de modo inverso, até dar de novo com o nosso objeto – “desta vez, não como uma representação caótica do todo, porém como uma rica totalidade de determinações e relações diversas” (MARX, 2008, p. 258).

Nessa perspectiva, empreendemos um processo de pesquisa em que realizamos:

- Reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, que inclui levantamento e análise de bibliografias para o aprofundamento teórico de categorias e conceitos que tratam da temática central da pesquisa: crises capitalistas, comando do capital financeiro, expropriação contemporânea de direitos, fundo público, prática política, formação social brasileira, políticas sociais.

- Levantamento e análise documental das resoluções dos Congressos Nacionais da Central Única dos Trabalhadores (CONCUT), representativos dos interesses de uma parcela significativa de servidores públicos. O objetivo foi traçar um perfil das lutas e reivindicações da Central que congrega a maior quantidade de sindicatos de servidores públicos no país, em relação ao direito à saúde; bem como da prática política desse segmento de trabalhadores, através dos balanços de greves realizados pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Realizou-se, ainda, levantamento e sistematização das principais notícias relacionadas aos planos de saúde veiculadas nos sites oficiais das entidades sindicais de servidores públicos federais civis nos estados, e associadas à Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (Condsef/CUT).

- Levantamento, sistematização e análise das despesas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) empenhadas com a “assistência médica e odontológica privada de servidores públicos federais civis”. Como fonte de informação foi utilizada a base de dados do sistema elaborado e mantido pelo Senado Federal, o Siga Brasil, com senha de especialista, que reúne um grande acervo de dados referentes à execução orçamentária do governo federal feita pelo Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) e pelo Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor).

Os dados orçamentários analisados são nominais, referentes ao período de 2016 a 2019, conforme aprovados anualmente na legislação orçamentária e executados pelo poder executivo. O recorte desse período corresponde à execução do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 do Governo Federal, uma vez que a partir de 2020 iniciou-se um novo plano que será concluído apenas ao final de 2023, após o término da presente pesquisa. Também contribuíram para a escolha desses anos a intensificação dos ajustes fiscais no Brasil, sobretudo com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC/95), expressão do avanço do capital financeiro e da derruição dos direitos sociais em curso.

A apresentação do conjunto de nossa análise está estruturada na apresentação, nesta introdução, considerações finais e outros quatro capítulos:

No terceiro capítulo, buscamos reunir um instrumental teórico que permitisse a pesquisa não andar à deriva das influências conjunturais, mas que pudesse ao mesmo

tempo incorporar o movimento do real e as contradições que se revelam no presente. Abordamos a trajetória do grande capital, com destaque para os processos econômicos que afetam a intervenção social do Estado. Nosso objetivo é a apreensão dos mecanismos de comando do capital, particularmente do capital financeiro, sob o qual tem se desenrolado cada vez mais a expropriação de direitos da classe trabalhadora em uma escala global.

No quarto capítulo, iniciamos a exposição discutindo sobre a proteção social na particularidade da formação social brasileira, as determinações do seu desenvolvimento fragmentado, heterogêneo e seletivo, partindo para as mediações do acesso aos direitos sociais na conjuntura pós-88. Nosso objetivo é problematizar as contradições internas e fundamentais da Seguridade Social, discutindo as características desse sistema que apontam para uma crescente responsabilização de trabalhadores brasileiros pela manutenção das suas condições de vida e trabalho.

À luz dos pressupostos teórico - metodológicos discutidos nos capítulos iniciais, analisamos a particularidade do acesso privado à saúde dos servidores públicos federais civis por meio do Estado. Assim, no quinto capítulo, partimos da investigação sobre a luta política desse segmento de trabalhadores, relacionadas ao atendimento das suas necessidades com saúde através da iniciativa privada, bem como a sua atuação como sujeito coletivo em defesa do SUS, até chegarmos às configurações da assistência à saúde dos servidores públicos federais civis e a sua relação atual com os planos de saúde.

No sexto e último capítulo identificamos a participação do Estado no financiamento da assistência privada à saúde, demonstrando um dos mecanismos com a pesquisa empírica do Orçamento da Seguridade Social (OSS), exclusivamente a sua despesa com planos de saúde para servidores públicos civis federais. A partir dos dados levantados com a investigação da despesa pública, e com o auxílio de outros dados secundários, analisamos as implicações desse auxílio para a Saúde no Brasil, sobretudo no contexto de desfinanciamento do SUS.

3 TRAJETÓRIAS DA ACUMULAÇÃO CAPITALISTA E A INTERVENÇÃO SOCIAL DO ESTADO

O suposto que orienta a reflexão neste capítulo é o de que há uma unidade orgânica entre a sanha do capital em busca de novas fontes de acumulação, o Estado social capitalista, e modos de ser e de viver do conjunto da classe trabalhadora, numa processualidade marcada em nosso tempo pelo avanço do capital financeiro e de expropriação dos direitos sociais.

Sob o ângulo da crítica da economia política marxista contemporânea, compreendemos que vão se configurar um conjunto de políticas de proteção social, em sincronia com as mudanças no interior da acumulação capitalista, nas relações de trabalho e nas funções econômicas e sociais do Estado. Assim, essas políticas surgem como uma condição necessária ao atendimento das demandas do movimento operário em torno das condições de existência da classe trabalhadora, bem como assumem uma estratégia do capital de obter algum controle sobre o seu ciclo e amortecer as suas crises.

No interior desse movimento dialético e contraditório, e por força de um conjunto de determinações, a proteção social é incorporada pelo Estado e através de políticas nas áreas da previdência, saúde e assistência social passa a favorecer o processo de acumulação capitalista em fins de um longo período *depressivo*, o qual se estende até a década de 40 do século passado. Segundo a perspectiva mandeliana, essas políticas são ampliadas em seguida, em um período de *crescimento* que vai até o final da década de 1960, transformando-se na principal forma de intervenção social do Estado junto a outros mecanismos de contratendência à queda da taxa de lucros por meio do fundo público (MANDEL, 1982).

Com a crise do capital dos anos 70, a expansão da *supercapitalização* e a criação de novos espaços de rentabilidade frente à *mundialização do capital* nos últimos decênios, também são redimensionadas a ação do Estado na reprodução ampliada do capital e da força de trabalho, através de contrarreformas e ajustes fiscais sucessivos e permanentes que anunciam o comando do capital financeiro e produzem cada vez mais a expropriação de direitos, reduzindo as possibilidades da classe trabalhadora de se apropriar do fundo público por meio de bens, equipamentos e

serviços públicos. Ao mesmo tempo, os grandes capitais pela via de seus governos e com voraz tenacidade, requerem sempre mais da classe trabalhadora, e que ela lhes conceda crescentes valores pagos para acesso a direitos básicos, a que os capitais terão acesso.

3.1 As crises e mudanças na acumulação

Desde o surgimento do modo de produção capitalista foram vários os esforços dedicados à sua compreensão e perspectivas de abordagem no campo social, político e econômico. Para os entusiastas do capitalismo, a exemplo de Adam Smith (1723 – 1790), representante da escola do pensamento clássico, a “livre concorrência” era uma “lei natural”, proveniente da liberdade individual e econômica. O capitalismo seria o estágio mais alto da civilização e atingiria seu ponto culminante quando tivesse evoluído para um estado de *laissez-faire*, permitindo que as forças da concorrência e o livre jogo da oferta e da demanda regulassem a economia.

Esses argumentos da utopia liberal e a crença na infalibilidade dos mercados não encontram bases materiais e subjetivas de sustentação há mais de dois séculos. Tanto pelas transformações da própria burguesia, no processo de sua constituição enquanto classe dominante econômica e politicamente através do Estado; quanto no campo da crítica à sociedade capitalista, com destaque à revolução teórica empreendida por Karl Marx em *O Capital*.

De acordo com Behring e Boschetti (2009), o enfraquecimento dos argumentos liberais nos séculos XIX e XX é resultado tanto do crescimento da organização e luta da classe trabalhadora que passou a ocupar espaços políticos e sociais importantes, reivindicando ganhos coletivos de produtividade; quanto da concentração da produção e centralização do capital pelos grandes monopólios, que subjugou cada vez mais a criação de novas empresas a grandes volumes de empréstimos concedidos pelos bancos, e oportunizou uma verdadeira fusão entre o capital bancário e o industrial, processo que dará origem ao capital financeiro.

Esses processos assinalaram, de acordo com Lenin, em sua obra *Imperialismo: estágio superior do capitalismo*, “o ponto de viragem do velho capitalismo para o novo, da dominação do capital em geral para a dominação do capital financeiro” ([1917], 2012, p. 75). Em muitos sentidos as elaborações de Lenin publicadas em 1917, tal

como na sua época são imprescindíveis aos que desejam compreender a estrutura e a dinâmica da acumulação de capital e seus desdobramentos sociais e políticos contemporâneos. Ao analisar as características da fase superior do capitalismo no início do século XX, à luz da teoria marxiana, Lenin nos ofereceu importantes elementos acerca do capital financeiro e sua relação simbiótica com os monopólios.

Para o autor, a relação entre o capital sob a forma de dinheiro que os bancos dispõem e que os industriais utilizam, transformando-o em capital industrial, passou a se realizar em graus tão elevados de concentração da produção que conduziram ao monopólio. Este processo tem como um dos aspectos mais importantes a intensificação da centralização de capital que corresponde à conformação de grandes blocos de capital, sob a forma de sociedades anônimas através de fusões e aquisições. “Concentração da produção; monopólios resultantes dela; fusão ou junção dos bancos com a indústria: tal é a história do aparecimento do capital financeiro e do conteúdo deste conceito” (ibid, p. 75).

A lei geral fundamental do estágio superior de desenvolvimento do capitalismo passa, então, da velha utopia liberal quanto à presumida livre concorrência para a conformação do monopólio³. Esta é, pois, a transição do capitalismo para uma ordem superior, para uma nova etapa do desenvolvimento das forças produtivas: o imperialismo.

O resumo da história dos monopólios é o seguinte: 1) de 1860 a 1870, o ápice de desenvolvimento da livre concorrência. Os monopólios não constituem mais do que germes quase imperceptíveis; 2) depois da crise de 1873, longo período de desenvolvimento dos cartéis, que ainda constituem apenas uma exceção, ainda não são sólidos, representando somente um fenômeno passageiro; 3) auge de fins do século XIX e crise de 1900 a 1903: os cartéis passam a ser uma das bases de toda a vida econômica. O capitalismo transformou-se em imperialismo (ibid, p. 44).

No estágio imperialista, os cartéis, associações e sindicatos patronais estabelecem entre si acordos sobre as condições de venda, repartem os mercados internos e externos, fixam as quantidades de produtos a fabricar e estabelecem

³ A validade do conceito de capitalismo monopolista (distinto do capitalismo de livre concorrência) não implica que não existiram monopólios antes do capitalismo monopolista, nem que a concorrência esteja ausente do capitalismo monopolista. Esse conceito indica a combinação inédita e específica de concorrência de monopólio (MANDEL [1972], 1982, p. 371).

preços, criando a grande produção e eliminando a pequena, substituindo a grande por outra ainda maior. A produção passa a ser social, em particular, as invenções e os aperfeiçoamentos técnicos, a mão de obra especializada, as vias e os meios de comunicação. Esses vão parar nas mãos dos gigantescos monopólios e arrastam os capitalistas para uma nova ordem social de transição entre a livre concorrência para a completa socialização da produção.

A produção passa a ser social, mas a apropriação continua a ser privada, de um reduzido número de indivíduos, beneficiando, sobretudo, os especuladores gênios das maquinações financeiras, apesar da produção mercantil continuar sendo considerada a base de toda a economia. O imperialismo é, portanto, a etapa de supremacia do capital financeiro sobre todas as outras formas de capital, de hegemonia dos rentistas, de uma oligarquia financeira e de um pequeno número de Estados financeiramente poderosos, com relação a todos os demais (ibid).

Nesse período clássico do imperialismo, a centralização internacional de capital estava concentrada em acordos temporários realizados pelos cartéis, mas não se dava efetiva e majoritariamente através de fusões internacionais de capital. As tendências à internacionalização nesse período tinham, portanto, como principal característica, a intensificação da concorrência entre os monopólios imperialistas para a expansão da sua fatia no mercado mundial. São importantes marcas desse processo de expansão e acumulação os investimentos de capital em países coloniais e semicoloniais e o aumento das contribuições feitas pelos superlucros coloniais, que proporcionavam matérias-primas a baixo custo, como analisa Ernest Mandel em sua obra *O capitalismo tardio*.

Segundo Mandel (1982), também é uma característica central desse período de expansão capitalista o aumento da taxa de *mais-valia relativa*, que passou a ter como base a produtividade do trabalho por meio da introdução de tecnologias em larga escala, diferente dos primórdios do capitalismo que tinha como base para sua extração o prolongamento da jornada de trabalho.

Nesse sentido, a especulação e concorrência imperialista acirradas, os superlucros coloniais, associados ao aumento das taxas de mais-valia proporcionadas pelo desenvolvimento tecnológico dos motores elétricos e da combustão, levaram ao

que Mandel chamou de uma *onda de crescimento* que, contraditoriamente, também criou seus próprios obstáculos, notabilizados com a crise de 1929.

Antes de prosseguirmos, é importante retomar o que trouxemos na introdução deste capítulo. Os *ciclos econômicos* sobre os quais estamos nos debruçando, são intervalados por *ondas longas de crescimento* e também *depressivas*, em que predominam, no segundo caso, quedas tendenciais das taxas de lucro, dentro dos quais também se desenvolvem pequenos ciclos de aceleração ou desaceleração e crises. Decidimos reforçar essa elaboração de Mandel, superando as tendências das pesquisas que articulam as crises aos seus detonadores imediatos e não as suas causas, porque ela nos ajudará a compreender as implicações da crise de 1929-32 no aumento das políticas de proteção social, sobre as quais vamos nos aprofundar no próximo tópico de discussão.

Com a terceira revolução tecnológica caracterizada pelo uso de aparelhagem eletrônica e introdução da energia nuclear vamos assistir ao surgimento de novos pontos decisivos no que se refere à retomada do crescimento e às tendências de centralização internacional do capital. As forças que se desenvolveram nesse período, que sucede o imperialismo clássico e é chamado por Mandel de capitalismo tardio, implicaram na conformação de um “poder dirigente central”, ou seja, no “controle central de capital de diferentes origens e controles nacionais” (ibid, p. 227). A centralização do capital começa a implicar, portanto, uma transferência de propriedade dos meios de produção, tanto de proprietários nacionais para outros, quanto de um país para outros.

O autor explica que

somente quando a internacionalização da produção leva à internacionalização da propriedade do capital – em outras palavras, quando há uma alteração internacional da propriedade do capital – é que realmente podemos falar de uma internacionalização do controle de capital (Ibid, p. 229).

Essa centralização pode ganhar duas formas: ou as firmas e as grandes empresas com diferentes proprietários imperialistas nacionais podem ser controladas por uma única classe imperialista (como, por exemplo, quando a Machines Bull foi absorvida pela General Electric, a Phoenixworks pela Firestone, a empresa Belga ACEC pela Westinghouse etc.); ou, por outro lado, as firmas e grandes empresas com diferentes proprietários nacionais podem entrelaçar-se com uma companhia internacional sem que o controle caia em mãos de um

poder isolado, como, por exemplo, na incorporação da AGFA com a Gevaert, na fusão das empresas Ijmuiden-Hoesch-Dortmund-Horder-Hutten-Union, na União da Dunlop-Pirelli e da AEG-Zanussi, e na fusão entre a VFW e Fokker (truste alemão-holandês de aviões) (ibid, p. 227-228).

Nesses moldes a centralização de capital ganhou densidade no período pós-segunda guerra, fase de significativa importância para o desenvolvimento das bases produtivas e de um longo período de crescimento para as economias capitalistas – os trinta anos gloriosos. Assistimos, então, à configuração de uma nova ordem mundial.

Novos padrões de acumulação capitalista passaram a ser estabelecidos (...), com os Estados Unidos da América (EUA) tomando pra si a responsabilidade de reestabelecer os parâmetros para organização mundial, e submetendo os interesses de todo o mundo aos seus próprios (BRETTAS, 2013, p. 64).

Nessa nova ordem mundial, em que os EUA despontam como a grande potência imperialista, liderando a tecnologia, a produção e a possuir um dos maiores aparatos militares, não era mais possível seguir o arcabouço teórico liberal de livre-mercado. Foram então criados sob a tutela norte-americana os mecanismos de regulação, chamados organismos multilaterais: Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial); além de importantes acordos entre países como o de Bretton Woods, em 1944, que reafirmavam o poderio dos EUA e a submissão das demais nações do mundo não comunista.

Esse conjunto de regras e comportamentos que marcaram três longas décadas de grande crescimento econômico e contribuíram para imprimir um caráter de certa forma disciplinado ao mercado financeiro, terá seu esgotamento consolidado nos anos 1970, junto às condições de produção nos países centrais, que não conseguem mais valorizar o capital na indústria propriamente dita, em virtude da grande quantidade de capital excedente. O capital passa então a enfrentar crises estruturais de superprodução e superacumulação, com drástica queda nas suas taxas de lucro:

Enquanto o capital era relativamente escasso, concentrava-se normalmente na produção direta de mais-valia nos domínios

tradicionais da produção de mercadorias. Mas, se o capital gradualmente se acumula em quantidades cada vez maiores, e uma parcela considerável do capital social já não garante nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas (MANDEL, 1982, p. 272).

A suposta saída para a crescente acumulação de capital excedente e a consequente tendência de queda dos lucros foi então a abertura de novos investimentos nas esferas da circulação, dos serviços e da reprodução, interpretados por Mandel (1982) como o fenômeno da supercapitalização. Nesse contexto, não apenas o processo social foi impregnado de relações sociais tipicamente capitalistas, como as grandes companhias passaram a tomar posse das unidades de distribuição, das lojas de departamentos, sistemas como os de transporte e eletricidade, do trabalho privado e da pequena empresa.

Desde então, a lógica da expansão, concentração e centralização do capital vem agregando novos mecanismos na busca pelo enfrentamento dos seus próprios limites de valorização através do setor de serviços e também da esfera financeira. Chesnais (1996) explica que a valorização na esfera financeira pode ser entendida, de maneira sintética, como um estilo de acumulação que passa a se dar sob novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros em fundos mútuos e fundos de pensão, com administradores muitas vezes anônimos, e que passam a ditar o comportamento das empresas, dos centros de decisão de capital e a orientação setorial do investimento produtivo num enfoque e conduta globais:

as instituições financeiras ergueram-se como força independente e toda poderosa perante os Estados, perante as empresas de menores dimensões e perante as classes e grupos sociais despossuídos, que arcam com o peso das exigências dos mercados financeiros (Ibid, p. 239).

O autor, corroborando com as elaborações de Régnier (1988), traz como um dos elementos explicativos desse movimento o surgimento nos EUA, pós segunda - guerra, de uma concepção das finanças como indústria de exportação. Ou seja, “o comércio de dinheiro e valores passou a ser encarado como atividade transnacional, objeto de competição no plano mundial, (...) a fim de extrair uma parte da renda mundial” (CHESNAIS, 1996, p. 240). A esfera financeira tornou-se, portanto, mais um

campo de “valorização” do capital, que deve gerar lucros, potencializada com a eliminação das regulamentações e controles nacionais que acompanharam a *mundialização do capital*.

Contudo, embora as finanças tenham assumido a “dominância” no processo de acumulação, essa esfera não cria valor sozinha. Ao contrário, é alimentada pela riqueza que nasce no setor produtivo e, ao ser transferida, captada pela esfera financeira, começa a tomar forma seja nos lucros cedidos ao capital de empréstimo, sob a forma de juros, de créditos ao consumidor, salários guardados nos fundos privados de aposentadoria e que depois se tornam massas em busca de rentabilidade máxima (CHESNAIS, 1996).

Por não criar valor, o que alimenta os rendimentos que alguns conquistam na esfera financeira, outros perdem. “É uma arena onde se joga um jogo de soma zero” (Ibid, p. 241). Portanto, ainda que uma elevada parte das transações financeiras ocorra no circuito fechado formado pelas relações financeiras especializadas, não se pode falar em sua “autonomia”, “autonomização” e processos de valorização do capital nessa esfera, em boa parte fictícios, sem se considerar que isso só pode ocorrer após as transferências do setor produtivo.

Ainda de acordo com Chesnais (1996), esse sistema globalizado de finanças e a capacidade de centralização do capital gerador de juros chegarão no seu mais alto grau “valorizando-se” de forma *parasitária* e transformando a especulação em fonte de lucro. Atuarão como uma força, hoje quase incontrolável, que se ergue em total impunidade e sob qualquer custo, quaisquer que sejam as consequências para o crescimento mundial.

Assim, os mercados financeiros passaram a representar um elemento inerente ao funcionamento cotidiano dos grandes grupos do setor de manufaturas ou serviços, que se diversificaram em direção às finanças e tornaram-se operadores importantíssimos em certos segmentos dos mercados financeiros, alimentando-se dialeticamente.

Diante desse cenário, o autor defende que, apesar da distinção essencial entre capital produtivo e o capital-dinheiro, onde o primeiro se valoriza na maximização da produtividade do trabalho e o segundo é remunerado pelos juros e todo tipo de lucros financeiros, não há mais nesses grupos uma estrita separação entre as operações

direta ou indiretamente ligadas à valorização do capital num polo ou no outro. Na produção ou puramente financeiro.

Ou seja, mesmo sendo espaços prioritários de valorização do capital produtivo, “a financeirização cada vez mais acentuada desses grupos confere-lhes um duplo caráter” (Ibid., p. 275), e parte de seus rendimentos agora possui uma natureza “financeira-rentista”. Nos grandes conglomerados de serviços de saúde privados, por exemplo, podemos observar a presença de diversas formas de capital, que conectam desde a cadeia de produção e comercialização de mercadorias como a indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, serviços em hospitais, nas clínicas, nos planos de saúde, às finanças em bolsas de valores, fundos de pensão, fundos mútuos de investimento, bancos.

Todavia, para o autor, a distinção essencial entre as formas dos capitais desses conglomerados é “decisiva para analisar o nível, o ritmo e a orientação da acumulação e, portanto, discernir o crescimento”, além de muito importante para captar a situação interna desses grupos, que assumem configurações variáveis, inclusive entre um país e outro, a depender do espaço que o mercado financeiro ocupa atualmente e do papel do Estado no seu financiamento (CHESNAIS, 1996, p. 275).

Na maioria das vezes, os investimentos e o crescimento tanto interno como de internacionalização dos conglomerados ocorrem por meio de aquisições e fusões, além de acordos de cooperação, parcerias, formas que não são mutuamente exclusivas e dependem de estratégias setoriais, etc. (Ibid). A título de exemplificação da expansão desses conglomerados, em 2006, uma em cada cinco (20%) das cem maiores transnacionais era companhia prestadora de serviços, em comparação a apenas 7% em 1997 (HUWS, 2017).

Behring e Boschetti (2009), afirmam que essas estratégias do capital para contornar a queda das taxas de lucro, em meio à crise que explodiu nos anos 1970, de fato desencadearam uma série de reações implacáveis nos anos 1980 e 1990, porque fizeram retomar os níveis de rentabilidade, especialmente, por parte das empresas transnacionais e do capital financeiro. Entretanto, as taxas de crescimento nesse período se mantiveram medíocres em todos os cantos do planeta.

Nesse sentido, a intensificação das medidas de abertura e desregulamentação dos mercados e das finanças, estourando o ferrolho das limitações nacionais e

afastando os obstáculos legais e políticos à circulação e fluxo de mercadoria e dinheiro, o neoliberalismo, tem sido fundamental para abrir os novos espaços requeridos para a expansão desses conglomerados e multinacionais, e proliferação do capital financeiro (BEHRING, 2015; BRETTAS, 2013).

Isso, no entanto, sem a intenção de promover uma homogeneização do espaço econômico, mas reiterando a ideia de desenvolvimento desigual e combinado do capitalismo⁴. O que ocorre, para Behring (2015), corroborando com as elaborações de Husson (1994), é um cenário de perda de substância dos Estados nacionais, que se restringem a facilitadores das invasões estrangeiras, convertendo-se em ponto de apoio dessas empresas.

Segundo Harvey (2011, p. 127), “Estados desenvolvimentistas no sentido de ‘integrar-se ao sistema’ e buscar diretamente os benefícios da acumulação de capital” impõem com frequência esses processos, que incluem a liberação de um conjunto de ativos a custos baixos ou quase inexistentes para que o capital se aposse e utilize-o para fins lucrativos.

Sistemática e progressivamente, os Estados também intensificaram a sua contribuição a partir de uma das mais importantes contratendências à queda das taxas de lucro: a transferência de fundo público ao capital, a título de pagamento da dívida pública, que assume cada vez mais um papel de destaque nos fluxos financeiros e movimenta quantidades enormes de recursos aos capitalistas. Para se ter uma ideia, os países mais endividados do mundo possuem dívidas que ultrapassam o total do seu Produto Interno Bruto (PIB), conforme a tabela 1:

⁴ Discutiremos melhor a ideia de desenvolvimento desigual e combinado do capitalismo no próximo capítulo.

Tabela 1 - Dívida pública dos países mais endividados do mundo em 2020 (em % do PIB)

PAÍS	DÍVIDA PÚBLICA (% PIB)
Japão	238
Grécia	182
Barbados	157
Líbano	147
Itália	132
Eritreia	131
Congo-Brazzaville	131
Cabo Verde	126
Portugal	126
Sudão	122
Singapura	111
Butão	106
Bélgica	103
Egito	103
Moçambique	102
Jamaica	101
Brasil	84

Fonte: The World Factbook, divulgados pelo IndexMund (2022)

A dívida pública é considerada, desde Marx, um dos grandes instrumentos propulsores da acumulação primitiva de capital e da consolidação das relações capitalistas de produção. Nas elaborações marxianas sobre o mecanismo da dívida pública, além de destaques aos credores do Estado, bancos e governos, o autor nos lembra que a origem dos recursos mobilizados advém da produção, por meio da exploração humana, pela utilização da força de trabalho precarizada, e que tem o sistema tributário como uma poderosa engrenagem (MARX, [1867] 1985, p. 869).

Se por um lado o crédito público se constituía como uma possibilidade com que os Estados contavam para o pagamento de suas despesas, evitando o aumento dos impostos, ao passo em que as dívidas e a necessidade de arcar com elas aumentavam, leva-se a um novo processo de endividamento, crescente direito privado sobre as receitas do Estado, ou seja, sobre o fundo público, e consequente aumento de impostos (ibid).

O fundo público é constituído por recursos apropriados pelo Estado por meio de impostos, de forma indireta ou direta, fruto do processo de produção de mercadorias e vem, portanto, do processo de trabalho desprendido nessa produção. “Tal apropriação se dá basicamente de duas formas: uma parcela vem da mais-valia produzida e recai sobre os donos do capital, e a outra consiste em parte do trabalho necessário, parcela do salário pago pelos trabalhadores na forma de impostos, sobretudo indiretos” (BRETTAS, 2013, p. 57).

Assim, na medida em que cresce a atuação do Estado no sentido de garantir as condições gerais da produção capitalista, esses recursos vão se tornando um elo cada vez mais fundamental na produção e reprodução do sistema, mesmo quando retornam para a classe trabalhadora, via investimento do Estado em políticas públicas e sociais, além das diversas formas de retorno direto ao capital, seja a partir de contratos e disponibilidade de créditos para as grandes empresas privadas, como tratamos anteriormente, mas também pelos credores da dívida pública (BEHRING, 2010).

Para Lupatini (2012), a expansão da dívida pública no período recente é mais uma demonstração dos limites estreitos e das contradições em que se move o capital. Sobretudo, a partir da crise do capital que eclodiu em 2008, essa expansão tem se dado através de pacotes de salvamento dos Estados capitalistas aos grandes bancos, corretoras, financeiras, e vem agindo para evitar a desvalorização da massa de capital fictício, alimentando e assegurando cada vez mais o processo de reprodução ampliada.

A evidência, segundo o autor, de que a dívida pública é *locus* privilegiado do grande capital, tornando-se uma das saídas da crise pode ser ilustrada no crescimento entre 2007 e 2009 da relação dívida pública e PIB nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que saltou de 55,1% para

69,7%. O caso dos Estados Unidos também é límpido a esse respeito passando entre 2007 e 2010 de 35,7% para 61,3% (ibid).

Também para Brettas (2012) o fortalecimento dessa função do Estado explicita o aumento da dificuldade do capital de garantir, por si, uma continuidade do seu processo de valorização. Sendo a participação da dívida pública ampliada desde o final do século XX, de modo a viabilizar a acumulação capitalista de base financeiro-especulativa. E nos Estados que ocupam uma posição dependente frente ao imperialismo, e em que há maior fragilidade inclusive do ponto de vista da organização dos trabalhadores, a dívida pública tem levado à sangria de recursos para o pagamento dos juros, em geral com taxas mais altas nesses países e, conseqüentemente, a duríssimos ajustes fiscais e derruição de direitos, sancionando o comando do capital financeiro em diversos aspectos da vida social.

O caso do Brasil é exemplar. O país vive um ajuste fiscal permanente, que tem o seu início localizado na década de 1990, e cuja expressão mais draconiana até o presente momento é a Emenda Constitucional 95/2016 (EC95), que estabeleceu um teto de gastos sociais e investimentos por 20 anos, mas manteve o gasto com os juros da dívida pública.

Conseqüentemente, em favor da transferência de imensas parcelas de fundo público para o sistema financeiro, tem-se a supressão das condições de subsistência, de direitos, bens e serviços públicos, e a renúncia dos Estados ao exercício de suas responsabilidades com os cidadãos, como veremos na discussão a seguir.

3.2 Estado social capitalista e direitos

Buscaremos discutir nas próximas linhas o desenvolvimento da proteção social em sincronia com as mudanças no interior da acumulação capitalista discutidas anteriormente. Esse encaminhamento remete à problematização dos direitos sociais e das políticas sociais enquanto macro determinações dos processos sociais que, por sua vez, reúnem também alterações nas relações de trabalho, nas formas de organização da classe trabalhadora e na intervenção do Estado.

Nesse sentido, retomaremos inicialmente a discussão dos períodos históricos que compreendem, sobretudo, o trânsito do imperialismo clássico (LENIN, 2012) ao capitalismo tardio (MANDEL, 1982), por entendermos que situadas nesse contexto as

referidas alterações assumem particularidades que vão demandar a intervenção do Estado, por meio da articulação da proteção social, seja nos países centrais ou periféricos, com as devidas particularidades.

No ápice do período *depressivo*, mais conhecido como a crise de 1929 que se deu após a *onda de crescimento* do imperialismo clássico, presenciamos uma preocupação da burguesia tanto com o acirramento da luta de classes e o projeto socialista, sobretudo com a consolidação da União Soviética, quanto no que se refere a sua confiança cega no mercado. Foram esses processos as bases que levaram à expansão da proteção social nos anos seguintes, sobre um grande pacto social entre os segmentos do capital e do trabalho do setor monopolista, cada vez mais coordenado e sustentado pelo Estado.

Behring e Boschetti (2009, p. 70), corroborando com as análises de Mandel (1982), nos ajudam a compreender esses processos:

Com a redução do exército industrial de reserva, tende a se ampliar a resistência do movimento operário, baixando a taxa de mais-valia. Há uma generalização da revolução tecnológica, que está na base de todo o ciclo de expansão, diminuindo os superlucros extraídos do diferencial de produtividade do trabalho. Nesse contexto, impõe-se a queda tendencial da taxa de lucros em relação ao capital social. Há uma estagnação do emprego e da produtividade, o que gera uma forte capacidade ociosa da indústria. Com isso, configura-se uma superabundância de capitais, e uma escassez de lucros, produzindo o desemprego generalizado e a queda do consumo, inviabilizando o processo de realização da mais-valia.

Com vistas a criar mecanismos de contratendência à queda das taxas de lucros e favorecer o processo de acumulação de capital, decorrem significativas mudanças na intervenção do Estado, que passa a ter um papel mais ativo na administração da produção e nas relações econômicas e sociais situadas no que se convencionou chamar de revolução keynesiana. Intensifica-se a disponibilização de fundo público como garantia de investimento e sua alocação em serviços públicos significativos para o capital, como a infraestrutura e outros serviços que também proporcionaram a geração de empregos absorvendo parcela da mão de obra liberada, além de aumentar o volume de suas transferências para o setor privado através de subsídios (BEHRING, 2015; MOTA, 2015).

Às políticas keynesianas de intervenção do Estado para geração de demanda efetiva agregaram-se o *pacto* fordista da “produção em massa para o consumo e os acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho” (BEHRING, BOSCHETTI, 2009, p. 86).

Ou seja, para fugir das intempéries recessivas, o capital também é compelido a incorporar as exigências dos trabalhadores em torno da socialização dos ganhos da produção que, nesse momento, também são transformadas em demandas para o atendimento das novas necessidades da própria valorização do capital e manutenção da hegemonia burguesa, por via dos salários indiretos. De onde vem, portanto, a incorporação generalizada da proteção social pelo Estado.

“Para o capital, a regulação estatal só faz sentido quando gera um aumento da taxa de lucros, intervindo como um pressuposto do capital em geral. Dentro disso é que se torna aceitável essa redistribuição limitada na forma de salários indiretos” (ibid, p. 91).

Assim, a proteção social por meio do Estado, sob exigências econômicas e no interior de disputas políticas, consubstanciará uma estratégia mediadora das relações entre produção e reprodução, que prevê então a concessão de benefícios aos trabalhadores que estavam diretamente ligados ao aparato reprodutivo, mas também incluiu as formas de ação social preexistentes, voltadas àqueles que não poderiam se submeter ao trabalho, com vistas à manutenção do exército industrial de reserva.

Cabe situar que, a generalização da proteção social e o seu trânsito da esfera do contrato de trabalho para a do contrato social como um direito, mediante políticas públicas, deu-se de formas diferenciadas em diversos países, dependendo das particularidades das formações socio-históricas, do desenvolvimento do capitalismo e das lutas dos trabalhadores em cada realidade nacional, que encerram demandas contraditórias sobre o Estado⁵.

Por este motivo, podemos considerar que não existem modelos puros ou tipologias que sirvam homogeneamente às análises sobre o desenvolvimento dos sistemas de proteção social entre os países. Entretanto, na literatura clássica sobre o tema os autores têm como parâmetro os modelos bismarkiano e beveridgiano. No

⁵ Sobre as particularidades da proteção social brasileira nos aprofundaremos no próximo capítulo.

primeiro, predominam esquemas privados e ocupacionais de seguro social; no segundo, podem ser observados amplos sistemas de proteção social públicos em que prevalecem serviços não contributivos.

Apesar das críticas, destacamos as reconhecidas análises de Esping-Andersen (1991) acerca dos regimes de *Welfare State*, porque elas nos ajudam na compreensão de que essa generalização da proteção social não seguiu o mesmo padrão de desenvolvimento em todos países. Para o autor, com diferentes mecanismos, os regimes tanto interviram na estrutura das desigualdades de um país, como também produziram estratificações sociais, a partir de orientações de três tipos: liberal, conservador/corporativista e social-democrata.

No primeiro, percebe-se uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, que garante assistência apenas para os mais pobres e serviços diferenciados para a maioria através do mercado. Esse sistema encoraja o mercado de duas formas: tanto passiva, quando garante somente o mínimo, quanto ativamente, quando o Estado subsidia esquemas privados de previdência, como nos Estados Unidos, Austrália e Canadá.

No segundo regime, característico de países como a Austrália, França, Alemanha e Itália, e que teria como base o modelo bismarckiano, a capacidade distributiva era limitada, porque a ênfase do Estado está numa explícita manutenção das diferenças de *status* social, com uma proteção que variava de acordo com a posição social e o ramo da indústria ou da burocracia estatal a que o trabalhador estivesse vinculado, por isso chamado corporativista, contribuindo desta forma para as desigualdades geradas no mercado de trabalho. Esse regime está baseado na noção de seguro, isto é, dependente da contribuição compulsória de trabalhadores e empregadores, e deitaria raízes em influências conservadoras, muito comprometidos com a preservação da família tradicional, com o Estado interferindo apenas quando a sua capacidade de servir aos seus membros se exaure.

O último, e com menor grupo de países, constitui um regime com princípios universalistas, baseados na noção de direitos sociais e estendidos desde os trabalhadores às classes médias que foram incorporados a um sistema universal. Para o autor, ao contrário dos demais regimes, o sistema social-democrata promovia igualdade com padrões de qualidade e com benefícios desmercadorizantes.

O autor não chega a mencionar o grupo de países a que se refere⁶, contudo, esses princípios sustentaram a criação e expansão de serviços públicos e de universalização de benefícios sociais com base no relatório de Beveridge⁷, que compreende um conjunto de intervenções construídas sobre uma nova forma de solidariedade coletiva e garantida pelo Estado.

Como anunciamos no tópico anterior, a partir do esforço teórico de Mandel em *capitalismo tardio*, a fase de crescimento da acumulação capitalista no segundo pós-guerra esgotou-se nos anos 1970, culminando numa crise clássica de superprodução e superacumulação, e junto a ela uma descrença no pacto keynesiano-fordista.

A administração da crise pelo capital, diga-se, a tentativa burguesa de restauração do lucro, inserida nos processos de mundialização de capital e avanço dos ideais neoliberais, como vimos anteriormente, passa então por uma nova divisão internacional do trabalho e dos mercados, instrumentalizada pela ampla adoção de novas tecnologias e *flexibilização* dos processos de trabalho, que implicaram no aumento do desemprego estrutural e numa programática de desregulamentação da relação capital/trabalho pelo Estado, modificando as condições de exercício deste último, mas sem retirar sua importante função de partícipe na reprodução ampliada de capital, agora sob novas configurações.

Conformar-se-á nesse quadro um redimensionamento do fundo público como pressuposto das condições de produção e reprodução do trabalho, visto que esse passa a ser canalizado para alimentar o mercado financeiro, diminuindo a sua alocação e impacto junto às demandas dos trabalhadores, aos salários indiretos socializados através das políticas sociais (BEHRING, 2009).

Assim, os compromissos e consensos em torno da ampliação das funções do Estado social, que permitiram a expansão da proteção social no capitalismo central até o final dos anos 1970, ou no capitalismo dependente, em sua versão restrita entre os anos 1970 e 2000, passam a seguir agora uma direção de restrição, e de uma

⁶ Exemplos de países que têm seus sistemas de políticas sociais organizados predominantemente conforme o modelo social-democrata: Suécia, Dinamarca, Finlândia e Noruega (MENICUCCI, 2018).

⁷ Documento considerado como um anteprojeto para a construção de um Estado de bem-estar social sistêmico e integrado com promoção da segurança social por meio de ações e serviços estatais. A íntegra do relatório pode ser acessada em diversos *sites*. Entre várias políticas, o relatório propõe a criação de um sistema público, gratuito e universal de saúde.

avassaladora destruição dos direitos sociais, em meio a um processo contemporâneo de expropriação social. O que reduz as possibilidades de acesso da classe trabalhadora aos bens, serviços, equipamentos e outros meios públicos necessários à reprodução da sua própria vida.

Esse é um cenário de perfeita harmonia para o capital, uma vez que em meio ao desfinanciamento das políticas sociais os trabalhadores tendem a aumentar a dependência em relação ao mercado, buscando a satisfação das suas necessidades a partir dos seus salários, para os que têm acesso.

3.2.1 As expropriações contemporâneas

Iniciaremos este item abordando a lógica que preside as expropriações contemporâneas. Nos termos na análise marxiana, no capítulo 24 do Livro I de *O capital*, o ponto de partida da sociedade capitalista, ou seja, da acumulação primitiva, está no processo histórico da dissociação dos trabalhadores e a propriedade das condições de realização de seu trabalho e subsistência – as expropriações.

Manifestas em diferentes processos de violência e roubo sobre as populações, as expropriações têm início no período de decomposição do sistema feudal com a destruição das habitações dos camponeses, retirando a possibilidade do cultivo autônomo e lançando indivíduos sem direitos ao mercado – a força de trabalho formalmente livre. Processos que ao longo dos séculos XV - XVIII serão amplificados como a expropriação dos artesãos, das manufaturas domésticas e mesmo entre os capitalistas (com os grandes engolindo os pequenos), e ganharão legitimidade jurídica com decretos e leis.

Aliados de todas as possibilidades que envolvem os processos de produção da existência independente, os seres sociais que tinham até então algum acesso à natureza, ao conhecimento, às práticas e as razões da sua própria produção, passam na condição de trabalhadores livres a produzir as mesmas coisas (objetos), em maior quantidade e variedade, de maneira crescentemente coletiva e inserida em complexos processos de divisão social do trabalho, sob a coordenação do capital, que irá extorquir o sobretrabalho transformando-o em capital.

Trata-se da imposição de uma lógica da vida social pautada pela supressão de meios de existência ao lado da mercantilização crescente dos elementos necessários à vida, dentre os quais figura centralmente a nova necessidade, sentida objetiva e subjetivamente, da venda da força de trabalho (FONTES, 2010, p. 88).

Mas, os processos de expropriação não estão apenas na acumulação primitiva do capitalismo. Integram a sua expansão, a extensão e as próprias relações sociais capitalistas (id, 2018). O que nos parece fecundo nessa análise é compreender, que, os seus processos contemporâneos “têm incidido diretamente nas conquistas civilizatórias, tornadas incompatíveis com os modos de ser e de viver dos assalariados na altura do capitalismo do século XXI”, tendo em vista a ampliação da exploração do trabalhador (MOTA, 2018, p. 171).

Estudamos nos tópicos anteriores que a grande propriedade do capital agigantou-se no que se refere à sua reprodução, centralização e concentração. E se o capital financeiro, há um século, quando descrito por Lênin, unificava industriais e banqueiros sem dissolvê-los, hoje, no âmbito da expansão imperialista, as grandes massas de capitais estão integradas por proprietários com origens variadas, mas sob o comando do capital financeiro, a quem se submetem todas as demais formas de propriedade e que têm suas exigências de valorização complementemente incorporadas pelos Estados.

As estratégias requeridas pela acumulação no cenário de comando do capital financeiro colocam em xeque as históricas condições do Estado de socialização dos custos de reprodução da força de trabalho, passando a dar lugar de maneira crescente a outras mediações. Entre elas, a redução ou mesmo a extinção dos salários indiretos garantidos por meio das políticas e serviços sociais públicos, “permitindo a ampliação dos espaços de valorização do capital; inclusive, muitas vezes, subsidiados pelo fundo público, mas oferecidos diretamente pelo capital, que extrai mais-valia dos trabalhadores” (CISLAGHI, 2017, p. 1-2).

Harvey (2011, p. 127) caracteriza como espoliação o processo de “devolução de direitos comuns de propriedade obtidos graças aos anos de dura luta de classes (...) ao domínio privado, em nome da ortodoxia liberal”. E ela pode ocorrer de uma variedade de maneiras: a privatização de bens e utilidades públicas de todo gênero, a mercadificação da natureza em todas as suas formas, regressão de estatutos

regulatórios destinados a proteger o trabalho, **e, sobretudo, envolvendo a perda de direitos** (Ibid, grifos nossos).

Para Mota (2018), as espoliações caminham em unidade com os mecanismos de intensificação da exploração do trabalhador (aumento da produtividade, empobrecimento e desgaste físico) imprimindo, no caso da supressão e perda generalizada de direitos, mas não apenas, uma precarização social dos que vivem do trabalho, e que se espalha para toda a sociedade. Obrigando, por conseguinte, a classe trabalhadora a oferecer sua força de trabalho a qualquer custo e a se submeter às mais perversas e precarizadas relações de trabalho para garantir sua subsistência.

Essa unidade, da qual trata a autora, dota a categoria expropriações contemporâneas de nova potência, o que significa dizer que para além de usurpar os meios de vida e trabalho à moda da acumulação originária, suas formas, meios e estratégias atualizadas ampliam a exploração do trabalhador “por desmontar qualquer ilusão da *cidadania fordista* quanto ao atendimento das suas necessidades sociais e de reprodução material, social e cultural também de suas famílias” (ibid, p. 171).

É evidente que onde o Estado social foi mais consistente a visibilidade desse processo como expropriação é maior. No entanto, nas sociedades capitalistas marcadas pela dependência, por um Estado social com coberturas frágeis, tais processos parecem ser o recrudescimento da condição geral dos trabalhadores, viabilizando uma ofensiva ainda mais dura, como nos alerta Behring (2018).

No Brasil, a trajetória particular do grande capital, da ação do Estado e dos trabalhadores também determinaram tendências no processo de constituição dos mecanismos de proteção social, que se desenvolveram de forma lenta, limitada e estruturada sob a lógica do seguro, expandindo essa forma para a parte da população economicamente ativa que contava com alguma proteção.

Com a Constituição Federal de 1988 (CF88) foi possível avançar em definições institucionais que apontaram para uma reconfiguração das políticas sociais, pautadas em princípios de universalidade e igualdade. No entanto, como temos visto até aqui, a estruturação de uma rede de proteção social não depende apenas do texto constitucional. A sua implementação requer considerar o que de fato estava estruturado até o final dos anos 80, o movimento subsequente de processos que

ficaram à mercê da aprovação de legislações complementares, e as bases estruturais e conjunturais sobre as quais a luta de classes e a proteção social se desenvolvem.

Vamos explorar melhor essas afirmativas no próximo capítulo, tendo em vista configurar os mecanismos que, a nosso ver, implicam em contradições quanto aos direitos universalizados, e são, ao mesmo tempo, processos de expropriações que se requisitam na reprodução ampliada do capitalismo em ambiente de crise estrutural, como vimos discutindo, e que tendem a aumentar a dependência dos trabalhadores em relação ao mercado (BEHRING, 2018; MOTA, 2018), cada vez mais responsáveis pelo custo das condicionalidades de acesso (compra) dos bens e serviços sociais, numa razão desproporcional à capacidade de compra das suas rendas.

4 DIREITOS SOCIAIS NA REALIDADE BRASILEIRA

Nosso objetivo neste capítulo é discutir as mediações e contradições internas fundamentais da Seguridade Social, destacando as características que acompanharam a passagem do seguro social para os direitos sociais no Brasil. Assim, propomos uma abordagem metodológica que compreende a discussão sobre o processo particular de criação e desenvolvimento da proteção social e seus traços e dilemas após a Constituição Federal de 1988. Outros processos e elementos poderiam ser destacados nesta contextualização, entretanto, optamos como ponto de partida a apreensão da realidade brasileira, por alguns motivos:

Nas formações sociais como o Brasil, o traço estrutural da dependência trouxe a deterioração das condições de vida dos trabalhadores, um *Estado mínimo* para dar conta das demandas expressas nas reivindicações dessa classe, e ainda uma proteção social ligada ao emprego assalariado, numa sociedade, à época, predominantemente rural. E mesmo que os processos de industrialização que assistimos no século XX tenham ocupado um papel importante no projeto internacionalizador da economia brasileira, fez-se mantendo de um lado a dominação imperialista e, de outro, a desigualdade interna, não sendo capaz de consolidar uma proteção social generalizada e universal no país, mas fragmentada, corporativa e heterogênea.

Tal configuração torna-se ainda mais complexa na atualidade mesmo após o processo constituinte que fundou a Seguridade Social, com o Estado brasileiro estreitando o seu espaço para os direitos sociais, premido pela necessidade de favorecer os mecanismos de acumulação capitalista contemporâneos, como vimos no capítulo 01. As consequências desse processo no país têm sido uma combinação de desfinanciamento de políticas universais, que atendem a imensa maioria da população, constituída por um contingente de desempregados ou que estão em trabalhos desprotegidos, e a crescente responsabilização de outro grupo de trabalhadores que paga por direitos.

4.1 O processo de criação e desenvolvimento da proteção social no Brasil

Ao contrário do que muitas vezes ouvimos falar, o desenvolvimento capitalista que vai se constituir e se consolidar a partir do século XIX no Brasil não foi um capitalismo atrasado ou com defeitos de fabricação. Caracterizado por pensadores brasileiros como desenvolvimento da dependência, o que tivemos no país foi um conjunto de relações cunhadas numa herança colonial-escravista, superexploração da força de trabalho, e um Estado de características autoritárias e autocráticas, solo em que se dará a sustentação do processo de urbanização do país e das lutas pela garantia de direitos.

A economia e sociedade brasileira estiveram durante séculos a serviço dos mercados externos, como destacou Prado JR (2011) em *O sentido da colonização no Brasil*. Como colônia de exploração, o Brasil é circunscrito no âmbito das relações econômicas de capitalismo comercial em função da metrópole. Esse caráter estritamente comercial e material da colonização, associado à escravidão do trabalho africano e indígena, vai acompanhar a formação de nossa sociedade até princípios do século XIX, caracterizando a nossa formação e influenciando em todos os setores da vida, inclusive, deixando de lado os princípios e normas que fundaram a sociedade e cultura europeias.

Como característica indispensável de análise dessa *colônia de exploração* que se sucedeu no Brasil, está o seu caráter agrário. Diferente das *colônias de povoamento*, a ocupação das capitanias hereditárias não se deu por pequenos camponeses que trabalhariam nessas terras, mas sim para grandes proprietários. A forma como essas terras foram distribuídas estava subordinada à centralização da posse fundiária de onde deriva uma só forma de exploração agrícola e a pecuária, com o desenvolvimento posterior tanto político quanto social frutos dessa centralização, e que informam o nascimento das instituições no Brasil Colônia.

O sentido dessa forma de exploração estava ligado a um conjunto de fatores, como o caráter tropical das terras, os objetivos que animaram os colonizadores e as condições econômicas de uma nova ordem em ascensão, inaugurada pelos países do velho continente na busca pelos produtos que a Europa desejava.

Apenas no final do século XVIII, juntamente com o desenvolvimento de uma indústria incipiente, após o abalo da desagregação colonial e da decadência do capitalismo comercial na Europa, o regime foi tomando proporções distintas e dando margem a outra conjuntura no Brasil. Na Europa, a indústria toma uma proporção de domínio do campo econômico e para este só podia haver um ideal que era o comércio livre, desbancando pouco a pouco os monopólios, como tratamos no capítulo anterior. Assim, o Brasil vai adentrando numa nova fase do desenvolvimento capitalista mundial, o industrial. Das contradições postas anteriormente o regime vai se transformando, dando pequenos passos na reorientação da sua condição de colônia para a constituição de nação.

Para Ianni (1991), os estágios do capitalismo no Brasil combinaram fases diferenciadas, num verdadeiro amálgama entre o arcaico e o moderno pelo que nos foi particular desse sistema colonial, pautado na escravatura do novo mundo, mas também do que lhe foi universal pelo mesmo processo que é a nossa inserção no mercado mundial, ainda no contexto da expansão mercantil do capitalismo. O autor atribui ao desenvolvimento do capitalismo no Brasil o conceito de *desenvolvimento desigual e combinado*, expressão da forma como o capital combina historicamente relações tidas como atrasadas e adiantadas, que se mesclam ora de forma mais lenta, ora de forma acelerada.

As relações de troca desigual que marcam as economias dependentes também impõem limites à dinâmica de acumulação interna, que são respondidos com uma maior exploração dos trabalhadores da nação, através do aumento da intensidade do trabalho, do prolongamento das suas jornadas, da expropriação de parte do trabalho necessário para repor sua força de trabalho, e com remuneração abaixo do mínimo para a sua subsistência (MARINI, 2005). No Brasil, a agricultura foi fundamental para a reprodução dessa força de trabalho com baixo custo na indústria, alimentando o exército industrial de reserva com o deslocamento de pessoas do campo para os centros urbanos que se formavam, e também fornecendo os alimentos a preços baixos, garantindo a subsistência dessa população.

O papel desempenhado por um Estado nas relações desiguais também limita o exercício do seu poder e soberania frente a outras nações a que está submetido. Nasce dessas relações a criação de um Estado nacional brasileiro marcado pela

defesa dos interesses das classes dominantes locais, mas dentro dos limites da subordinação dessas aos interesses das classes dominantes dos países centrais, e por uma ausência de compromissos com a defesa de direitos das classes trabalhadoras (FERNANDES, 1975).

Deriva desses processos a ausência de direitos mínimos que acompanhou a consolidação do trabalho assalariado no Brasil desde a segunda metade do século XIX. Contudo, ao se acirrare as relações entre capital e trabalho, abre-se também caminho para novas e variadas formas de resistência dos trabalhadores. “O impulso para as lutas advinha das péssimas condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora, com jornadas de trabalho sem limite, sem descanso semanal remunerado, aposentadoria, férias, salário mínimo” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Na contraface dessa conjuntura, como forma de contornar o avanço da precarização das condições de trabalho e vida, foram desenvolvidas as primeiras iniciativas de proteção entre os trabalhadores assalariados e extratos médios da sociedade, por meio da criação das caixas mútuas de pensões e pecúlios, encorajadas pela Igreja Católica.

As primeiras instituições que surgiram por regulamentação estatal, garantindo um ambiente favorável à acumulação capitalista frente ao crescimento das formas de organização do operariado foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), na década de 1920, voltadas para os trabalhadores dos setores centrais da economia agroexportadora, como os ferroviários, marítimos e portuários, em que o Estado participava de forma residual com recursos para o seu financiamento. E de forma similar, as caixas voltadas para os funcionários públicos da União.

Nos anos 1930 foram preparadas as condições para o desenvolvimento capitalista nas décadas seguintes, com o Brasil seguindo a referência da cobertura de risco ocorrida nos países desenvolvidos, acrescentando a regulação dos acidentes de trabalho, criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) públicos, auxílios doença, maternidade, seguro-desemprego.

Contudo, “esse desenvolvimento foi restrito e incompleto, em comparação com a experiência Keynesiano-fordista no capitalismo central” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009), com as formas que caracterizaram a criação da proteção dos trabalhadores no

Brasil acompanhando por décadas o seu desenvolvimento: corporativa; fragmentada em diferentes instituições; heterogênea em relação à legislação específica, à base de arrecadação e das despesas; seletiva, dado o número reduzido de beneficiários; e orientada pela lógica contributiva do seguro, isto é, dependente da contribuição de trabalhadores e empregadores.

A essas características do desenvolvimento da proteção social no país Santos (1987) atribui o conceito de *cidadania regulada*, por não ter se constituído com base em direitos reconhecidos para todos os cidadãos, mas apenas para aqueles que ocupavam determinados lugares no processo produtivo ou eram funcionários do Estado, ficando de fora a população rural e algumas categorias de trabalhadores urbanos. Semelhante aos regimes caracterizados por Esping-Andersen como corporativista/conservador, apesar dos avanços frente às condições precárias do desenvolvimento da indústria no Brasil, a proteção social se desenvolveu por décadas contribuindo para a manutenção das desigualdades geradas no mercado de trabalho (MENICUCCI, 2018), e expandindo-se de forma lenta e limitada em meio às disputas de projetos societários antagônicos das classes no Brasil.

As disputas de projetos societários no Brasil do século XX são importantes mediações desse processo. Nesse sentido, retornamos às ideias de Florestan Fernandes (1975) brevemente situadas acima, sobre a ausência de compromissos da burguesia brasileira com os direitos das classes trabalhadoras na sua consolidação enquanto classe dominante no país. Ou seja, as transformações estruturais do processo de industrialização não significaram aqui um possível passo na modificação da estrutura concentradora de riqueza e poder herdada do nosso passado colonial.

Sob a égide do Estado foram mantidos o compromisso com uma política econômica destinada a acelerar o desenvolvimento capitalista, conferindo garantias ao crescimento da economia externa nos estreitos limites da dependência, e que contemplasse os interesses dos “círculos conservadores influentes”. Tais condições econômicas, históricas e sociais também reforçaram a inflexibilidade da burguesia frente à formação e difusão de procedimentos democráticos socialmente operantes. Assim, os elementos de transformação da *Revolução Burguesa no Brasil* foram mantidos “dentro da ordem”, elaborados “a partir de cima”, pela via autocrática, e marcados por uma inflexibilidade e decisão de empregar a violência institucionalizada

na defesa dos interesses materiais privados, tornando a sociedade brasileira potencialmente explosiva, com o recrudescimento inevitável da desigualdade social (Ibid).

A autocracia burguesa obstaculizou os processos de organização sindical dos trabalhadores da cidade e do campo com ações repressivas e que correspondiam, ao mesmo tempo, à criação de iniciativas para atrair o capital internacional. No primeiro caso, a utilização do braço repressivo do Estado se deu de forma visível durante a Ditadura do Estado Novo no Governo Vargas (1937-1945), como também na ditadura militar (1964-1985), e ainda esteve presente nos períodos democráticos, mas de maneira menos evidente.

O Estado Varguista reúne um conjunto de arbitrariedades, como ataques à Aliança Nacional Libertadora (ANL), frente popular anti-imperialista e antifascista que congregava comunistas, socialistas, operários, setores progressistas das classes médias e estudantes; prisão e deportação de lideranças sindicais e de operários, como o conhecido caso de Olga Benário, deportada para os campos de extermínio nazista; Decretação de Leis de Segurança Nacional; fechamento de sindicatos autônomos, entre outros (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Também no campo da organização sindical decretos e Leis transformaram as entidades em centros de recreação e local de prestação de serviços assistenciais, como a assistência jurídica e de saúde, com a criação de ambulatórios, centros hospitalares ou de assistência odontológica, laboratórios; além da articulação de convênios de assistência médica para os trabalhadores sindicalizados, com subsídios do Estado (GIANNOTTI, 2007).

Tais medidas, entretanto, não significaram o completo arrefecimento das lutas dos trabalhadores urbanos e rurais. No breve período democrático, as intensas mobilizações sociais proporcionaram a incorporação de algumas exigências, como a uniformização dos benefícios previdenciários de todos os IAPs, através da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOAS), em 1960. Também foram legalizados nesse período os sindicatos de trabalhadores rurais, além de serem ampliadas as organizações do campo em vários estados, em função da inexistência de uma reforma agrária consistente e da imensa concentração de terra.

Parametrado pela contenção desse processo de democratização que estava em curso, no regime ditatorial pós-64 foi impulsionado um novo momento de *modernização conservadora*, que instaurou durante 20 anos um legado para o perfil econômico e social no Brasil baseado em um padrão de desenvolvimento racionalizador, de aceleração dos processos de concentração e centralização, com benefícios ao capital estrangeiro, aos grandes monopólios e às frações da burguesia interna. Netto sintetiza o perfil e a estrutura legados pela ditadura militar:

(...) internalização e territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizadas no mercado interno e direcionado desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada, apesar de muito complexa; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais (2011, p. 32).

Foram criadas legislações visando o controle de greves, com a suspensão ou demissão de trabalhadores grevistas sem indenização, no caso de funcionários públicos e de serviços essenciais, e desmantelamento dos mecanismos de controle e participação dos trabalhadores no sistema de proteção vigente até então; arrocho salarial, com o controle dos índices de ajustes salariais; elaboração de alternativas às formas de estabilidade no emprego como a criação do FGTS que reduziu os custos imediatos com a demissão de trabalhadores e ainda possibilitou o aumento da rotatividade da mão de obra, mantendo os níveis salariais mais baixos e garantindo um mercado de trabalho barato para o investimento de capitais (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Esse Estado militar-tecnocrático também respondeu com a centralização e controle institucional; permissão da penetração do grande capital nas políticas de proteção social, franqueando ao mercado a prestação de serviços considerados rentáveis; e com políticas sociais que tinham como público da intervenção a força de trabalho contratada pelo setor monopolista e estatal; e as políticas assistenciais *residuais*, ofertadas pelo setor beneficente e sem regulamentação, voltadas para a

reprodução dos demais trabalhadores, ainda não inseridas na perspectiva de direitos sociais básicos.

Nesse ponto, cabe um importante destaque feito por Mota (2018) em referência aos salários indiretos - ou benefícios - oferecidos pelas empresas do setor público e estatal, como estratégia de estímulo à produtividade do trabalho e meio de fixação dos trabalhadores às empresas, essencial para a constituição de um operariado industrial e requisito ao modelo de desenvolvimento capitalista da ditadura militar. Ao mesmo tempo em que se constituíram como *mecanismos de apropriação de parte dos seus salários*, visto que foram instituídos os fundos de pensão e as medicinas de grupo, desde então exercitando a estratégia de capitalização em meio às problemáticas da extinção dos então vigentes Institutos de Aposentadorias e Pensões de diversas categorias.

No limiar da década de 1970, a proteção social que estava fundamentalmente vinculada ao status de assalariado ou contribuinte começa a dar sinais de mudanças impulsionadas pela prática organizativa da sociedade, quando do início do processo de abertura política (MOTA, 2015), iniciando uma transição, ainda lenta, dos direitos fundados na lógica do seguro para a lógica da assistência (BOSCHETTI, 1998).

A incorporação dos trabalhadores rurais na previdência social foi uma importante iniciativa de rompimento com a exclusiva concepção contributiva de acesso à proteção social, visto que a previdência rural não exigia contribuição direta dos trabalhadores para o acesso aos benefícios, ficando essa responsabilidade sob os empregadores rurais e sob a receita da previdência urbana, que contribuía com um percentual ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

Também pode ser verificado esse processo no acesso à saúde sem contribuição a partir de 1974, mas somente em casos de urgência; na incorporação da assistência à previdência social, agregando serviços e benefícios não contributivos; criação da renda mensal vitalícia (RMV) para pessoas com deficiência ou aquelas com 70 anos ou mais sem vínculos regulares de contribuição.

É evidente que essa expansão da proteção social se relacionava com o perfil de desenvolvimento adotado no pós-64, e com o crescimento do processo de assalariamento urbano no país, mas sem grandes alterações no padrão de *seletividade* que acompanhou o desenvolvimento das políticas sociais brasileiras,

determinado pela formalização no emprego. A *expansão seletiva* “reforçou as diferenciações de consumo de acordo com a inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, seja pelo aumento dos custos de bens e serviços, seja pelos modos de seletividade quanto ao acesso dos referidos bens e serviços” (MOTA, 2015, p. 156).

A natureza quantitativa e qualitativa em relação aos direitos dos trabalhadores contribuintes e os não-contribuintes não era a mesma, “introduzindo o princípio de garantia de mínimos sociais de existência, em oposição à lógica dos benefícios previdenciários”. Na verdade, tornava-se cada vez mais evidente a impossibilidade de manutenção de um modelo de proteção baseado no seguro, em um país com acentuados índices de desigualdade, e que não conseguiu garantir a um imenso contingente de trabalhadores a condição salarial (BOSCHETTI, 1998, p. 110).

Para Boschetti (2009), as duas lógicas securitária e social estabeleceram entre si uma relação de atração e rejeição. Ou seja, foi a ausência de uma lógica que levou à necessidade e a instauração da outra lógica. Assim, os trabalhadores que não tinham direito aos benefícios contributivos, em geral, os desempregados, foram os potenciais demandantes da lógica social, dos benefícios não contributivos. E essa tendência de separação entre seguro e lógica social acabou materializando políticas com características próprias e específicas, que mais se excluem do que se complementam.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) tentou reverter algumas dessas limitações. Inaugurou-se junto à retomada do período democrático no país uma profunda transformação no padrão de proteção social, que avançou em relação às legislações anteriores e passou a assegurar um conjunto de direitos sociais, alguns até então inexistentes. Junto a esse novo padrão, admite-se no país a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, mas imerso em determinações político-econômicas.

“A partir dos anos 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se ao capitalismo mundial” (BEHRING, 2008, p. 113). Tem-se, ainda, um país derruído pela inflação conquistada nos anos anteriores, paralisado pelo baixo nível de investimento público e privado, o qual será fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal.

Essas configurações, e um conjunto de políticas voltadas ao desempenho macroeconômico, delinearão *contrarreformas conservadoras e regressivas*, que na verdade parecem desprezar os avanços constitucionais e/ou deslançar desafios para os direitos e as políticas sociais.

Pois bem, vejamos, então, como tem se constituído e consolidado o novo modelo de proteção social, vislumbrando os seus elementos de mudança e também de permanência, partindo da discussão de Fleury (2008) acerca do financiamento, percurso organizacional e o padrão de benefícios e cobertura da Seguridade Social brasileira.

4.2 A Carta Magna de 1988: traços e dilemas do novo modelo de proteção social

Os princípios do novo modelo de proteção social no Brasil estão expressos na carta constitucional, no capítulo da ordem social, parágrafo único do artigo 194, e compreendem objetivos que devem ser realizados pela Seguridade Social, por meio das políticas de previdência, saúde e a assistência social:

- I – universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;
- VI – diversidade da base de financiamento;
- VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”.

Destacamos mais uma vez, que, apesar de reconhecermos que os direitos sociais passam a equalizar o direito de acesso à proteção social no Brasil a partir da CF88, com a ampliação e universalização de algumas políticas, o seu exercício depende de condições objetivas para implementá-las. Observando a materialidade desse direito, Fleury afirmou que “a seguridade não foi concluída

organizacionalmente, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura” (2008, p. 71). Essa noção de *seguridade social inconclusa* também pode ser encontrada em Teixeira (1990).

Apesar de reconhecermos a importância conceitual, situada historicamente em um determinado contexto, e também construirmos nossas ideias em diálogo com esses autores, achamos pertinente salientar aquilo que vimos elaborando desde o nosso primeiro capítulo: os direitos e as políticas sociais estão inscritos numa realidade social que tem movimento e expressam tendências de acordo com a luta de classes. Por isso, o percurso da sua realização não será linear. E, tampouco, devem ser consideradas finitas as suas múltiplas possibilidades.

Assim, o que devemos buscar em meio ao curso da seguridade social na atualidade é a “identificação do sentido, as características e, se quisermos, o perfil futuro projetado pelas mudanças” (DRAIBE, 1993, p. 31-32). Vai nesse sentido o esforço que realizamos no presente tópico de discussão em diálogo com os referidos autores.

Do ponto de vista do padrão de financiamento, a Carta Magna dotou esse sistema de um orçamento único, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), financiado com recursos que foram ampliados e mantidos por toda a sociedade de forma direta e indireta; com repasses orçamentários e mediante recursos das contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, a folha de pagamentos dos trabalhadores, o lucro das empresas, a importação de bens e serviços. Até 2007, também fazia parte do OSS os recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cobrança que incidia sobre algumas movimentações bancárias.

Contudo, apesar do OSS se constituir como uma importante conquista no sentido da ampliação de recursos, comparado ao período anterior, a sua materialidade como prevista na Carta Constitucional é questionável. Fleury (2008) destaca que um dos motivos dessa problemática está na falta de integração e forma de distribuição das receitas, visto que as fontes de financiamento seguiram especializadas em relação aos seus destinos, a exemplo da Saúde, a que foram atribuídos os recursos das contribuições sobre o lucro, a previdência que reservou para si a folha de salários, e os recursos sobre o faturamento que foram destinados à assistência social.

Contribuiu para este fator a ausência de um conselho nacional de seguridade social, como indicado na Carta Magna, que garantisse a democratização na elaboração e supervisão desse orçamento próprio. Nem mesmo as leis orgânicas da saúde, assistência e previdência social conseguiram garantir a integração das receitas, enfraquecendo, conforme as ideias da autora, a concepção da seguridade social de integração entre as três políticas sociais que a compõem.

A fim de assegurar que parte das receitas fosse obrigatoriamente destinada à área social, estas foram vinculadas aos fundos públicos das respectivas políticas setoriais, divididos entre: o Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Nacional da Assistência Social (FNAS), mas ainda são registrados recursos pulverizados destinados a essas políticas que não são alocados nos seus respectivos fundos e, conseqüentemente, não são submetidos ao controle da sociedade civil.

De outro ponto de vista, Salvador (2007, p. 87) também destaca que o conceito da seguridade social não é fortalecido em sua totalidade quando a estrutura atual do seu financiamento tem como base um custeio regressivo. O autor destaca em suas pesquisas que, além da participação de recursos oriundos da esfera fiscal para aplicação na assistência social, saúde e previdência se configurar como irrisória, essas políticas são sustentadas pela classe trabalhadora e pessoas mais pobres, seja por meio da contribuição direta para acesso aos benefícios da previdência social, ou por meio de pagamentos de tributos indiretos embutidos nos preços de bens e serviços destinados apenas em parte para as políticas da seguridade social.

Essa forma de custeio da seguridade social ainda coloca em xeque o princípio distributivo constitucional em mais dois sentidos. Na mesma trilha das ideias de Salvador que acabamos de recuperar, o rompimento com o modelo predominantemente corporativista de acesso aos direitos sociais é significativo na direção da redistributividade, mas isso não exclui as implicações negativas da sobrecarga tributária que recai sobre os trabalhadores de baixa renda no Brasil, e que suportam numa relação inversa à sua renda uma elevada tributação especialmente fundada no consumo, para garantir os direitos sociais.

E, em outro sentido, na medida em que crescem os subsídios concedidos à iniciativa privada através da compra de equipamentos tecnológicos e outros bens de

consumo coletivo, convênios, parcerias e contratação para prestação de serviços, os recursos da seguridade social vão se tornando um elo cada vez mais fundamental na produção e reprodução do sistema capitalista, na contramão de uma verdadeira redistribuição em favor dos trabalhadores.

No rol de incompatibilidades com o ordenamento constitucional também vem sendo questionada a utilização do OSS para outros fins, que por princípios constitucionais não estariam inclusos na proteção do conjunto da sociedade, como o pagamento de benefícios previdenciários, auxílio alimentação e assistência médica privada de servidores públicos, que deveriam pertencer ao caixa do Orçamento Fiscal, financiado por tributos e não através de recursos da Seguridade Social. Há, nesse caso, um conflito no que tange ao atendimento das determinações constitucionais do Orçamento da Seguridade Social e também no que se refere à organização do Estado e à administração pública.

As determinações constitucionais que disciplinam as receitas e detalham as despesas a serem cobertas pelo Orçamento da Seguridade Social (art. 194 a 204 da CF88), preveem apenas pagamentos de ações de saúde prestadas através do Sistema Único de Saúde ou de maneira complementar por entidades filantrópicas, não contemplando prestadores privados com fins lucrativos e que não atuam dentro do conceito de universalidade, como é o caso dos planos de saúde. Bem como o auxílio alimentação não é constitucionalmente despesa da Assistência Social. Por se tratarem de direitos dos servidores, se configuram como encargos patronais da União tratados no Título III (Da Organização do Estado), principalmente em seu Capítulo VII (Da Administração Pública), Seção II (Dos Servidores Públicos).

Também orbitam como estratégias de destinação das contribuições sociais para fora das atribuições da seguridade social as Desvinculações das Receitas da União (DRU), utilizando os seus recursos para as políticas de cunho fiscal, como amortização e juros da dívida e caixa para garantia de superávit primário. Sob diversas denominações a DRU vem, desde 1994, subtraindo receitas de contribuições que deixam de compor o financiamento do Orçamento da Seguridade Social numa escala que passou de R\$ 63,4 bilhões entre 2013 e 2015, para R\$ 99,4 bilhões em 2016, R\$ 113 bilhões em 2017, e R\$ 120 bilhões em 2018 (ANFIP, 2019).

Historicamente, o Orçamento da Seguridade Social sempre foi superavitário⁸. Para dar uma ideia, entre 2005 e 2016, o superávit médio anual foi de R\$ 50,1 bilhões, na mesma grandeza da média de desvinculações desse período, que foi de R\$ 52,4 bilhões. Sem a DRU poderiam ter sido reforçados os recursos da Saúde, da Assistência Social e realizados reajustes nas aposentadorias, contribuindo assim para uma melhor distribuição de renda, ou mesmo poderiam ter sido utilizados para construir reservas com o objetivo de dar solidez à seguridade social e serem usados em momentos de comprometimento do superávit (ANFIP, 2019).

Contudo, conforme deixa nítido Mota (2015), as políticas da seguridade social foram negociadas em meio a uma cultura política de crise, proliferada na adequação das demandas da classe trabalhadora e de suas garantias sociais ao projeto neoliberal e sua política recessiva, impondo cortes nos gastos públicos.

“O principal instrumento desse processo é a tentativa de obtenção do consentimento das classes trabalhadoras em torno da ideia de que a crise econômica afeta toda a sociedade e que, por isso, necessita da colaboração de todos” (ibid, p. 182). São potencializados, nesse contexto, os discursos em prol das chamadas reformas, para supressão de direitos financiados pela Seguridade Social. Tomando como exemplo a Previdência Social, que tem o mais significativo dos fundos da seguridade social, os argumentos neoliberais de déficit dos seus recursos têm sido responsáveis por uma série de mudanças na sua legislação. O último dos esforços nesse sentido, que se seguiram após a promulgação da Constituição de 1988, foi a EC nº 103, promulgada no dia 12 de novembro de 2019.

Apenas para citar a parametrização dos aspectos mais básicos da EC nº 103, foram estabelecidas

novas idades de aposentadoria (servidores públicos federais, que contribuem para o RPPS da União e trabalhadores da iniciativa privada e de municípios sem regime previdenciário próprio: mulheres, 62 anos, homens, 65 anos; manutenção das idades mínimas

⁸ Os resultados do Orçamento da Seguridade Social (OSS), compreendendo o conjunto das receitas e as despesas do seu Orçamento são superavitários. A construção de um conceito deficitário advém de um cálculo que desconsidera a pluralidade de fontes do OSS, como, por exemplo, a integralidade de juros e multas incorporada à Receita de Contribuições nos anos 90, ao mesmo tempo em que inclui gastos que fogem dos conceitos constituintes, como os regimes próprios de previdência de servidores e militares, além das Desvinculações das Receitas da União (DRU) (ANFIP, 2018).

anteriores para a clientela rural do RGPS), novo tempo mínimo de contribuição (trabalhadores da iniciativa privada e de municípios sem regime próprio: vinte anos de carência para os novos segurados urbanos do sexo masculino, manutenção dos quinze anos mínimos para mulheres e segurados rurais; servidores públicos federais, que contribuem para o RPPS da União: 25 anos de contribuição, dez anos de serviço público e cinco anos no cargo em que se dará a aposentadoria (IPEA, 2021, p. 24).

Explicitamente, há uma correspondência entre a restrição desses direitos sociais constitucionais e o crescimento inconsistente e insuficiente de recursos para a Seguridade Social, porque, como vimos, há uma apropriação cada vez maior dos seus recursos para outros fins, fora daquilo que atende às suas normativas, numa situação inversa às reais necessidades da classe trabalhadora brasileira.

As análises de conjuntura do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicadas no Boletim *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* têm nos fornecido registros importantes do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) que revelam uma tendência geral de recuos na taxa de cobertura da população ocupada no Brasil, desde 2015, para todos os grupos empregados, domésticos, facultativos e demais subcategorias de contribuintes individuais. A única exceção deste indicador tem ocorrido via expansão de informais que declaram realizar contribuições previdenciárias, possivelmente de forma autônoma, inclusive na condição de microempreendedor individual (MEI), o que pode caracterizar uma resposta involuntária à perda da proteção em categorias mais estruturadas.

A tendência de recuos é ainda mais grave quando se trata da população feminina. A combinação de menor participação e maior desemprego, juntamente com o maior contingente de mulheres ocupadas desprotegidas sem capacidade contributiva mínima (tomando-se como critério o rendimento de todos os trabalhos inferior ao salário mínimo mensal), levanta a hipótese de que haja alguma seletividade indesejável na parcela feminina que logra participar do mercado de trabalho, obter ocupação e, principalmente, se filiar e manter o vínculo contributivo com a Previdência Social. Os homens mais vulneráveis também são mais afetados pelo desalento e por outros determinantes da não participação no mercado de trabalho, bem como pelo desemprego e pela inserção laboral precária, mas a combinação dos indicadores analisados sugere que os desafios enfrentados pelas mulheres mais pobres sejam barreiras maiores à inclusão social e, principalmente, previdenciária (IPEA, 2021).

O trabalho do IPEA contribui para a nossa reflexão em torno do percurso organizacional da seguridade social. O novo padrão constitucional articulou sob os seus princípios os sistemas de Saúde, Previdência e Assistência, mas manteve-os sob lógicas diferentes, conjugando em torno de si direitos previdenciários dependentes do trabalho, ou seja, contributivos; com direitos de caráter universal, relativos à cobertura e atendimento na Saúde; e direitos seletivos, pertencentes à Assistência, caracterização que pode ser encontrada em Boschetti (2009) e também em Fleury (2008).

E o preço da expansão desse modelo em um contexto de não garantia dos mecanismos de proteção social, tem sido a expulsão gradual de trabalhadores assalariados de melhor poder aquisitivo para consumir no mercado de serviços da saúde e da previdência privadas, a quem Mota (2015) atribuiu a nomenclatura de *cidadãos consumidores*.

A consolidação desse tipo de cidadania pode ser compreendida no próprio movimento que a autora chamou de privatização da seguridade social, sobre a qual podemos ter uma dimensão da sua extensão ao observarmos os números da previdência complementar e da saúde “suplementar”. Segundo dados do Relatório Gerencial de Previdência Complementar, publicação da Subsecretaria do Regime de Previdência Complementar (SURPC), em cada um dos últimos anos vêm sendo pagos cerca de R\$ 68 bilhões em benefícios privados; e o fluxo anual de contribuições recebidas pelos planos/produtos de previdência complementar vem, desde 2015, se mantendo na ordem de 2,0% em relação ao PIB brasileiro. Paralelamente, tem-se observado um crescimento gradativo do patrimônio do Regime de Previdência Complementar (RPC), que em junho/2020 chegou ao total de R\$ 1,98 trilhão (BRASIL, 2020).

Também chamam a atenção os dados da Previdência Complementar dos servidores públicos da União, estados, DF e municípios, que atingiu em junho de 2020 o patrimônio de R\$ 5,85 bilhões, com 12 Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC) em funcionamento, 406 patrocinadores e 26 planos de benefícios. A população dessas entidades chegou à marca de 138.963 participantes ativos em dezembro de 2019. Favorecendo ainda a expansão desse setor, a Emenda

Constitucional nº 103/2019 prevê que os entes federativos deverão instituir previdência complementar para seus servidores em até 02 (dois) anos (ibid).

Para Ocké-Reis (2012), no caso específico da política de saúde, o quadro de restrições orçamentárias que enfraqueceu a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90, teria contribuído para a migração de trabalhadores assalariados, antiga clientela do seguro social, para o mercado de planos de saúde, em um movimento subsidiado pelo Estado, seu patrocinador. Além de outras diversas iniciativas paralelas de fortalecimento desse mercado que vêm sendo empreendidas por um conjunto de atores, entidades representativas de defesa dos interesses do setor e representantes parlamentares eleitos com a ajuda financeira de diversas operadoras de planos de saúde⁹ e sindicatos de trabalhadores.

Abordaremos com mais detalhes no último capítulo desta tese o comportamento deste mercado, sua relação com o Estado e as estratégias de fortalecimento do setor, mas, por hora, vale destacar que no ano de 2021, cerca de 25%¹⁰ da população tinha o acesso à saúde intermediado por cerca de 729 operadoras de planos de saúde. Isso quer dizer que estavam em vigor 48.575.935 contratos de planos de saúde, pagos diretamente pelos usuários desse sistema privado ou por intermédio de empresas empregadoras que oferecem esse tipo de benefício aos seus empregados, os chamados contratos empresariais, que são hoje a maioria (BRASIL, 2021), ambos subsidiados pelo Estado.

Aos *cidadãos pobres*, que não conseguem viver das rendas do trabalho, nem exercer a cidadania consumidora, são reservados os benefícios da assistência social, sob a forma dos programas de transferência de renda, cada vez mais focalizados e restritos, como podemos observar nos últimos anos. As análises de conjuntura do IPEA (2021) revelam que os recursos destinados ao maior programa da política de assistência social, em número de beneficiários, se expandiram de forma consistente apenas até o ano de 2014, quando somou a quantia de R\$ 34,5 bilhões. A partir de

⁹ Para aprofundamento no debate acerca das entidades representativas dos planos de saúde, acessar Bahia (1999), Costa e Soares (2020) e Scheffer e Bahia (2011; 2013; 2015), estes últimos apresentam uma discussão mais relacionada ao financiamento das campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil.

¹⁰ A Agência Nacional de Saúde (ANS) considera o número de vínculos com planos privados de saúde em sua relação com os dados populacionais do IBGE. Contudo, esse dado pode sofrer variações, uma vez que um indivíduo pode ter mais de um vínculo com diferentes empresas de planos privados de saúde.

então, os recursos apresentaram reduções sistemáticas, acumulando perda de 11%, passando para R\$ 30,6 bilhões em 2018 (dados em valores de 2019, corrigidos pelo índice de preços ao consumidor amplo (IPCA)).

Em 2019, registrou-se um aumento de 6% em recursos destinados ao programa em relação ao ano anterior, mas este foi justificado pelo pagamento do abono natalino aos 13,2 milhões de famílias em dezembro de 2019, no valor de R\$ 2,5 bilhões, e não por um eventual ajuste no valor dos benefícios ou aumento no número de beneficiários, que em março de 2020 somavam 1,6 milhão de famílias em espera (IPEA, 2021).

Os dados apresentados corroboram com os estudos de Vianna (2000), no qual se afirma que embora a seguridade social tenha respondido aos anseios mudancistas manifestos por vários segmentos da sociedade durante a transição democrática, desde os anos 90 era possível identificar que a mesma estava sendo incapaz de conter a racionalidade privatizante constituída em anos anteriores, sobretudo, quando se tratava das demandas e exigências relacionadas aos serviços de saúde e previdenciários destinados aos trabalhadores cuja situação permitia a obtenção de planos privados. Cenário que reservou ao sistema público o mau atendimento dos muito pobres:

a despeito das britânicas intenções reformistas e da proposta beveridgeana sancionada constitucionalmente, o modelo brasileiro de proteção social vem se tornando cada vez mais americano. Pois, ainda que formalmente universais, e imaginadas como indutoras da cidadania, as provisões públicas se resumem a parques benefícios para os pobres, enquanto ao mercado cabe a oferta de proteção àqueles cuja situação permite a obtenção de planos ou seguros privados (VIANNA, 2000 p. 138).

Essa situação evidencia, segundo a autora, o fracasso das perspectivas construídas para a seguridade no país, expressando a continuidade de um movimento que recebe da mesma a metáfora de *americanização perversa* da proteção social brasileira, em que os caminhos da universalidade e da seletividade das políticas públicas no país seguiram, portanto, pavimentados pela lógica particularista de interesses, impulsionada ainda nos anos de autoritarismo implantado em 1964 (ibid).

Contudo, se é certo que fazem parte da criação e desenvolvimento das políticas sociais e dos direitos sociais no Brasil a necessidade de privilegiar a expansão do capital e de legitimação de uma imagem social do Estado, é necessário reforçar que também faz parte dessas experiências a participação organizada de trabalhadores (BEHRING, 2009; MOTA, 2015), e, no interior desse processo, assim como são variadas as formas nas quais as lutas de classes se expressam, também não são de todo homogêneos os interesses internos de cada classe.

Discutiremos essas questões a seguir, tomando como sujeito central das reflexões os servidores públicos e as contradições do acesso privativo desse segmento de trabalhadores à saúde, visto que esta condição mobiliza importantes montantes de recursos do Orçamento da Seguridade Social para o setor privado, em detrimento do SUS.

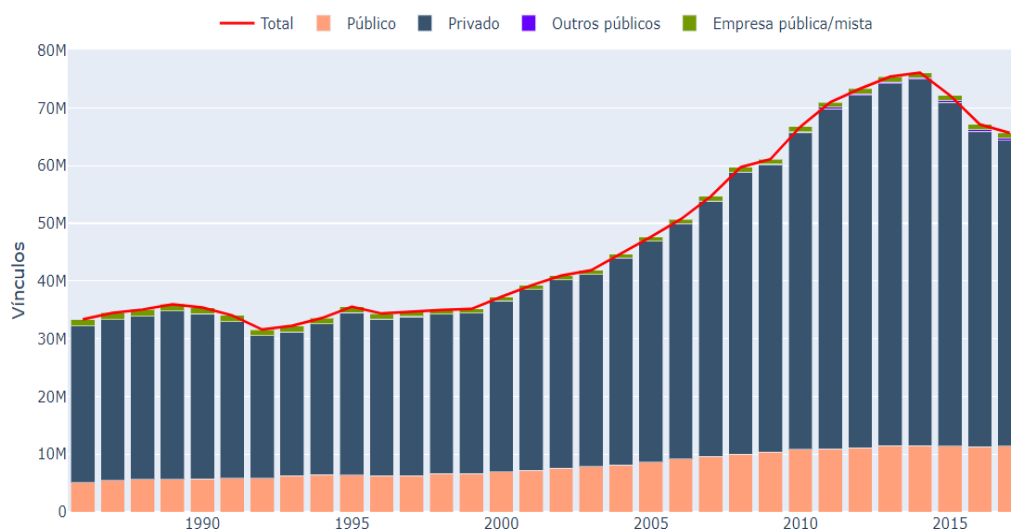
5 CONTRADIÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS

Neste capítulo, aprofundaremos a discussão sobre os mecanismos que têm sido utilizados historicamente pelos servidores públicos federais para garantir a proteção social desse grupo de trabalhadores e como eles se relacionam com o direito à saúde no Brasil, sua atuação como sujeito coletivo em defesa do SUS, bem como as práticas políticas e legislações que possibilitam o acesso desse segmento de trabalhadores à assistência médica privada.

5.1 Servidores públicos, prática política e o acesso à saúde

Os servidores públicos contemplam uma importante parcela dos postos de trabalho no Brasil, conforme figura 1. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2022), no período entre 1986 e 2017, o total de vínculos públicos com relação ao total de ocupações do mercado de trabalho formal manteve-se entre 15,3% e 19,5%, com expansão em ritmo similar ao do setor privado. Em números absolutos, esses percentuais representam uma ampliação de 5,1 milhões para 11,4 milhões de vínculos, proporcionalmente 3,54% para 5,48% da população, sem incluir as empresas públicas.

Figura 1 - Total de vínculos ocupados no mercado de trabalho (1986-2017)

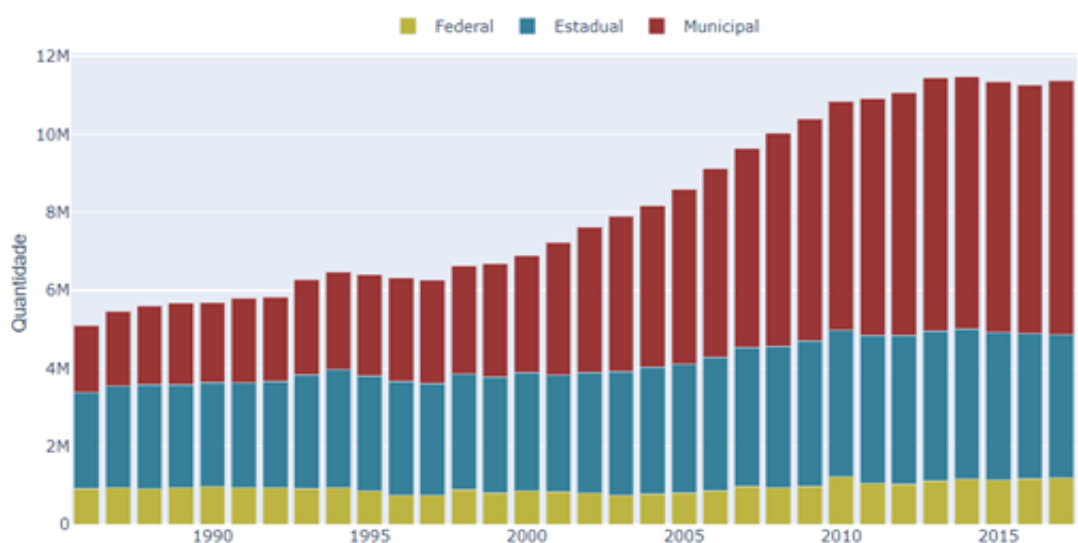


Fonte: Atlas do Estado Brasileiro/IPEA (2022)

Na figura 02, adiante, podemos perceber que a maior parte dessa expansão se concentrou nos municípios, em que o total de vínculos passou de 1,7 milhão para 6,5 milhões, entre 1986 e 2017. Essa tendência foi acentuada, sobretudo, pós-Constituição de 1988, quando esses entes federativos ampliaram suas competências e atribuições, incluindo o provimento de serviços na saúde, educação e assistência, além do próprio crescimento no número de municípios, ampliando a participação municipal para 57% do total de vínculos no setor público brasileiro (ibid).

Também o número de vínculos de servidores estaduais aumentou de 2,4 milhões para 3,7 milhões no período em questão, contudo, em relação ao total de vínculos públicos apresentou uma retração, passando de 47,9% em 1986, para 32,3%, em 2017 (ibid).

Figura 2 - Total de vínculos públicos por nível federativo (1986-2017)



Fonte: Altas do Estado Brasileiro/Ipea (2022).

Quanto aos servidores federais, esses representam em média 10% do total de vínculos no setor público, chegando a 1,18 milhão em 2017, mas com particularidades em relação a alguns períodos: de 1986 a 1994, houve uma relativa estabilidade no total de vínculos, ao que se segue, de 1995 a 2003, uma tendência de redução mais acentuada na administração indireta. De 2004 a 2017, houve a retomada do crescimento do quantitativo de vínculos, conforme a figura 2 (ibid).

Mas, não apenas os vínculos públicos sofreram alterações nos últimos anos. Essas também ocorreram nas condições de trabalho e de acesso dos servidores a direitos, bem como nos serviços, inseridas nos contextos mais amplos das mudanças na acumulação capitalista. Embora o nosso objetivo não seja tratar particularmente dessas mudanças nos serviços públicos, destacaremos, a priori, algumas elaborações de Ursula Huws, socióloga do trabalho e professora da Universidade Metropolitana de Londres, sobre o processo discutido pela autora como *mercadorização*, porque entendemos como importante mediação para a compreensão das mudanças nas condições de trabalho dos servidores públicos nos últimos anos.

Para Huws (2017), está em curso, mundialmente, um processo de mercadorização dos serviços públicos, de tal forma que eles possam ser negociados para obtenção de lucros e apropriados pelo capital, ou melhor, reapropriados pelo capital, uma vez que são esses serviços, principalmente os que estão vinculados às políticas sociais universais, resultados de lutas dos trabalhadores por redistribuição da mais-valia.

Acontece que, o contexto de expansão das imensas companhias de serviços, como discutimos no primeiro capítulo, particularizado pela autora após a crise financeira de 2008, vem tornando cada vez mais genéricas suas atividades, com características de mercadorias padronizadas, passíveis de utilização em diversos setores econômicos, e que possibilitam, ao mesmo tempo, uma rigorosa lógica econômica de oferta de serviços a preços mais baixos. Esse cenário, quando associado a uma retórica sobre o encolhimento do Estado, que se materializa nas medidas de austeridade fiscal, vem conformando uma justificativa perfeita para as relações dessas companhias com os governos, e consequente mercadorização dos serviços públicos.

A mercadorização ou a transformação dos serviços públicos em mercadorias comercializáveis ocorre mesmo em casos de serviços públicos ainda não terceirizados para as companhias, mas que passam a ser geridos como se o fossem, cada vez mais colocados sob a disciplina do mercado, a fim de assegurar serviços supostamente mais econômicos e eficazes. “Apenas quando a atividade for, realmente ou potencialmente, transformada em algo que pode ser feito ou vendido por uma

empresa em busca do lucro, o terreno estará preparado para mais reestruturações” (ibid, p. 306).

Nesse processo se desenvolvem os estágios de desmembramento dos serviços em diversas partes e, relações análogas às do mercado são introduzidas, como a padronização e rotinização de tarefas dos servidores, acompanhadas da introdução de protocolos e monitoramentos estatísticos, avaliação de resultados, além de uma pressão, mundialmente falando, para redução dos salários e das condições de trabalho desses trabalhadores, últimos portadores remanescentes de um conjunto de aspectos de como deveria ser um trabalho decente.

Também leva tempo e, geralmente, requer uma passagem gradual do trabalho para um novo e diferentemente treinado grupo de trabalhadores, inclusive, introduzindo nesse âmbito uma nova precariedade através de contratos temporários (ibid).

Na administração pública brasileira, embora os vínculos temporários ainda representem aproximadamente 5% na esfera federal e 8% nos estados, esse foi o tipo de vínculo que mais apresentou crescimento entre 1994 e 2017, em relação aos vínculos estatutário e celetista, isso sem considerar os anos de 2007 e 2010, em que o número de temporários ultrapassou esse percentual devido à contratação de recenseadores pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IPEA, 2022).

Quando se trata das mudanças relacionadas ao acesso dos servidores aos direitos o quadro se torna ainda mais complexo. Em uma pesquisa sobre as tendências dos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), aos quais estão submetidos os servidores públicos, Freitas *et al* (2020, p. 15) alertam para o “elementar e mais grave traço já em curso na destruição de todas as aposentadorias públicas”: a conversão dos RPPS em organismos de investimentos financeiros, capitalizados, e em importantes investidores no mercado de capitais.

Em 2008, com a deliberação decorrente das modificações da EC 41/2003 (a contrarreforma da previdência do Governo Lula), os RPPS foram orientados pela Portaria nº 403/2008 do Ministério da Previdência Social a segregar seus valores monetários em dois diferentes fundos previdenciários públicos como condição para que a parte superavitária pudesse ser capitalizada (ibid, p. 11).

A capitalização – forma particular, financeirizada de risco – da gestão dos recursos monetários recolhidos como previdência social torna cada vez mais problemático o acesso à aposentadoria desses trabalhadores, pelo risco e incerteza que aporta. Os autores lembram ainda, que, as previdências não seriam metamorfoseadas em capitalização se não mobilizassem enormes quantidades de riqueza. “Riquezas que são difundidas como insuficientes e que justificam a mítica argumentação sobre déficit”, narrativa inclusive utilizada em todas as contrarreformas da previdência (ibid, p. 15).

Para Silva (2015), essas são mediações que exprimem também um grande desafio para a organização sindical do setor público, uma vez que, não obstante a sua vigorosa expansão nas últimas décadas, cabe aos servidores públicos a tarefa de “influenciar e, ao mesmo tempo, adaptar-se às novas condições de trabalho estabelecidas no aparelho estatal” (ibid, 33).

Sobre esse aspecto da organização sindical, recuperaremos com mais fôlego algumas de suas linhas gerais, porque nos ajuda a compor um quadro de referências da proteção social deste grupo de trabalhadores nos dias atuais, e mais precisamente da relação que vem se constituindo entre os servidores e o direito à saúde.

Assim, destacamos alguns aspectos relevantes ao nosso debate: o primeiro deles é que se faz imperioso o resgate no que diz respeito à relação dialética entre economia e política no interior da totalidade da estrutura social.

Falar em política na tradição marxista, embora reúna polêmicas, tem um sentido geral de compreensão sobre a forma como as classes burguesas e trabalhadoras se movimentam para conservar ou mudar, enquanto sujeitos históricos, o poder vigente. É este terreno da política, da luta de classes, que permite transformações no seio das contradições existentes no modo de produção capitalista.

É por isso que, no prefácio da obra “Para a Crítica da Economia Política” o próprio Marx deixa nítido que as classes não aparecem como uma posição econômica imóvel. O trecho seguinte é fundamental para compreendermos as possibilidades de revolução social, e de intervenção dos seres humanos no interior dessa totalidade da estrutura social:

na produção social da própria vida, os homens constroem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência (MARX, [1859] 2008, p. 47).

Em uma certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou, o que não é mais que sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais elas se haviam desenvolvido até então. De formas evolutivas das forças produtivas que eram, essas relações convertem-se em entraves. Abre-se, então, uma época de revolução social (ibid, p. 48).

Tal como em Marx, também em Gramsci, a vida social é um terreno dinâmico de alternativas, e não há situação histórica que não possa ser mudada pela ação consciente dos homens organizados, pela política como práxis possibilitadora do desenvolvimento de ações conscientes de pertencimento de classe e luta pela emancipação humana (COUTINHO, 1994).

Assim, para o marxista Italiano, Gramsci (2000), ao contrário da pequena política, restrita, em que estão situadas as práticas e projetos políticos ligados à manutenção e legitimação da divisão de classes, das relações de poder entre governantes e governados, a práxis política acontece na progressiva conquista de uma unidade política-ideológica das classes subalternas, superando os próprios limites corporativos, alargando e articulando seus interesses e necessidades, em direção a uma consciência ético-política que visa a totalidade, que visa o universal.

Examinando os diversos momentos em que se articulam as relações de forças entre as classes sociais, Gramsci também elucida que no momento sindicalista, embora tenha sido atingida a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros de um determinado grupo social, ela ainda está situada no campo econômico, participando da legislação, reformando, modificando, mas ainda nos quadros fundamentais existentes (ibid).

Mas há ainda a possibilidade da construção de um novo momento, com unicidade entre os fins econômicos e políticos, no plano da luta universal, no qual os interesses de um grupo social fundamental tornam-se interesses de uma série de grupos subordinados. É nesse momento que se pode identificar uma consciência

ético-política de classe e que se dá a formação de uma vontade coletiva revolucionária dirigida pelas classes subalternas (GRAMSCI, 2000).

Com essas premissas, destacamos e desenvolvemos o nosso segundo aspecto: os mecanismos que têm sido utilizados historicamente pelos servidores públicos para garantir a proteção social desse grupo de trabalhadores e como eles se relacionam com o direito à saúde no Brasil.

O reconhecimento do direito à greve e à organização sindical dos servidores públicos foi efetivado somente com a Constituição Federal de 1988. Contudo, antes disso, a ausência de garantia legal não impediu o surgimento de organizações desses trabalhadores, nem o desenrolar de suas reivindicações por direitos.

Até 1950, os servidores eram representados por associações. Foi a partir de 1952 que as suas entidades e movimentos representativos passaram a se organizar numa entidade de caráter federativo, unificadora e normatizadora das lutas e reivindicações. Em 22 de setembro fundou-se a União Nacional dos Servidores Públicos (UNSP), entidade que congregava diversas associações e que, juntamente com a União dos Previdenciários do Brasil (UPB), conquistou o primeiro Estatuto dos Servidores Públicos Federais do Brasil, a Lei nº 1.711/1952 (CONFEDERAÇÃO, 2013).

A lei 1.711/1952 é reconhecida por introduzir a política social para os servidores públicos, porque além de instituir os preceitos burocráticos para o provimento, progressão na carreira, remuneração, disciplina, trata dos aspectos concernentes ao atendimento das necessidades sociais desse grupo de trabalhadores no seu Capítulo VII, Art. 161: I – assistência médica, dentária e hospitalar, sanatório e creches; II – previdência, seguro e assistência judiciária; III – financiamento para aquisição de imóvel destinado a residência; IV – cursos de aperfeiçoamento e especialização profissional; V – centros de aperfeiçoamento moral e intelectual dos funcionários e famílias, fora das horas de trabalho.

Anos depois, a lei nº 3.373, de 1958 regulamentaria o disposto no mencionando art. 161, instituindo o Plano de Assistência ao Funcionário e sua Família e a criação do Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado (IPASE).

Em análise sobre a problemática do sindicalismo na esfera pública, Silva (2015) ressalta que, apesar das reconhecidas conquistas, as ações das entidades nas quais

esses trabalhadores se organizavam em torno da luta por direitos estiveram confinadas hegemonicamente no assistencialismo e clientelismo político até os anos 1970. Nas elaborações do autor, a expansão do associativismo no setor público brasileiro e de atividades de caráter eminentemente sindical só passam a se desenvolver a partir de 1978, tendo como marco a greve dos professores da rede pública de ensino do Estado de São Paulo, ainda à revelia da legislação autoritária, sendo intensificadas a partir da aproximação com a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

A CUT surge em 1983, no Congresso Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT), como expressão de um setor sindical responsável em grande medida pelas greves do final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Reconhecida por vocalizar as demandas de amplos setores da sociedade brasileira na luta contra a ditadura militar, pela redemocratização, por direitos e por denunciar a precariedade das condições de vida e trabalho dos assalariados. E, de fato, ao longo dos anos, foi se tornando expressiva a participação de lideranças sindicais do setor público nos congressos e organismos dirigentes dessa entidade.

Nas análises de Silva (2015), entre o CONCLAT e III Congresso Nacional da Central Única dos Trabalhadores (CONCUT), os trabalhadores do setor público ascenderam rapidamente no meio sindical cutista. Há expressiva participação desses nas estratégias de confronto adotadas pela Entidade nas resoluções dos CONCUTs realizados na década de 1980, através de mobilizações grevistas e resistência aos planos de estabilização econômica implementados entre o último governo militar e o primeiro governo civil.

Para se ter uma ideia, entre os anos de 1978 e 1992, ainda que os trabalhadores públicos tenham sido protagonistas de um número menor de greves (36,2%) em relação às greves do setor privado, esses representaram 60,9% de todo o contingente de grevistas e ainda, do ponto de vista das jornadas perdidas, 75,2% foram referentes às suas jornadas (SILVA, 2015).

As primeiras demandas dos servidores foram expressas no Plano de Lutas elaborado ainda pelo CONCLAT de 1983, sob a bandeira “Luta em Defesa dos Servidores Públicos” e que, entre outras pautas, reivindicava um novo estatuto para atender aos interesses desse grupo de trabalhadores (ibid).

Enquanto no primeiro, segundo e terceiro CONCUTs que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-1988), Silva (2015) destaca uma maior generalidade das resoluções, associando demandas específicas dos servidores a demandas gerais da população. Na visão do autor, na falta de condições de impor perdas econômicas diretas ao seu empregador, o Estado, tal associação se tornou estratégica para o ativismo sindical da categoria. Ou seja, o apoio dos usuários dos serviços públicos reivindicando a expansão do Estado, dos direitos e do seu orçamento são fundamentais para o atendimento das demandas específicas dos servidores.

Contudo, apesar das disputas pelo apoio dos usuários aos serviços públicos, enfrentando não raramente um movimento contrário dos Governos que procuram demonstrar os prejuízos que as greves e o corporativismo dos trabalhadores públicos causam à população, Silva defende que a generalidade de algumas resoluções, ou a associação de demandas específicas de categorias organizadas de trabalhadores a temas políticos, econômicos e sociais mais amplos afirmam uma identidade à CUT, a fim de possibilitar o seu reconhecimento como órgão máximo de representação dos trabalhadores brasileiros, e não apenas de categorias representadas pelos sindicatos cutistas (ibid).

No ano de 1988, o número de greves encabeçadas pelos trabalhadores do setor público (1.116) ultrapassou as do setor privado (947), correspondendo a 52% do total de greves do período. Mas, para além das greves e importância quantitativa no III Congresso realizado neste mesmo ano, os servidores foram vanguarda no enfrentamento das políticas governamentais do Governo Sarney, voltadas à redução dos gastos e investimentos públicos nos programas sociais, especialmente na habitação, saneamento, saúde, educação, nas empresas estatais, e arrocho salarial após o fracasso do Plano Cruzado (SILVA, 2015).

Neste mesmo ano, a Carta Magna delineou o acesso desse grupo de trabalhadores a uma série de direitos sociais através do Regime Próprio da Previdência Social (RPPS), posteriormente regulamentado através da Lei nº 8.112 de 1990, que estabeleceu um novo plano de seguridade social para os servidores, o Regime Jurídico Único (RJU), ratificando o Estatuto de 1952.

No art. 185 da referida lei, são identificados os benefícios a que os servidores e seus familiares têm acesso. Utilizaremos a classificação em grupos elaborada por Bazi Brandão (2015, p. 255) para simplificar a compreensão:

O grupo de benefícios previdenciários que prevê a aposentadoria, as pensões, os auxílios natalidade, funeral, reclusão;
a saúde, que contempla a assistência à saúde e as licenças para tratamento de saúde, acidente em serviço;
e o grupo que contempla a garantia de condições de trabalho adequadas.

Ainda de acordo com o autor, o primeiro critério de participação nesse sistema é a contribuição ao plano. A lógica securitária é determinante, pois os direitos estão vinculados à contribuição do servidor. Ressalta-se, ainda, que a sua abrangência não se restringe aos benefícios previdenciários, pois este é um critério de acesso a outras licenças, benefícios, a assistência à saúde e assistência social (ibid).

O novo Estatuto surge em meio à vitória de Fernando Collor para a Presidência da República (1989) e a sua política privatizante, que tornava os servidores públicos verdadeiros bodes expiatórios, alvos das reformas orientadas para o mercado na agenda pública. Nesse contexto, Silva (2015) analisa que as lutas dos servidores seguiram associando reivindicações por reposições das perdas e contra as demissões, ao combate do desmonte e da privatização do Estado. Mas, “limitando-se a uma luta defensiva (...) sem apresentar nenhuma alternativa concreta à persistente crise da administração pública brasileira” (ibid, p. 114). Para o autor, a ação sindical essencialmente defensiva desses trabalhadores, assim como dos trabalhadores do setor privado persistiu ao longo dos anos 1990 (ibid).

Aqui consideramos fundamental incorporar as análises de Mota (2015) sobre a ação política dos trabalhadores em torno da seguridade social, entre as décadas de 1980/90, no intuito de reforçar que tal limitação não pode ser simplesmente considerada uma eventual despolitização das posições e lutas das classes subalternas. “Trata-se de uma luta limitada pelas condições objetivas dominantes na ordem capitalista, mas o horizonte ideológico e político dessas lutas é o da autonomização das condições de reprodução do trabalhador diante da esfera da reprodução econômica do capital” (ibid, p. 169).

Nos CONCUTs sobretudo dos anos 1990, por exemplo, é comum encontrar balanços políticos em que a falta de reajustes salariais, ameaças à estabilidade e à perda dos benefícios dos servidores públicos estejam vinculados à reestruturação produtiva e à reforma do Estado. Sendo o enfrentamento desses últimos expressão do horizonte político estratégico das lutas contra a ordem capitalista.

Além disso, embora nas próprias resoluções dos CONCUTs se admita que a capacidade de mobilização desse grupo de trabalhadores tenha sofrido importante inflexão nessa década, as estratégias cutistas de enfrentamento à retirada de direitos via reforma administrativa apontam, ao mesmo tempo, para o enfrentamento dos desmontes, numa unidade entre servidores e sociedade na defesa dos serviços públicos universais e de qualidade.

Mota (2015), ao analisar o pensamento da CUT, em especial na conjuntura de crise como a do trânsito da década de 1980 para os anos 1990, destaca a similaridade dos princípios defendidos pela Entidade com os do Partido dos Trabalhadores (PT), exercendo, ambos, uma atitude de crítica e de vigilância sobre o processo de implementação das medidas conquistadas em torno da seguridade social.

A autora destaca, por exemplo, que a posição mais representativa do pensamento dos trabalhadores vinculados à CUT foi expressa na campanha e no documento “13 Pontos em Defesa da Seguridade Social”, em decorrência de um seminário nacional realizado pela Secretaria de Políticas Sociais da CUT em 1992. Movimento que ocorre, concomitantemente, ao posicionamento assumido pela bancada do PT na Câmara dos Deputados. São os seguintes esses 13 pontos:

1. Gestão pública da previdência; 2. Auditoria pela sociedade; 3. Modernização da gestão; 4. Ampliação e melhoria dos serviços; 5. Recursos da seguridade para a seguridade; 6. Fiscalização pela sociedade; 7. Execução das dívidas públicas e privadas; 8. Ampliação imediata dos benefícios; 9. Aposentadoria por tempo de serviço; 10. Não à privatização do benefício acidentário; 11. Reajuste mensal pela inflação; 12. Pagamento dos 147% para os aposentados; 13. Revogação do Decreto n. 430.

Ou seja, ainda que se afirme de forma categórica a necessidade de se manter a autonomia partidária da CUT, há evidente vínculo entre a Entidade e o Partido dos Trabalhadores (PT). Em suas pesquisas, Silva (2015) destacou que 76% dos

delegados do V Congresso da CUT, por exemplo, expressaram preferências políticas e ideológicas vinculadas ao partido.

Acreditamos que essa proximidade pode ter contribuído para a valorização das necessidades de diversos segmentos das classes trabalhadoras, não apenas assalariados do setor público, privado ou aposentados, mas também dos que estão fora do mercado formal de trabalho. As posições dos agrupamentos políticos partidários e suas teses no interior da Entidade teriam, portanto, contribuído, nos termos de Gramsci (1988), para a organização de uma *vontade coletiva*.

Com efeito, na consulta que realizamos nas 13 resoluções dos Congressos da CUT, realizados após a promulgação da Constituição Federal de 1988, tornou-se nítido que o pensamento da Entidade e a defesa dos trabalhadores congressistas, fortemente representada por servidores públicos, em torno dos direitos sociais, em especial a saúde, têm implicado em lutas e afirmação da sua universalidade.

No início dos anos 1990, as políticas sociais foram consideradas no 4º CONCUT a base para a construção de uma sociedade democrática e rumo ao socialismo. Nas lutas, a Entidade apontava a defesa da previdência, da saúde e da educação públicas e gratuitas, considerando que esses últimos deveriam contribuir inclusive com a qualidade de vida dos mais de 30 milhões de assalariados sem carteira assinada à época, dos sem-terra, sem-teto, etc (CUT, 1991).

Também foram deliberadas nesse Congresso a criação de grupos de trabalho e realização de encontros e seminários que possibilitassem a definição de propostas e ações específicas nas áreas de saúde pública, educação e outras (ibid).

Chamam a atenção as questões relativas à saúde da mulher trabalhadora, quase sempre relacionadas com a saúde reprodutiva. Entre o 4º e 5º CONCUTs, realizados, respectivamente, nos anos 1991 e 1994, a Entidade situa estrategicamente a defesa dos seguintes pontos: assistência integral à saúde da mulher; saúde preventiva; descriminalização e legalização do aborto; afastamento nos três primeiros meses de gravidez de mulheres que trabalham com radioatividade e produtos químicos; acesso democrático à informação e ao uso de métodos contraceptivos. Inclui-se ainda realizar campanha contra esterilização em massa das mulheres; realizar cursos e seminários sobre direitos reprodutivos, gênero e

classe, conhecimento do corpo e interferência da maternidade no trabalho e vice-versa (CUT, 1991; 1994).

A partir do 5º CONCURT crescem as críticas ao plano antidemocrático, antinacional e neoliberal empreendido pelos governos Collor e de seu sucessor Itamar Franco, à falta de verbas para a saúde, educação, moradia e reforma agrária, ao ataque às empresas públicas, aos direitos sociais e aos direitos dos servidores públicos. Ao lado de lutas voltadas aos trabalhadores assalariados dos setores públicos e privados, como recuperação dos salários e redução das jornadas de trabalho, o tema das políticas públicas surge pela primeira vez como bandeira prioritária de luta no plano de ação CUTista.

A defesa da garantia destes direitos pelo poder público objetiva viabilizá-los para o conjunto dos trabalhadores, desde os representados pelos sindicatos mais organizados até os menos organizados, assim como para os trabalhadores da economia informal, os rurais e aqueles sem qualquer representação. Para tanto é preciso assumir as lutas para qualificar o trabalhador como sujeito social, não se fechando no corporativismo nem no economicismo. Fixar parâmetros básicos para as políticas de abrangência nacional nas áreas de saúde, educação, moradia, criança e adolescente e outros. Assim, é importante conceituarmos modelos de financiamento, gestão e controle público (CUT, 1994, p. 23).

Sob a noção de que o exercício pleno da cidadania só seria alcançado se a todos os cidadãos e cidadãs, assalariados ou não, fossem assegurados os direitos essenciais, no 5º CONCURT a Entidade inclui o Sistema Único de Saúde (SUS) como potencial bandeira de luta ofensiva, também por sua capacidade de unificar o conjunto de trabalhadores da cidade e do campo. “É preciso inverter a lógica assistencial atual e mudar o modelo de atenção hospitalar e curativo para um modelo que priorize a prevenção e a educação sanitária, aliado à luta por melhores condições gerais de vida e trabalho” (ibid, p. 54).

Ao mesmo tempo, é nosso papel romper com a política contraditória da Central na luta pelos direitos sociais, pois, se de um lado defendemos o papel do Estado para viabilizar as políticas públicas, de outro lado nossos sindicatos são obrigados a encaminhar no dia-a-dia acordos para seguro-saúde, planos de assistência médica e escolas privadas (ibid, p. 23).

Também entraram no campo das estratégias da CUT a participação nos conselhos de saúde nacional, estadual e municipal, esferas em que deveriam ser realizadas a defesa de um modelo de saúde que priorizasse a prevenção e educação sanitária, aliado a melhores condições de vida e de trabalho; a defesa de um orçamento de 10% a 15% das receitas da União, dos estados e municípios, além dos 30% do Orçamento da Seguridade Social, que deveriam servir para alavancar o setor público e não o privado; e um plano de carreira para os trabalhadores do SUS.

Nas discussões em torno da seguridade social defende-se ainda a universalidade da política de assistência social, com imediata implantação de um sistema descentralizado, com representação de trabalhadores e suas entidades nos seus conselhos, visando assegurar a proteção social a todos os trabalhadores e trabalhadoras brasileiras.

No 6º CONCURT, que data de 1997, o balanço político presente nas resoluções traz à tona uma preocupação que se gestava ainda de forma tímida no Congresso anterior: a de que parecia haver um descompasso entre a campanha proposta pela Executiva Nacional e as necessidades dos sindicatos filiados. Toma-se como exemplos as campanhas em torno da saúde e educação públicas, elaboradas para o conjunto da CUT, mas que não foram incorporadas pela maioria dos sindicatos.

Na avaliação da Entidade, foram encontradas dificuldades até mesmo de socializar com os sindicatos filiados as discussões realizadas no Conselho Nacional de Saúde, interferindo na baixa mobilização destes junto às propostas elaboradas pelo Conselho. Novamente o Congresso apontava junto à presente crítica, a necessidade da luta por saúde pública e gratuita, saneamento básico, educação e outros direitos sociais, desta vez, como uma estratégia de aliança com o movimento popular e o movimento estudantil, e reforçava a necessidade de conquistar o apoio da opinião pública.

Frente ao que o Congresso chamava de “imenso leque de problemas sociais”, a luta por saúde pública e gratuita se configurava como uma prioridade de ação da Central sindical. Admitia-se uma perda de capacidade de investimento do Estado em serviços essenciais públicos favorecendo o fortalecimento de uma ideologia privatista, que estaria mudando radicalmente o conceito de cidadania no Brasil. “Ao invés de sujeito de direitos, é atribuída a condição de cidadão àqueles que se constituem

enquanto consumidores e podem adquirir direitos apenas enquanto mercadorias” (CUT, 1997, p. 31).

No item “propostas para uma política de cidadania”, foram então incorporadas as seguintes propostas: a) a CUT deverá intensificar e priorizar sua luta por políticas sociais públicas, como habitação, saúde, previdência e assistência social, o seguro acidente de trabalho, entre outras políticas; b) trabalhadores e a sociedade civil deverão ter um controle de gestão e participação cada vez maior.

Apesar do avanço da atuação da CUT no campo das políticas sociais, ainda enfrentamos muitas dificuldades no desenvolvimento desse trabalho, pelo fato de o movimento sindical se apresentar historicamente mais voltado para as questões relacionadas ao emprego e salário. É preciso igualar em importância a luta em defesa do salário e emprego e a luta em defesa dos direitos sociais. O trabalhador empregado com carteira assinada (a maioria nem isso tem) não significa necessariamente que ele se constitui em cidadão (ibid, p. 33).

Também foram elaboradas moções de repúdio ao projeto de privatização da saúde (criação das organizações sociais) na Bahia; e ao projeto de venda de medicamentos em supermercados, empórios e botequins, sob a justificativa de que tal desregulamentação no comércio de medicamentos visava atender aos interesses dos monopólios das indústrias multinacionais farmacêuticas e supermercadistas. Não é possível admitir que a saúde do povo seja tratada com tamanho descaso. “Todos os cidadãos têm direito à saúde com dignidade, que pressupõe, entre outras ações, acesso e uso dos medicamentos de forma racional, como parte de uma Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica” (ibid, p. 41).

Os trabalhadores reunidos no 6º Congresso Nacional da CUT aprovaram ainda uma moção de apoio ao movimento da luta antimanicomial, em defesa da aprovação do Projeto de Reforma Psiquiátrica, por entender que este “permitiria aos usuários dos serviços de saúde mental o resgate da cidadania e o tratamento digno” (ibid, p. 39).

No 7º Congresso, anos 2000, as lutas da Entidade continuaram repousando na crítica ao neoliberalismo, ao Fundo Monetário Internacional (FMI), ao desemprego e, sobretudo, contra as ações privatizantes do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). Em paralelo, apontava-se a necessidade de construção de um

programa nacional que promovesse “o desenvolvimento com inclusão social, democracia e justiça”, com investimentos públicos capazes de gerar empregos e fazer frente às necessidades essenciais, como saúde, educação, saneamento, transporte, etc (CUT, 2000, p. 11).

Apesar de ser recorrente o chamado para construção desse programa nacional que substituísse a orientação econômica vigente, e a indicação de que as ações do sindicalismo deveriam estar voltadas para a consolidação, expansão e aperfeiçoamento das políticas sociais, identificamos que se comparadas às resoluções do 6º Congresso, o CONCUR dos anos 2000 não incluiu nas suas estratégias a centralidade da luta pela saúde pública e gratuita.

Nem mesmo à saúde do Trabalhador foram dedicadas resoluções que apontassem para ações ativas, na perspectiva de realização de um plano de lutas para os anos seguintes. Para não dizer que as discussões sobre a saúde foram inteiramente negligenciadas, em pautas como a participação da CUT no Fórum Nacional de Lutas e na defesa de direitos e liberdade e autonomia sindicais essa temática surge ao lado de outras políticas e da necessidade de participação dos sindicalizados em mobilizações sociais contra os ataques aos direitos.

No que se refere especificamente às reivindicações dos servidores públicos, identificamos que nos anos 2000, apesar das análises voltadas à necessidade de fortalecimento das lutas contra a crise dos serviços públicos diante das medidas neoliberais, assume certa centralidade uma luta com foco na carreira, nas melhorias de condições de trabalho e em reajustes salariais, a começar pelo 7º CONCUR com a forte campanha pela redução das jornadas de trabalho, e pela abertura de negociações coletivas no setor público.

No Congresso seguinte, realizado em 2003, ano em que tem início o primeiro Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, toda ação dessa categoria mencionada nas resoluções é voltada estrategicamente para o enfrentamento da contrarreforma da previdência, diminuindo a tônica desse grupo de trabalhadores como sujeitos fundamentais para as lutas em torno dos serviços públicos e demais políticas sociais.

Por outro lado, sob o lema “disputar a hegemonia política visando a construção de uma nova sociedade”, o 8º CONCUR de 2003 incluiu a saúde pública em diversos

eixos estruturantes do Congresso, quase sempre junto à necessidade de estabelecimento de alianças estratégicas da Entidade com outros setores, visando a mobilização popular em torno das lutas por direitos. Esse movimento pode ser percebido nos eixos correspondentes ao papel do Estado, políticas públicas e atuação da CUT; políticas de emprego e renda e sistema público; reforma sindical e trabalhista; e seguridade social.

Com a vitória de Lula e o fortalecimento da base social que o apoiou, abre-se no Brasil uma grande possibilidade para avanços nos direitos sociais, econômicos e democráticos. Para conquistar esses direitos (emprego, reforma agrária, saúde, educação, segurança, entre outros) e mudar o rumo da economia nacional, o movimento popular deverá assumir uma grande responsabilidade histórica, que consiste na capacidade de lutar e mobilizar os trabalhadores e o povo em geral para realizar as mudanças necessárias. Portanto, o avanço do projeto de desenvolvimento nacional com distribuição de renda somente será possível com intensa mobilização popular (CUT, 2003, p. 24).

Pode-se dizer que a partir dos anos 2006 o centro da tática CUTista passa a combinar o apoio às reeleições petistas, em uma perspectiva de avanço do projeto democrático popular e valorização do trabalho frente às problemáticas instauradas com o neoliberalismo dos Governos anteriores. Com objetivos a serem seguidos, a partir do 9º CONCUT realizado nesse mesmo ano, articulados em torno de cinco eixos estratégicos.

No primeiro eixo, *eleições 2006 – o papel da CUT frente aos projetos em disputa*, destacamos a relevância que a Entidade atribuiu às mudanças necessárias na política econômica, como redução dos juros e do elevado superávit primário. Na avaliação dos congressistas, estancar a sangria de fundo público para o mercado financeiro era um passo fundamental para a ampliação de políticas públicas e “Mais Direitos Para o Povo”, valorizando, sobretudo, o SUS como política de Estado.

Nesse sentido, o segundo eixo, *emprego, salário, desenvolvimento e inclusão social*, apontou a necessidade de engajamento da CUT nacional e as estaduais pela aprovação da regulamentação da EC 29, PL 01/2003 que definia os critérios para o financiamento do SUS nas três esferas de governo e tramitava no Congresso Nacional, e contra os “ataques ao SUS, protagonizados pelos empresários e de seus

representantes que estão inseridos no parlamento e no poder executivo” (CUT, 2006, p. 27).

Nessa trilha, os serviços e o funcionalismo público aparecem, ao lado da universalização dos direitos sociais públicos e gratuitos, como imprescindíveis à soberania da nação. Assim, a saúde, mencionada como uma das mais importantes conquistas históricas dos trabalhadores brasileiros, por se destinar a toda a sociedade, aparecia nas preocupações da Central, principalmente, a partir de dois caminhos: de resistência à mercantilização, terceirizações e parcerias entre o público e o privado que passavam a ocorrer no setor; e da defesa de planos de carreiras, cargos e salários do âmbito do SUS (PCCS-SUS) e de regulamentação de alguns segmentos profissionais.

Não existem políticas públicas de qualidade sem valorização dos servidores públicos. Para além da convocação – encaminhada pelo atual governo – de milhares de servidores públicos por meio de concursos, o movimento sindical tem se organizado em torno da luta por planos de carreira (ibid, 2006, p. 22).

Em face à significativa preocupação e em defesa da tentativa de uniformizar as diretrizes de gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, a CUT defenderá a agilização do debate da proposta do PCCS-SUS elaborada pela Comissão Especial Responsável pela Elaboração da Proposta Preliminar de Diretrizes dos PCCS do SUS e orientará suas entidades orgânicas e filiadas no sentido de garantir as reivindicações históricas dos trabalhadores do SUS (ibid, p. 28).

A CUT deve reivindicar do Governo Lula, que encaminhe imediatamente a definição do Regime Jurídico e das atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias (ibid, p. 72).

Nos terceiro e quarto eixos, *democratização do Estado, políticas públicas e universalização de direitos*, e *Fortalecimento da Estrutura e Organização da CUT*, respectivamente, a saúde do trabalhador no SUS tem considerada relevância, retratando desde a ausência de atuação dos municípios, planejamento local e das equipes de saúde em torno da pauta, à necessidade de estabelecer uma política de organização e formação sindical que contemplasse a análise de determinantes, riscos e danos à saúde de trabalhadores:

o investimento em recursos humanos e materiais é muito baixo, sendo incipientes os mecanismos de participação e controle social, por exemplo, não existem Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST's) na quase totalidade dos municípios (ibid, p. 32).

Por isso é necessário que a CUT promova cursos de capacitação em Saúde do Trabalhador, realizando em conjunto com um jurídico previdenciário a todos os dirigentes sindicais cutistas (...) devendo ser transformadas as necessidades e problemas de saúde em luta coletiva dos trabalhadores (ibid, p. 32).

Reafirmamos os princípios do SUS como norteadores das suas ações em saúde do trabalhador(a), as deliberações da 11ª Plenária da CUT de trabalhar com a ótica da vigilância em saúde para intervir precocemente nas condições de riscos e agravos à saúde desde os locais de trabalho (ibid, p. 63).

Embora não apareça no quinto eixo, *relação com os movimentos sociais*, a CUT chega a mencionar como urgente um efetivo envolvimento dos sindicatos em defesa do SUS, participando do Fórum Popular de Saúde (FOP), além dos espaços de controle social também citados nos Congressos anteriores, como as conferências, conselhos e comissões temáticas. Inclui-se ainda nas resoluções do 9º CONCURT as lutas pela saúde dos povos indígenas, do campo, dos trabalhadores LGBT, e a participação de aposentados e pensionistas em defesa do SUS.

No CONCURT realizado em 2009, o enfrentamento à crise, na avaliação da entidade uma crise estrutural do neoliberalismo, passava pela rejeição a qualquer acordo amplo que utilizando-se do seu pretexto, buscasse retirar direitos para ampliar lucros. Ao mesmo tempo, defendia-se uma resposta ofensiva, de construção de iniciativas que resultassem na criação de um modelo de desenvolvimento alternativo e hegemônico, mas em comum acordo e apoio ao projeto democrático-popular representado pelo Governo Lula, como imperativo a um cenário mais favorável à classe trabalhadora.

Nesse marco estratégico foram situadas as principais lutas e ações da Central nas resoluções do 10º Congresso: democratização das relações sociais e de trabalho; pela manutenção e ampliação de direitos da classe trabalhadora; por garantias de trabalho decente para homens e mulheres; pela democratização do Estado e dos mecanismos de controle social e pela inclusão social da população tendo como premissas a cidadania, a universalização de direitos e o fortalecimento das políticas públicas (CUT, 2009).

O projeto de desenvolvimento perpassava, sobretudo, pela consolidação de um Estado democrático, em que a defesa de um sistema universal de seguridade assumia uma importância estratégica ainda maior para a Entidade:

aprofundar o debate e a integração de propostas de intervenção no âmbito das três áreas que compõem a Seguridade Social brasileira – Saúde, Previdência Social e Assistência Social, em direção à sua efetiva consolidação como um sistema pressupõe, dentre outros elementos, avançarmos na proposição de alternativas concretas para compatibilizar princípios, diretrizes e os objetivos das três áreas, bem como para aprimorar os mecanismos de gestão, financiamento e controle social (CUT, 2009, p. 40).

Conquistada a EC 29, toma ainda mais força pautas anteriormente discutidas em outros Congressos, dessa vez entre os pontos considerados estratégicos da CUT e em defesa da política pública de saúde: o combate à lógica de mercantilização do SUS “fortemente instituída pela medicina privada e seguradoras de saúde” (ibid, p. 41), às fundações estatais de direito privado, às organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs), organizações sociais e outras formas de privatização.

A CUT reafirma o posicionamento contrário às Fundações Estatais e desenvolverá ações como a construção de agendas de debates e atos políticos para pressionar o governo federal a retirar o projeto do Congresso Nacional ou para que os parlamentares federais o rejeitem, caso o projeto vá à votação. Assim fazemos valer o que está garantido na Carta Magna: o conceito universal de saúde e seguridade social como direito do povo e dever do Estado (ibid).

No mundo do trabalho, persistiu a luta pela criação da carreira do SUS com responsabilidade das três esferas de governo, e estímulo à qualificação profissional, à redução da jornada de trabalho, concomitante com um piso nacional, e a contratação direta de trabalhadores e trabalhadoras, sem terceirizações, cooperativas de serviços e contratos temporários.

Pela primeira vez, desde o 5º Congresso de 1994, encontramos a recusa à “venda da saúde”, como premissa da saúde do trabalhador. Contudo, essa afirmativa não teve desdobramentos no plano de ações da entidade, ficando restrita ao apontamento de “elaborar e implementar a política de saúde do trabalhador da CUT,

tomando como base os princípios da reforma sanitária consolidados no SUS – integralidade, universalidade, equidade - como norteadores das suas estratégias” (CUT, 2009, p. 66).

O 11º CONCURTO, realizado em 2012, demarca uma importante atualização do projeto político-organizativo da CUT para os 10 anos seguintes, que junto ao *impulsionamento da luta por desenvolvimento sustentável com soberania popular, igualdade e valorização do trabalho e unidade de ação com outros atores sociais para disputa de hegemonia*, se configuraram como eixos centrais do Congresso.

Realizado no Governo Dilma Rousseff, o Congresso reconhecia um possível enfrentamento e redução do poder do capital financeiro em sua gestão, a partir da redução dos juros e afirmação de um sistema financeiro público. Porém, com a manutenção da reprodução de lógicas privatistas da gestão pública. Nesse sentido, a CUT previa para os anos seguintes uma luta por um Estado forte, através do investimento público, que retirasse do setor privado a intermediação do acesso aos direitos. E que também substituísse o “predomínio dos planos privados de saúde e de previdência, bem como a educação privada por um ousado fortalecimento do setor público” (CUT, 2012, p. 17).

A luta por uma saúde pública e de qualidade previa ainda: engajamento na campanha a favor de garantir no orçamento um recurso de 10% do PIB para o SUS; intensificar a luta contra a abertura de leitos psiquiátricos; a luta contra a institucionalização da dupla porta de acesso aos hospitais públicos; combate pela revogação da lei das organizações sociais; campanha nacional para exigir do governo Dilma a revogação da Lei que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); além da criação de um fundo social derivado da exploração natural do petróleo, com a finalidade específica de promover incrementos na saúde e outras políticas sociais.

Os congressistas do 11º CONCURTO firmaram o compromisso de realizar as chamadas “caravanas da CUT” por todos os sindicatos na base, pela ampliação das políticas públicas e sociais como a saúde, reivindicando a universalização desse direito através do acesso público às ações e serviços de promoção, proteção e assistência à saúde, inclusive, avançando na pactuação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta.

Contudo, quando se trata da saúde e da segurança dos servidores públicos, as resoluções demarcaram, pela primeira vez, a luta pelo “apoio governamental aos planos privados de saúde de autogestão, com aumento da contrapartida *per capita*” (ibid, p. 75).

No 12º CONCUR, realizado em 2015, a Entidade elaborou sua estratégia considerando a conjuntura que o país atravessava, “uma das maiores crises políticas e econômicas da sua história recente, que colocava em risco a democracia, as conquistas e avanços econômicos, políticos e sociais obtidos nos últimos 12 anos”. Quadro que exigia dos CUTistas um posicionamento firme para resistir às forças conservadoras, construindo de imediato propostas junto à chamada Frente Brasil Popular (CUT, 2015, p. 15).

Com os motes “Nenhum direito a menos” e “Não haverá golpe”, o plano de lutas seguiu contra as tentativas de retirada de direitos, em que destacamos os desvios dos recursos da seguridade social, e em defesa do governo democraticamente eleito de Dilma Rousseff.

Ainda no plano de lutas, especificamente no que se refere à saúde, destacaram-se as propostas contra a entrada do capital estrangeiro, permitida a partir da Lei nº 13097/15, e todas as formas de privatização; de retomada dos investimentos na saúde assegurando a política existente; a defesa de 25% dos royalties do petróleo e do Projeto de Lei 321/2013, de iniciativa popular, que destinaria 10% da receita bruta da União (PIB) para a Saúde (Saúde + 10).

Chama a atenção ainda a proposta aprovada pelos congressistas de “extinguir os subsídios públicos aos planos privados de saúde” (ibid, p. 103) e as denúncias contra a Proposta de Emenda à Constituição 451 de 2014 (PEC 451), que previa a cobertura pelos planos de saúde das empresas com mais de 100 trabalhadores (ibid, p. 102). Vale ressaltar que a PEC 451 de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha foi uma tentativa de tornar constitucional a determinação de que, para os trabalhadores formais dessas empresas o direito à saúde seria viabilizado através do mercado privado da saúde, garantindo o aumento exponencial dos seus consumidores.

No 13º CONCUR, a Entidade articulou o conjunto da sua estratégia e plano de lutas sob a consigna “Lula Livre”, a ser desenvolvido entre os anos 2019 e 2022. A dimensão simbólica e política de desmonte do Estado de direito que a luta pela

libertação do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva ensejava, foi o mote para uma série de reivindicações contra os retrocessos nas políticas sociais, e de análises da Entidade em torno da necessidade de ampliar a representação popular e da própria CUT nos instrumentos de controle e participação social (CUT, 2019).

Nesse sentido, assumiram centralidade as lutas pela revogação da Emenda Constitucional 95/2016 e foi apontada a necessidade de construir uma estratégia CUTista para atuação nos espaços de controle social das políticas públicas de saúde, a partir de uma atualização do projeto político-organizativo da Entidade, mas sem desdobramentos dessa estratégia nas resoluções do presente Congresso.

Na análise dos CONCUTs apreendemos uma tendência de posição ideológica vinculada à defesa de melhoria do SUS e de valorização das necessidades sociais dos diversos segmentos da classe trabalhadora, neutralizando, em geral, elementos corporativos no que se refere ao direito à saúde.

E, embora a assistência médica privada apareça eventualmente nas resoluções analisadas, como uma tímida reivindicação dos servidores públicos, esta não se configura como uma pauta presente na maioria das greves protagonizadas por esses trabalhadores até o ano de 2016, ver tabela 2, conforme os balanços das greves anualmente realizados pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Tabela 2 - Número de greves que tiveram entre as principais reivindicações a manutenção, ampliação ou introdução de assistência médica privada, e seus respectivos percentuais em relação ao total de greves no ano (2004 a 2013)

ANO	REFERENTE A TODOS OS MOVIMENTOS DE GREVE REGISTRADOS*		GREVES NAS EMPRESAS ESTATAIS		GREVES NO FUNCIONALISM O PÚBLICO FEDERAL	
2004	17	5,6%	6	22,2%	5	14,7%
2005	30	10%	5	19,2%		
2006	20	10,4%				
2007	24	7,6%				
2009	30	5,8%				
2010	30	6,7%				
2011	69	12,5%				
2012	108	12,3%	6	21,7%		
2013	208	10,1%	18	13,1%		

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em DIEESE (2005, 2006, 2007, 2009, 2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017).

Na tabela 02, embora a pauta da assistência médica tenha sido registrada em todos os anos nos movimentos de greve, no que se refere àqueles protagonizados por servidores públicos federais essa reivindicação só esteve presente de maneira central em 05 greves, totalizando 14,7% dos movimentos realizados por essa categoria no ano de 2005.

Nos anos 2014 e 2015 o balanço de greves não foi disponibilizado pelo Departamento e, a partir de 2017, os dados apresentam de forma conjunta as pautas alimentação, transporte e assistência médica, conforme a tabela 03:

Tabela 3 - Número de greves que tiveram entre as principais reivindicações a assistência médica privada, alimentação e transporte, e seus respectivos percentuais em relação ao total de greves no ano (2017 a 2020)

ANO	REFERENTE A TODOS OS MOVIMENTOS DE GREVE REGISTRADOS*		GREVES NAS EMPRESAS ESTATAIS		GREVES NO FUNCIONALISMO PÚBLICO FEDERAL	
2017	307	19,6%	20	23,3%		
2018	297	20,4%	13	17,8%	92	12,8%
2019	240	21,5%	15	34,9%	57	10,9%
2020			7	17,9%		

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em DIEESE (2018, 2019, 2020, 2021).

Não estamos querendo dizer com isso que identificamos no conjunto das práticas políticas dos servidores, aqui vislumbradas nas resoluções dos CONCUTs e a partir do levantamento das principais pautas de reivindicação dos movimentos de greve protagonizados por esses trabalhadores, a construção de um *modus operandi* de luta pelo acesso à sua saúde prioritariamente pela via do Sistema Único de Saúde ou que recuse as tradicionais formas de acesso desse segmento através do âmbito privado.

Como seria, por exemplo, o processo de transição da assistência privada à saúde dos servidores ao SUS? Esta é uma pergunta para a qual não encontramos respostas nas resoluções analisadas. Mas, ao mesmo tempo, os dados apresentados não nos permitem atribuir à pressão sindical o maior ou mais importante entre os motivos apontados para justificar, por exemplo, os investimentos do Estado com planos de saúde para os servidores públicos. Não nos permitem atribuir a opção do acesso à saúde através do mercado como fruto de uma luta político-ideológica dessa parcela de trabalhadores, tampouco que a defesa pela universalidade da saúde seja genérica, superficial.

Em última instância, compreendemos que o acesso à saúde desse agrupamento de trabalhadores tem respondido de forma particular a interesses

imediatos e concretos de suas necessidades com saúde e de condições de trabalho, mediante a histórica expropriação dos direitos sociais no Brasil, para a qual a saída predominante tem se dado através de uma crescente responsabilização desses trabalhadores por sua própria reprodução.

Então, considerando essa problematização, que mecanismos têm sido utilizados pelos servidores públicos para o acesso à saúde nos últimos anos?

Alguns estudos pioneiros da investigação acerca da medicina privada trazem importantes formulações sobre a questão, embora não tratem diretamente sobre os servidores públicos.

Remetendo-se ao momento histórico e singular da década de 1990, nas análises de Faveret e Oliveira (1990) e Mendes (1993) uma suposta *universalização excludente* do SUS, fundamentada nos limites e baixa qualidade da sua cobertura teria levado os centros do trabalho organizado mais dinâmicos à aquisição de planos de saúde. Isso porque a “ação do Estado seria residual, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde pela via do mercado” (FAVERET, OLIVEIRA, 1990, p. 140).

A expulsão de alguns segmentos de trabalhadores e da classe média teria como uma das consequências a fragilização do processo de universalização do SUS, justamente por se configurar como um grupo com maior capacidade de vocalização das demandas, ou seja, possíveis bases de apoio político para a melhoria dos serviços públicos, perpetuando um circuito de – “má qualidade – expulsão desses setores – baixa atividade reivindicatória – má qualidade” (ibid).

Para Andrade e Salles (2009) esses setores organizados do trabalho ainda poderiam ser alcançados progressivamente. Se contrapondo à tese da “universalização excludente”, as autoras reconheciam que a universalização do SUS ainda não estaria concluída, tendo como um dos principais motivos o seu subfinanciamento, e, portanto, ela não seria excludente, mas sim uma universalização inconclusa, podendo ainda alcançar todos os trabalhadores. “Uma melhora nos serviços do SUS poderia, depois de reconhecida pela população, desestimular a demanda pela cobertura de planos de saúde de contratação individual, por exemplo” (ibid, p. 164).

Na contramão desses argumentos, para Menicucci (2007), foram as heranças do modelo previdenciário, segmentado e individual da assistência médica, assumido como uma política governamental a partir dos anos 1960, que dificultaram a constituição de uma identidade coletiva entre o campo sindical e o projeto sanitarista. Essas heranças teriam condicionado a institucionalização da política pública de saúde no Brasil, mesmo após a reforma constitucional de 1988, e proporcionado um dinamismo ao setor privado.

Anos depois, a autora enfatiza que, além dessa herança, o contexto neoliberal interferiu nas escolhas pragmáticas do meio sindical mais combativo por planos de saúde, em consequência das precárias condições de trabalho e dos serviços públicos, apesar de formalmente esses sujeitos declararem apoio ao SUS (id, 2018).

Assim como para Menicucci, nas elaborações de Bravo e Marques (2012) as resistências do movimento sindical à privatização do SUS vêm sendo fragilizadas desde os anos 1990, diante da ofensiva neoliberal de mercantilização das políticas sociais. Mas, o essencial para nós, é a problematização das autoras acerca da assistencialização dos sindicatos nesse contexto, que passaram a atuar como prestadores de serviços de saúde “complementares ao Estado” e conciliadores com o mercado, mesmo após a conquistada política pública e universal da saúde.

Essa assistencialização pode ser percebida nos convênios dos sindicatos com planos de saúde, mas também no deslocamento da participação das centrais sindicais do âmbito público e universal dos conselhos de saúde para a estrutura reguladora da Agência Nacional de Saúde (ANS), remetida à luta em defesa do direito do consumidor na esfera privada, ou seja, de uma cidadania restritiva (BRAVO, MARQUES, 2012).

Os estudos de Teodoro (2018) também contribuem para pensar essa lógica de aproximação dos sindicatos e a ANS. Há uma crescente preocupação em capacitar o setor sindical para atuar junto ao mercado da saúde, inclusive para atuar nas mesas de negociação com as empresas empregadoras, o que sugere a consolidação da oferta da saúde do trabalhador no interior das relações de consumo, e traduz, na visão do autor, “um importante momento de fragilidade dos seus vínculos com os propósitos da Reforma Sanitária Brasileira” (TEODORO, 2018, p. 242). Especificamente sobre este ponto de discussão, que versa sobre a participação dos sindicatos na ANS, retornaremos com algumas contribuições no próximo tópico a partir de uma análise

sobre a Política de Atenção à Saúde dos Servidores Federais e outros determinantes que, a nosso ver, precisam ser considerados.

Em artigo intitulado: Sindicalismo, SUS e planos de saúde, para Pina *et al* (2006), apesar da emergência no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 de um setor sindical que estabelece vínculos com os planos de saúde e com a previdência complementar, a tendência é de continuidade do público e do privado nas demandas sindicais, convivendo nesse âmbito uma pressão para manter e ampliar o SUS e a participação dos trabalhadores na formulação da política pública, mas também uma disputa do fundo público para gerir e executar serviços sociais. Para os autores, “o percurso nesta direção será sinuoso, e não compreenderá uma ação político-sindical única” (PINA *et al*, 2006, p. 844).

Nossas ideias vão ao encontro das formulações de Pina *et al* (2006), embora não sejam as mais recentes, quando os autores avaliam que as estratégias do sindicalismo em relação ao acesso à saúde são contraditórias, mas seria problemática a responsabilização das organizações de trabalhadores pelo crescimento do setor privado sem considerar também a atual conjuntura brasileira e os pesos relativos que a ação sindical atribui à defesa da saúde pública.

Conforme vimos discutindo ao longo desta tese, tem se conformado no âmbito dos direitos sociais uma profunda ofensiva do capital, que acentua os padrões de expropriação de direitos, inclusive dos servidores públicos. À guisa de ilustração, pode-se perceber ao longo dos anos um crescimento de greves do funcionalismo público de caráter defensivo, ver tabela 4, que se caracterizam sobretudo pela defesa das condições de trabalho, saúde e segurança.

Esse cenário nos leva a crer que, embora a assistencialização da saúde nos sindicatos seja uma realidade, conforme as elaborações até aqui mencionadas¹¹, as perdas de direitos enfrentadas pelos trabalhadores nos últimos anos, incluindo os do funcionalismo público brasileiro, têm tornado inclusive as condições de acesso desse segmento aos planos de saúde tendencialmente mais difíceis, numa razão proporcional à sua responsabilização.

¹¹ No quadro 02, localizado na página 106, também podem ser observadas elaborações acerca da assistencialização quando tratamos dos convênios entre entidades sindicais de servidores públicos federais e clínicas de serviços médicos, planos privados de saúde e serviços de atendimento local.

Tabela 4 - Distribuição das greves no funcionalismo público federal por caráter das reivindicações (2004 - 2020)

ANO	TOTAL DE GREVES	PROPOSITIVAS	MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES VIGENTES	DESCUMPRIMENTO DE DIREITOS	PROTESTOS
2004	31	27	8	9	4
2005	33	27	7	3	19
2007	25	15	2	12	6
2008	28	15	5	9	8
2009	15	8	6	5	3
2010	23	21	7	2	7
2011	33	31	22	4	13
2012	37	30	12	5	6
2013	39	17	28	8	19
2016	36	10	21	2	12
2017	22	8	7	2	14
2018	22	8	17	5	8
2019	10	1	4	0	9
2020	5	2	0	0	3

Fonte: Elaborado pela autora, (2022). Com base em DIEESE (200, 2007, 2009, 2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021).

Obs.: a) A soma das parcelas pode ser superior ao total de greves dado que uma mesma paralisação pode conter diversas e distintas motivações;

b) No ano de 2006 o balanço realizado pelo Departamento contemplou apenas o primeiro semestre, por essa razão, optamos em não utilizar como referência;

c) Nos anos de 2014 e 2015 o balanço de greves não foi disponibilizado pelo Departamento.

Note-se na tabela 4 que, até o ano de 2012 ainda é marcante a presença de reivindicações propositivas, ou seja, que propõem novas conquistas ou ampliação de direitos nas greves dos servidores públicos federais. Os anos de 2010 e 2011 são expressivos a esse respeito, quando o número de greves que trouxeram itens propositivos chegou a 21 (91%) e 31 (94%), respectivamente.

Mas é também a partir desse momento que o caráter defensivo das greves se tornou mais acentuado, aumentando notavelmente de um ano a outro – de 9 (35%) em 2010, para 26 (73%) em 2011, quando as novas proposições passam a dar lugar a uma dinâmica de greves pela manutenção das condições vigentes. Um dado relevante segundo o Departamento, é que essas reivindicações se voltaram principalmente contra a Medida Provisória 520, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), denunciada por sindicatos de servidores das áreas da saúde e educação como privatização dos hospitais universitários (DIEESE, 2012).

Em 2013, a presença de itens de caráter defensivo nas pautas de reivindicações das greves do funcionalismo público federal ultrapassou em 40% a proporção de greves que trouxeram itens propositivos, com quase três quartos das greves (74%) exigindo a manutenção de condições vigentes e 21% exigindo o cumprimento de direitos. Chegando essas pautas a representar 90% das motivações das paralisações no ano de 2018.

Aqui parece-nos instrutivo lembrar do contexto da Constituição de 1988, no mínimo para enfatizar que, se num passado próximo o ambiente de lutas organizado por direitos e contra a ditadura militar permitiu-nos formular e disputar no âmbito do Estado a ampliação de direitos estruturados em uma perspectiva universalista, ao longo dos anos e, progressivamente, as pautas de lutas estão vinculando-se a alguma situação de instabilidade e perda desses direitos.

As pautas consideradas como protesto político também estiveram presentes em todos os balanços de greve realizados pelo Departamento, mas chama a atenção o ano de 2019, quando essas chegaram a 90% das reivindicações das/os servidores nas paralisações.

É por isso, que, quando observamos a ação política das principais entidades sindicais de servidores públicos vinculados à CUT, não surpreende o fato de nos últimos anos as reivindicações relacionadas aos planos de saúde estarem vinculadas

principalmente à dificuldade de acesso ao benefício. Esse dado é fruto de um levantamento das principais temáticas sobre planos de saúde, veiculadas nos sites oficiais das entidades sindicais de servidores públicos federais nos estados e associadas à Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (Condsef/CUT), conforme o quadro 1:

Quadro 1 - Principais temáticas levantadas por sindicatos de servidores públicos federais nos estados, vinculados à Condsef/CUT, acerca dos planos privados de saúde (janeiro 2020 – julho 2022)

ENTIDADES	TEMÁTICA	FONTES
SINDSEP-AM SINTSEF -BA SINDSEP – PE	Expulsão compulsória de servidores em decorrência de débitos com operadoras	www.sindsep-am.com.br www.sintsef.org.br www.sindsep-pe.com.br
SINDSEP-AM SINTSEF -BA SINTSEF-CE SINTSEP - GO SINDSEP-MT SINDSEP - PE SINDSEF-RO	Ajustes abusivos dos preços	www.sindsep-am.com.br www.sintsef.org.br sintsefceara.org.br www.sintsepgo.org.br www.sindsepmt.org.br www.sindsep-pe.com.br www.sindsef-ro.org.br
SINDSEP-AM SINTSEF -BA SINDSEP-PE SINTSEF - RN SINDSEF-RO	Lutas contra a redução da cobertura de procedimentos	www.sindsep-am.com.br www.sintsef.org.br www.sindsep-pe.com.br www.sintsefrn.com.br www.sindsef-ro.org.br
SINDSEP-AM SINTSEF-CE SINDSEP - ES SINTSEF -BA SINTSEP - GO SINDSEP - MA SINDSEP-MT SINDSEP - PE SINDISERF SINTRAFESC	Reparação de danos e restituição de direitos dos servidores	www.sindsep-am.com.br sintsefceara.org.br www.sindsep-es.com.br www.sintsef.org.br www.sintsepgo.org.br www.sindsep.org.br www.sindsepmt.org.br www.sindsep-pe.com.br www.sindiserfrs.org.br www.sintrafesc.org.br
SINDSEP-AM SINDSEF-RO	Aumento da contrapartida governamental nos planos de autogestão, frente à perda do poder aquisitivo e corrosão do poder de compra dos servidores públicos	www.sindsep-am.com.br www.sindsef-ro.org.br

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Obs.: a) Dentre os sindicatos vinculados à Condsef/CUT, alguns não possuem sites oficiais e/ou não publicaram notícias vinculadas aos planos privados de saúde, por isso não foram considerados na amostra;

b) Esse levantamento não tem caráter estatístico. O objetivo é apenas mapear as notícias mais relevantes em cada entidade.

A luta contra os aumentos nas mensalidades dos planos de saúde tem aparecido, frequentemente, nas pautas de algumas entidades sindicais, sobretudo aquelas que congregam servidores que fazem uso da Geap Saúde, operadora de plano de saúde de autogestão, viabilizada pelas contribuições de servidores públicos ligados a vários órgãos públicos contratantes.

As entidades sindicais adentram nesse universo através de batalhas jurídicas para limitar os percentuais de aumento, visto que em caso de contratos de planos de saúde coletivos, como são as adesões a Geap Saúde, não está sob a competência da ANS a regulação dos preços das mensalidades. Em alguns casos, também são realizados acordos diretamente com as operadoras, mas que não garantem, em longo prazo, um “equilíbrio” entre os interesses divergentes das partes, tampouco a permanência dos acordos.

Por exemplo, à revelia do acordo realizado entre a Geap Saúde e 28 sindicatos de servidores públicos em 2018¹², que previa que os aumentos só poderiam chegar a 18% no ano subsequente, a operadora decidiu unilateralmente cobrar dos servidores públicos beneficiários aumentos que cobrissem os alegados prejuízos financeiros sofridos em decorrência do acordo. As consequências são diversas, incluindo a expulsão de trabalhadores que contribuíram por décadas para obter acesso ao benefício, mas que tiveram seu poder de compra diminuído nos últimos anos e, portanto, não conseguem mais arcar com os custos crescentes do acesso à saúde privada.

Também têm movimentado as entidades sindicais as decisões judiciais que limitam o atendimento às demandas dos usuários de planos de saúde a apenas aquelas estabelecidas no rol de procedimentos da ANS, impactando diretamente os tratamentos de saúde de diversos servidores públicos e seus dependentes, inclusive em razão de doenças que podem ter sido adquiridas no trabalho.

Na mesma trilha, estão as lutas por reparação de danos e restituição de direitos dos servidores. Chama a atenção, entre as reivindicações, as que deram origem à

¹² Sindicatos com acordos anulados em virtude da resolução Condel 492/2021: FENASPS, SINDSPREV-PE, SINDPREV/BA, SINDPREV/ES, SINTISFE-GO, SINDPREV/PB, SINAIT, ASSECOR SINDICAL, ADPF, ASDNER, SINDSEP-DF, SINDSEP-MG, SINDFAZENDA, ASBIN, ANFFA SINDICAL, ANESP, ANEINFRA, SINDAGRI, ASCEMA NACIONAL, SINPEF/PB, SINTEST/RN, UNACON SINDICAL, SINDPOL/DF, APSEF, SINSEP/MA, SINDSEP, APCF SINDICAL, SINTSEF/RN (CUT, 2021).

PEC 101/19¹³, por atendimento aos servidores da extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), contaminados em virtude do manuseio de inseticidas no exercício de suas atividades profissionais. Constituem-se, também, como exigência de restituição de direitos, as lutas empreendidas pelos trabalhadores da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) contra a decisão unilateral da empresa de substituir o seu sistema de assistência à saúde por contratos com o plano Geap Saúde.

Apenas dois sindicatos veicularam em seus sites oficiais demandas relativas ao aumento da coparticipação do Governo Federal no custeio dos planos.

Ressalta-se, ainda, a presença de propagandas sobre convênios dos sindicatos com planos de saúde, conforme o quadro 2, em algumas situações, explicitamente para atrair novos membros aos sindicatos, outras, como uma suposta resposta à reivindicação dos filiados.

¹³ Atualmente em tramitação na Câmara dos Deputados.

Quadro 2 - Convênios entre entidades sindicais de servidores públicos federais nos estados, vinculadas à Condsef/CUT, e clínicas de serviços médicos, planos privados de saúde e serviços de atendimento local

ENTIDADE	SERVIÇO	FONTE
SINTSEP-AL	Serviço de atendimento local, clínico geral e fisioterapeuta	www.sintsep-al.com.br
SINDSEP - ES	Convênio com clínica de fisioterapia Convênio com o plano de saúde SAMP Saúde. Atendimento odontológico local para os filiados	www.sindsep-es.com.br
SINTSEP-GO	Convênio com o plano de saúde América saúde e HAPVIDA	www.sintsepgo.org.br
SINDSEP-MT	Unimed Cuiabá	http://www.sindsepmt.org.br
SINDSEP-MG	Convênios com clínicas odontológicas, fisioterapia, psicoterapia, planos de saúde Assebrasp, Medsênior, saúde nacional, Unimed Belo Horizonte, Premium saúde	www.sindsepmg.org.br
SINSEP-PI	Convênio com o plano de Saúde Unimed	www.sinsep-pi.org.br
SINTSEF - RN	Convênio com o plano de Saúde HAPVIDA	www.sintsefrn.com.br
SINDSEF-RO	Convênio com a EV administradora de benefícios	www.sindsef-ro.org.br
SINTSEF-CE	Convênio com a UNIMED Fortaleza	www.sintsefceara.org.br

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os dados até aqui levantados, confirmam, na nossa leitura, aquilo que vimos construindo. As mudanças na acumulação do capital, e as consequentes alterações nas condições de acesso aos direitos sociais, representam, também, grandes desafios para a saúde de servidores públicos, incidindo em direitos tendencialmente incompatíveis com a condição de assalariados. Continuaremos a proficuidade dessa tendência no próximo tópico de discussão.

5.2 Configurações da assistência à saúde dos servidores públicos federais civis

A princípio, consideramos fundamental situar que esta tese compreende as políticas e programas de atenção à saúde dos servidores públicos como privatistas, não somente pelo reconhecido paradoxo público x privado, mas porque regulamentam mecanismos de apropriação de fundos públicos por grupos privados.

Apesar da diferenciação dos esquemas de assistência privada à saúde entre os Órgãos, no que se refere à abrangência da cobertura assistencial, valores das mensalidades e dos auxílios recebidos pelos servidores, as políticas e programas disponibilizam de forma exclusiva para esse segmento de trabalhadores o atendimento das suas necessidades com saúde principalmente através de planos de saúde.

Voltada aos trabalhadores do Poder Executivo, a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) é estruturada em três eixos: vigilância e promoção à saúde, perícia em saúde, e assistência à saúde do servidor, e estabelece para esse último eixo:

a provisão de recursos voltados para a reparação do estado de saúde, com a finalidade de manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou acidentes. Tal cuidado necessita de serviços articulados em rede, com suporte laboratorial e hospitalar capazes de responder de forma eficaz à demanda (SIASS, 2007, p. 08).

Para tanto, a política se propõe a desestimular deliberadamente a criação de serviços médicos e hospitalares existentes em alguns órgãos públicos, mantendo-os de forma residual, e passa a investir na gestão do “benefício da saúde suplementar”, que é um benefício compartilhado entre a administração pública e os servidores, tendo como principais formas de acesso:

a) Adesão dos servidores aos planos de autogestão, que são administrados pelos Recursos Humanos dos órgãos públicos ou por operadoras criadas por instituições e institutos patronais;

b) Adesão aos planos de saúde coletivos, contratados diretamente pelos órgãos públicos. Esse modelo foi instituído através da Lei 9.527 de 1997, que altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 (RJU) ao introduzir a possibilidade de a assistência à saúde dos servidores ser realizada mediante contrato com empresas de planos de saúde não operacionalizadas pelos próprios órgãos, como as cooperativas médicas, medicinas de grupo;

c) Recebimento do auxílio de caráter indenizatório para os servidores. Instituído através da Lei 11.302 de 2006, que também altera o artigo 230 do RJU ao introduzir a possibilidade de assistência aos servidores mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos de saúde contratados por conta própria.

Apesar de citar o Sistema Único de Saúde como uma possibilidade, uma vez que a Constituição Federal de 1988 estabelece o sistema público como primeira opção de acesso à saúde para os servidores, a partir da PASS a assistência à saúde desses trabalhadores passa a ter como referência a cobertura mínima do rol de procedimentos dos planos de saúde, estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Assim, a contribuição da PASS no âmbito da assistência à saúde fica limitada à determinação das formas de acesso, se através de convênio com planos de autogestão, modalidade de plano de saúde sem fins lucrativos, contratos com planos de saúde coletivos empresariais ou auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

Podemos afirmar que, guardadas as diferenças quanto aos dispositivos que regulamentam internamente a assistência privada à saúde dos servidores em cada Poder da República, segue nesta mesma trilha a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário (PAISMS), mas com uma diferença: apesar de também estimular a prestação das ações em saúde por meio de planos de saúde e/ou auxílios, há uma orientação para manter unidades de saúde no organograma das instituições, que são responsáveis pela assistência de caráter emergencial, e essas ações em saúde podem “contemplar, no que couber, os trabalhadores terceirizados, especialmente quando não disponham de plano de saúde próprio”, conforme o Art. 5º § 3 da Resolução nº 207 de 15 de outubro de 2015.

Quanto ao Poder Legislativo, esse não possui uma política de atenção à saúde para os servidores e parlamentares, resultando em formas diferentes de assistência à saúde a depender do órgão a que o servidor estiver vinculado. Os servidores do Senado Federal contam com um Sistema Integrado de Saúde (SIS), com serviços próprios, prestados pela Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor (Coasas), ou através de convênio com plano de saúde de autogestão facultado à contribuição mensal dos servidores e coparticipação financeira sobre o valor de despesas médicas realizadas em instituições credenciadas pelo SIS.

Na regulamentação do SIS, Resolução nº 35, de 2012, consta também a possibilidade de ressarcimento parcial de despesas em razão da utilização de serviços não credenciados ao sistema, deduzindo-se, ainda, a coparticipação financeira do servidor referente a um percentual do valor reembolsado.

À disposição dos servidores públicos da Câmara dos Deputados, bem como dos próprios deputados e seus dependentes há o departamento médico Demed, a opção de reembolso de despesas que não puderem ser prestadas pelo departamento, com valores que ficam a critério da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, e ainda o Programa de Assistência à Saúde (Pró-Saúde). A prestação de serviços nessa última opção ocorre por meio de convênio com empresa de autogestão, mediante pagamento de mensalidade e coparticipação percentual dos servidores em cima das despesas com os serviços utilizados. “Por último, os ocupantes de cargos de secretário parlamentar e de natureza especial (comissionado) podem aderir a um plano privado coletivo empresarial” (CUNHA, 2016, p. 72).

A assistência à saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União (TCU) é regulamentada pela Portaria - TCU nº 61, de 3 de março de 2010, que prevê a assistência prestada nas dependências do próprio Tribunal, por meio de convênios com outros órgãos ou entidades da administração pública, ressarcimento parcial de despesas dos servidores com planos de saúde externos, ou através do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores (Pró-TCU) com contribuição mensal e coparticipação. O Programa possui ainda convênios com os planos de saúde Amil, Bradesco e Seguro Unimed.

No âmbito do Ministério Público da União, a assistência à saúde é realizada através do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União

(Plan-Assiste), com contribuição mensal devida pelo titular, calculada mediante a soma dos valores correspondentes à faixa etária do titular e de cada dependente inscrito no programa e ainda coparticipação com variação entre 5% e 50% a depender dos serviços que forem utilizados. Em caso de procedimentos realizados em alguma rede não credenciada, há a possibilidade de reembolso, e os servidores de algumas unidades, como o Ministério Público do Trabalho (MPT), poderão optar por convênio com a Central Nacional Unimed.

Em geral, as políticas e os programas consideram como beneficiários da assistência à saúde os servidores ativos, inativos, ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e emprego público, da administração pública federal direta, suas autarquias e fundações. E também seus dependentes, como o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável, inclusive homoafetiva; a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia; pessoas sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, os filhos, enteados, desde que estejam solteiros, dependentes economicamente do servidor, e a partir de uma certa idade (com variação entre as políticas e programas), desde que sejam também estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, ou se inválidos, enquanto durar a invalidez.

De forma consistente, ao mesmo tempo em que as políticas e programas até aqui citados estruturam essas condições em que deve ser estabelecida a assistência à saúde dos servidores, e imprimem demandas aos planos de saúde, priorizando e ampliando a assistência através do sistema privado de saúde, elas também aprimoram o suporte necessário a esse desenho institucional.

Um dos marcos desse suporte por exemplo, é o Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que regulamenta o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Através do SIASS, além de desestimular a criação de serviços próprios nos órgãos do Poder Executivo, como citamos anteriormente, há um esforço de padronização das coberturas entre os planos de saúde, inclusive, exigindo a oferta de redes de atendimento diferenciadas para os servidores, sob a justificativa de universalizar o benefício de forma eficaz entre os trabalhadores e dependentes que dele usufruem.

Todavia, a ausência de um projeto de fato universalista e igualitário tem como consequência, na verdade, uma separação interna e discriminatória entre aqueles que podem e que não podem pagar por planos de saúde. Isso se dá pela inclusão ao benefício de acordo com as suas possibilidades financeiras de arcar com os custos, ou seja, condicionado à capacidade individual desses trabalhadores participarem com seus próprios salários da organização e manutenção dessa estrutura.

Ciente dessas limitações e seguindo uma lógica reparadora financeira de danos, a PASS, por meio Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009, estabeleceu que o valor do benefício per capita deve se basear na faixa etária e remuneratória de cada servidor. Assim, a adesão à assistência médica é facultada aos servidores, que deverão participar do seu pagamento, custeando os valores excedentes ao repasse do Governo. As demais políticas e programas também contam com esse mecanismo de contribuição, excedentes aos repasses do Governo, como explicitamos acima.

Essa problemática será tratada apenas no próximo capítulo, mas é preocupante observar o Estado transferindo fundo público de diferentes maneiras para esse mercado, e que os servidores públicos destinam uma parte dos seus salários para consumir bens e serviços médico-hospitalares por meio da compra de planos de saúde. Através desse mecanismo, imensas parcelas do trabalho da classe trabalhadora são transformadas em capitais, e esse arranjo, a princípio, garante o equilíbrio de vários interesses favorecidos por ele: dos prestadores de serviços privados, sobretudo dos planos de saúde diretamente beneficiados; dos Governos, que mantêm despesas comprimidas em comparação aos valores que os servidores precisam desembolsar para acessar a assistência à saúde privada; e, de certa maneira, dos servidores no que se refere à manutenção do benefício historicamente diferenciado em relação às demais categorias de trabalhadores, agora consolidado através de uma política.

Na nossa compreensão, esse encadeamento de fatores inviabiliza a percepção de alternativas diferentes das que se configuraram historicamente na atenção à saúde dos servidores, de origem previdencialista e baseada no seguro social. Fatores que mais excluem do que possibilitam aos servidores o atendimento das suas reais necessidades com saúde.

Em primeiro lugar, não é novidade para trabalhadores e estudiosos da saúde, movimentos populares e outras organizações da sociedade civil a necessidade de superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil.

Separadas, essas duas formas de conceber e de organizar as ações e os serviços em saúde configuraram historicamente dois modelos distintos, o biomédico, localizando suas estratégias de intervenção no corpo doente, e o modelo preventista, baseado num saber epidemiológico, visando a medicalização do espaço urbano. São consequências desse processo de cisão a centralidade da atenção sobre a doença e os investimentos na assistência hospitalar, que vão caracterizar o modelo previdenciário-privatista de saúde até a constituição do SUS.

A atenção à saúde no SUS passa a ser centrada na premissa e concepção ampliada da saúde, “concebida não como ausência de doenças, mas como a garantia de condições amplas de bem-estar que implica, portanto, o enfrentamento dos determinantes sociais que inviabilizam a vivência da saúde” (FERREIRA, 2017), e deve ser entendida como “um conjunto **articulado e contínuo** das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos”, respeitando o princípio da integralidade (BRASIL, 1990, grifos nossos).

No movimento contrário aos avanços conceituais e discussões contemporâneas, ao relegar a assistência médica aos planos de saúde, as políticas e programas de atenção à saúde dos servidores públicos vêm fragmentando as ações e serviços de saúde em eixos que são operacionalizados sem integração entre si, além de centralizados numa assistência médica historicamente marcada pela hospitalização e pouco permeável às especificidades e complexidade da saúde, características fortemente presentes no setor privado. A portaria normativa vinculada à PASS, Nº 3, de 30 de julho de 2009, por exemplo, estabelece que a assistência à saúde dos servidores deve ser de caráter:

(...) ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística

Há também uma conduta de atenção à saúde a partir do perfil do adoecimento, um retrocesso à construção de procedimentos médico-curativos, e podemos dizer *modus operandi* dos planos de saúde. A prerrogativa é que o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde dos servidores pode ser obtido através de sistemas de informação, muitas vezes a partir da uniformização de protocolos tecnológicos, como informatização das perícias médicas, e introdução de prontuários eletrônicos que notifiquem os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais.

Em segundo lugar, a atenção à saúde parece ter como métrica obter resultados que garantam baixos custos e evitem impactos deficitários:

A partir da criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS (...) os principais desafios têm sido os de superar as distorções existentes entre os diversos órgãos do SIPEC e implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e na implementação de medidas que produzam impacto positivo na saúde dos servidores públicos federais (SIASS, 2007, p. 04).

Não surpreende que essa também seja a lógica em que os planos de saúde organizam parte de suas atividades, através do gerenciamento de riscos, que consiste na maneira de diminuir a probabilidade de desequilíbrios financeiros futuros, a partir da identificação e mapeamento das doenças dos seus consumidores.

Em determinadas situações, o gerenciamento de risco tem excluído das carteiras de planos de saúde pessoas com doenças crônicas e idosas, que não chegam nem a conseguir adesão aos planos e, em outras oportunidades, são desenvolvidas atividades e programas voltados para evitar agravos de seus beneficiários.

Também os paradigmas do mercado e os limites de cobertura do seguro social (pelo qual apenas os contribuintes tinham direito ao acesso) saltam aos olhos quando

o assunto é a exclusão dos servidores do benefício, que pode ocorrer, em geral, nas seguintes situações:

a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente; b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego; c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano; d) licença sem remuneração; e) decisão administrativa ou judicial; f) voluntariamente, por opção do servidor; e g) outras situações previstas em lei (BRASIL, 2009, p. 04).

Art.9 § 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003. (BRASIL, 2009, p. 11)

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência (BRASIL, 2009, p. 04).

Assim, ainda que as disposições legais da maioria das políticas e dos programas vislumbrem ações em saúde que evitem o risco de os servidores adoecerem, apenas alguns terão suas necessidades médicas e hospitalares atendidas através do mecanismo que a política explicitamente defende como eficaz, o consumo da saúde privada. Na prática, podemos dizer que, visto como consumidores, ter ou não as suas necessidades de saúde atendidas beira a preferência individual desses trabalhadores, e esse julgamento é feito à deriva de um conjunto de valores e princípios que são extrínsecos às conquistas constitucionais do que as pessoas deveriam ter como direito à saúde: igualdade e universalidade do acesso.

A restrição do consumo da assistência médica entre os servidores pode se dar, ainda, pelos altos custos. Contudo, é necessário salientar que as políticas não têm ingerência, regulamentação ou ainda qualquer preocupação acerca das mensalidades dos planos de saúde, sobretudo quando os servidores optam pela realização de contratos com empresas conveniadas aos órgãos e que não são gerenciadas pelos mesmos. Assim, para termos uma ideia dos desafios a que estão submetidos os servidores, enquanto consumidores, realizamos um levantamento dos reajustes

anuais de preços autorizados nos últimos anos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vis-a-vis a inflação oficial divulgada pelo IBGE, conforme a tabela 5:

Tabela 5 - Reajustes anuais autorizados pela ANS em planos individuais e familiares vis-a-vis a inflação oficial (2016-2019)

ANO	REAJUSTE	IPCA
2019	7,35%	4,84%
2018	10%	2,73%
2017	13,55%	4,01%
2016	13,57%	8,91%
Acumulado	44,47%	20,49%

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: ANS; IBGE. (2022).

Obs.: Inflação acumulada anual entre maio do ano anterior e abril do ano seguinte, conforme critério adotado pela ANS, que divulga os reajustes no mês de maio, sendo aplicada a cada beneficiário de acordo com o mês que o plano foi contratado.

Com efeito, a inflação acumulada de 2016 a 2019 (calculada de maio a abril, segundo os critérios de reajuste da ANS) foi de 20,49%, no entanto, os reajustes autorizados para os planos individuais, que são regulados pela Agência, corresponderam a 44,47%.

Os reajustes de planos de saúde superaram a inflação oficial em 24 pontos percentuais no período analisado. Critérios, justificativas, sempre os haverá. Como, por exemplo, a variação dos custos médicos hospitalares, utilizado na metodologia de cálculo dos reajustes e que, em geral, marca acima dos índices inflacionários. Mas, o que importa é o resultado: os impactos da variação para os consumidores dos planos de saúde. E, particularmente, no nosso caso, para os servidores públicos beneficiários da assistência privada à saúde, mas que arcam com a maior parte dos custos.

Atente-se para o fato de que, além da modalidade de planos de saúde em que a contratação pode se dar de forma individual e familiar, há os contratos coletivos empresariais ou coletivos por adesão, realizados entre pessoas jurídicas. E, as regras para aplicação do percentual de reajuste anual dos planos coletivos são diferentes, pois, não precisam seguir os limites estabelecidos pela ANS. Tem-se como referência o que ficar determinado no contrato de prestação de serviços, podendo ser negociado

diretamente com a empresa ou entidade contratante, desde que sejam observados os seguintes critérios:

a) Para os planos coletivos com 30 ou mais beneficiários: as cláusulas de reajuste são estipuladas por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e o plano de saúde contratado. A justificativa do percentual proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante. Dessa forma, a participação do contratante é fundamental no ato da negociação do reajuste, pois ele pode solicitar e ter acesso a informações sobre receitas e despesas de seus beneficiários, conseguindo melhores condições de negociar os valores.

b) Para os planos coletivos com menos de 30 beneficiários: as operadoras devem reunir em um grupo único todos os seus contratos coletivos para aplicação do mesmo percentual de reajuste. Essa medida, chamada de agrupamento de contratos, tem como objetivo a diluição do risco desses contratos entre um número maior de consumidores. O índice de reajuste único aplicado a todos os contratos agrupados é divulgado pela própria operadora em seu portal na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversários.

As características apresentadas ao longo do capítulo compõem um cenário precário, que localiza a saúde dos servidores federais civis com centralidade na assistência privada, ou seja, como forma de acesso à saúde estruturante, sem que para isso o benefício corresponda nem aos custos do consumo de planos de saúde. Também a inexistência de regulamentação de parte das políticas acerca das mensalidades pagas e dos respectivos reajustes anuais, visto que estão sob comando do mercado e, em algumas situações sob a regulação da ANS, são desafios que permanecem ao longo do tempo.

Com a compreensão dessas dimensões, somadas à perceptível difusão e legitimação entre esses trabalhadores acerca do benefício de assistência privada, há de se esperar que estes reivindiquem junto à ANS menores reajustes, ampliação do rol de procedimentos, extensão para aposentados (quadro 01). Seus argumentos parecem supor que as instâncias organizadas do trabalho podem contribuir para limitar os aumentos e ampliar os serviços, impactando assim a implementação das

políticas, dos programas e o acesso dos servidores à saúde. Atualmente, a CUT e a Força Sindical participam da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), órgão de participação institucionalizada da ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Todavia, sabemos que a discussão sobre as relações do mercado da saúde com as centrais sindicais não tem se mostrado suficiente para barrar os reajustes nas mensalidades dos planos de saúde, e essa condição empírica é apenas uma que evidencia o longo processo de fragilização da assistência à saúde dos servidores, razão pela qual é imprescindível a formação de uma consciência política que não será alcançada por essa lógica de aproximação entre o campo sindical e o mercado.

Ainda que se possa considerar as políticas e programas de atenção à saúde dos servidores como uma ação estratégica, de necessária preocupação com as condições de saúde, e reafirmada como bandeira histórica dos servidores, esses instrumentos não têm se mostrado suficientes para garantir o atendimento das suas necessidades de saúde, não têm incentivado ações sistemáticas de aproximação com o SUS, pelo contrário, consolidam a demanda e regulamentam de forma insatisfatória o atendimento à saúde desses trabalhadores no interior das relações de consumo.

Assim, as indagações sobre a consolidação da assistência privada à saúde dos servidores públicos requerem a reflexão das fragilidades da política, sem perdermos de vista que parcelas de fundo público estão sendo apropriadas privadamente e alimentando as demandas de planos de saúde, mesmo em conjunturas tão desafiadoras para a saúde pública, como veremos no próximo capítulo desta tese.

6 DEMANDAS PRIVADAS, RECURSOS PÚBLICOS: AS DESPESAS DA SEGURIDADE SOCIAL COM ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS

Neste capítulo buscamos identificar a participação do Estado no financiamento da assistência privada à saúde, demonstrando um dos mecanismos utilizados, com base na pesquisa empírica do Orçamento da Seguridade Social (OSS), exclusivamente a sua despesa com planos de saúde para servidores públicos civis federais. A partir dos dados levantados com a investigação da despesa pública, e com o auxílio de outros dados secundários analisamos as suas implicações para a Saúde no Brasil, sobretudo no contexto de desfinanciamento do SUS.

6.1 A coleta de dados

Retomaremos, a princípio, alguns pontos fundamentais ao nosso debate seguidos da exposição do percurso empreendido para a coleta dos dados.

Em termos objetivos, há um desvio de finalidade na utilização do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para subsidiar a assistência privada à saúde de servidores públicos, uma vez que:

- Em primeiro lugar, ainda que estejam previstas em leis orçamentárias, em hipótese alguma são despesas da Saúde, mesmo que se destinem à saúde do trabalhador, pois não são deferidas pelo critério universal do acesso, mas pela relação patronal.

As únicas exceções constitucionais, nesse caso, seriam as despesas com auxílios de assistência médica e odontológica privadas para servidores vinculados aos órgãos e entidades de Saúde, da Previdência ou da Assistência Social, porque seriam computadas como despesas operacionais e, portanto, incluídas nas contas da Seguridade Social;

- Em segundo lugar, as especificações constitucionais e leis preveem para o OSS apenas despesas com ações de saúde prestadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou de maneira complementar por entidades filantrópicas, não sendo permitida

a execução de despesas com ações de saúde prestadas diretamente por entidades privadas;

- Em terceiro lugar, os benefícios de servidores civis e militares derivam de um encargo patronal do setor público, e deveriam ser pagos com recursos do Orçamento Fiscal, como previsto na Lei n.º 8.212, de 1991. As exceções que permitiram a utilização das contribuições sociais, ou seja, dos recursos da seguridade social para contemplar as despesas dos servidores estão submetidas à condição de que antes estivessem satisfeitas todas as obrigações com Saúde, Assistência Social e com os benefícios do Regime Geral da Previdência Social (RGPS). O que enseja mais uma questão, a qual trataremos com mais atenção no último tópico deste capítulo.

Por essas razões, trataremos as despesas do Estado com a assistência privada à saúde de servidores públicos civis federais como mecanismo de apropriação privada e irregular de fundo público. Para esse estudo realizamos um levantamento e sistematização especificamente das despesas do OSS empenhadas com essa finalidade durante a vigência do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019.

O PPA do quadriênio 2016- 2019 foi instituído através da Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016, e é um instrumento de planejamento governamental que define as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital, com os programas continuados e políticas públicas. A cada ano, baseado no que foi estabelecido no PPA, é elaborada a Lei Orçamentária Anual (LOA), que prevê os gastos do Governo para o próximo ano.

A LOA, por sua vez, é dividida por capítulos, que, em harmonia com os grandes objetivos e metas estabelecidos pelo PPA, além da fixação das despesas, estima as receitas da União nos termos do art. 165 da CF-88:

I - o Orçamento Fiscal, referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II - o Orçamento da Seguridade Social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da Administração Pública Federal direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público; e

III - o Orçamento de Investimento das empresas, em que a União, direta ou indiretamente, detém a maioria do capital social com direito a voto.

Em todas as LOAS referentes ao período da pesquisa¹⁴ constam previsões de despesas do OSS com a “assistência médica e odontológica de servidores públicos” vinculados aos mais diversos órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além do Ministério Público e Defensoria Pública da União, e que não possuem nenhuma relação com os programas¹⁵ da Seguridade Social.

As despesas fixadas nas LOAS nem sempre correspondem às despesas executadas pelo Governo, por essa razão, optamos pelo levantamento das despesas com a assistência privada à saúde de servidores através do Siga Brasil, que reúne um grande acervo de dados orçamentários do Governo Federal. O acesso ao sistema com a senha de especialista, que pode ser adquirida através do endereço eletrônico sigabrasil@senado.leg.br, possibilita a obtenção de dados sobre as despesas do OSS executados em vários níveis e fases. As informações aqui analisadas correspondem ao conceito de despesas empenhadas, legalmente tidas como realizadas, e que também tem sido a opção do legislador ao estabelecer medidas para a aferição dos gastos mínimos que o setor público deve realizar na Saúde¹⁶.

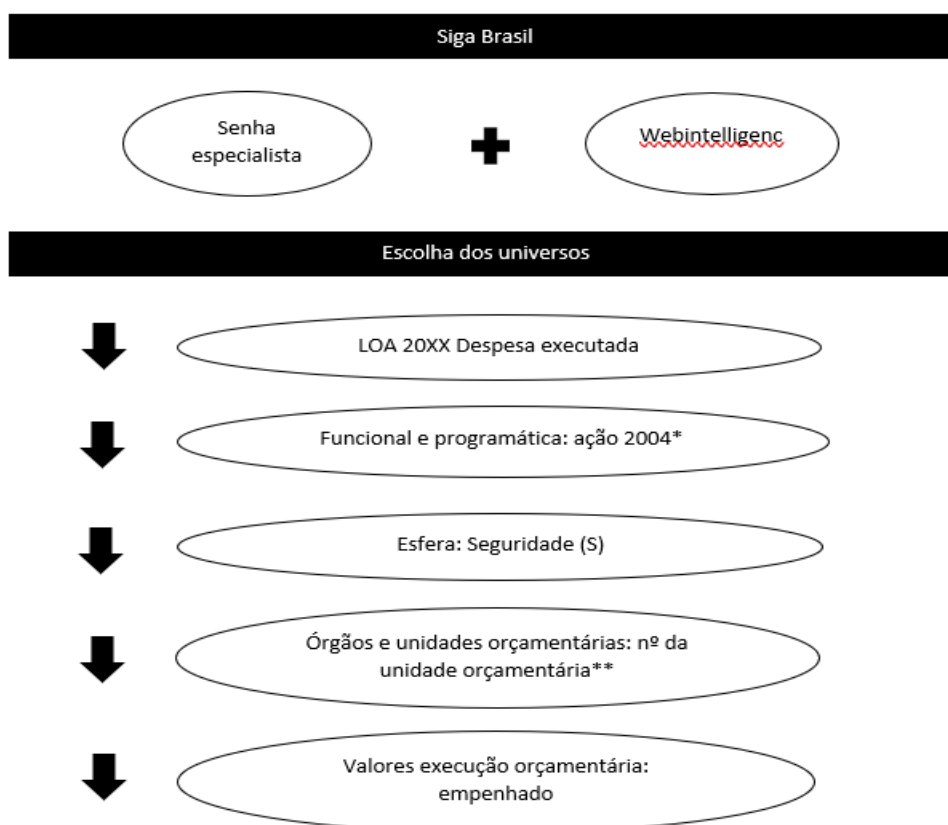
Vale destacar ainda que, do total geral de despesas dos Poderes da República e Órgãos Superiores com a assistência médica e odontológica de servidores, foram extraídos apenas os valores nominais, empenhados com servidores civis, excluindo-se do montante de despesas os Órgãos e Unidades Orçamentárias vinculadas ao serviço militar.

¹⁴ Ver apêndice A.

¹⁵ Os programas orientam a atuação governamental, e se dividem em Programas Temáticos: organizado por recortes selecionados de políticas públicas, expressam e orientam a ação governamental para a entrega de bens e serviços à sociedade; e Programas de Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado: que expressam e orientam as ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental (BRASIL, 2016).

¹⁶ Tomamos como referência para esse estudo a Lei Complementar n.º 141, de 2012, que determina para a aferição dos gastos mínimos em saúde os valores empenhados, facilitando possíveis comparações com os recursos destinados ao SUS.

Figura 3: Passo a passo para a coleta de dados no Siga Brasil



*Número da ação correspondente à assistência médica e odontológica privada de servidores públicos federais. Os números das ações correspondentes às despesas do Orçamento Público podem ser obtidos nas apostilas, manuais e tutoriais disponibilizados no endereço eletrônico do Siga Brasil.

**O número da unidade orçamentária pode ser obtido através de consultas às Leis Orçamentárias (LOAs). Para fins de exemplo, algumas LOAs estão disponíveis no apêndice A.

Fonte: Elaborado pela autora (2023). Com base em Siga Brasil.

A identificação das implicações dos desvios de recursos do OSS, para a Saúde no Brasil, seguiu uma abordagem em que consideramos simultânea e dialeticamente, à luz dos pressupostos teórico-metodológicos dos primeiros capítulos:

- a) Contextualização histórica do gasto público com a assistência privada à saúde. A utilização desse enfoque não objetiva, entretanto, apenas aprofundar as explicações sobre o surgimento, a expansão dos planos de saúde ou responder à pergunta usualmente formulada sobre “quem tem plano de saúde?”, e sim, acrescentar às explicações precedentes um quadro sobre a utilização de recurso público por este serviço, desde que foi tomado como *locus* de acumulação de capital;

- b) Refletir sobre como o auxílio para atender a demanda de planos de saúde destinado aos servidores exige uma renúncia implícita à saúde pública. Nessa sessão, além dos dados obtidos através do Siga Brasil explicitados acima, nos auxiliamos de dados extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) equivalentes ao período da nossa pesquisa, 2016 a 2019.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) elaborado pelo Ministério da saúde (MS) dispõe sobre o desempenho da gestão federal do SUS a partir da organização e consolidação das principais informações da execução física e financeira coletadas nos bancos de dados oficiais desse Ministério¹⁷. Entre outras informações, o RAG apresenta o demonstrativo das despesas realizadas pelo MS e do cumprimento da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), permitindo avaliar a participação federal na operacionalização da política de saúde (BRASIL, 2017).

6.2 O gasto público em saúde: história, atualidade e as bases de financiamento dos planos de saúde

Como vimos discutindo, não são lineares as determinações sobre as quais o Estado atua nas políticas sociais, tampouco são homogêneos os interesses de cada classe social em torno dos projetos societários, contexto em que também se desenvolvem e são transformadas as diferentes funções governamentais nos sistemas de proteção social. Por esse motivo, na trajetória histórica desses sistemas podemos observar diversas formas de intervenção do Estado, expressas nas suas relações com o planejamento e prestação de ações e serviços, na participação do seu financiamento, na regulação.

As formas de intervenção estatal na Saúde foram fundamentais para o desenvolvimento dos planos de saúde, que cresceram no país utilizando recursos do orçamento público e as parcelas dos salários pagos pelos trabalhadores à Previdência, ao passo que se conformavam como mecanismos diretamente

¹⁷ (i) Mensagem Presidencial 2022; (ii) Prestação de Contas do Presidente da República 2021; (iii) Sistema de Planejamento e Orçamento (SIOP) do Ministério da Economia; (iv) Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI); e (v) Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (SIPLAM).

responsáveis pelo acesso de milhares de trabalhadores do mercado formal à assistência médica. No quadro 03, condensamos as principais formas de provisão da assistência à saúde desenvolvidas pelo Estado antes do Sistema Único de Saúde, suas fontes de financiamento e o perfil da despesa pública. Em seguida, relacionamos essas formas com a constituição e o desenvolvimento dos planos de saúde.

Quadro 3 – Fontes de financiamento e perfil da despesa pública com a assistência médica até 1987*

PERÍODO	CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA	FINANCIAMENTO	PERFIL DA DESPESA
Até início dos anos 1960	Serviços de assistência médica próprios ou contratados, através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).	Sistema previdenciário, que tinha uma base de arrecadação tripartite, com variação na alíquota de contribuição entre empregadores e empregados, a depender da instituição previdenciária a que estavam vinculados, e União.	Despesas heterogêneas, a depender das possibilidades financeiras de cada instituição previdenciária e regidas por legislações específicas, mas concentradas em serviços próprios.
Após o golpe de 1964 até anos 1970	Assistência médica previdenciária nivelada para os trabalhadores sujeitos à CLT, através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); Assistência médica previdenciária extra oficial para funcionários do Estado e Empresas estatais; Alternativas assistenciais privadas por empresas, com incentivos do Estado;	Majoritariamente o INPS, ainda com uma base de arrecadação tripartite, agora fixada entre empregados, empregadores, e baixa contribuição da União em relação ao período anterior; Orçamento Fiscal; Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS	Aumento progressivo da despesa previdenciária direta com serviços médicos em redes de atendimento de natureza privada;
Anos 80 (antes do SUS)	Reorientação da assistência médica no âmbito da Previdência Social	Majoritariamente o Fundo de Assistência e Previdência Social – FAPS, formado principalmente pelas contribuições dos empregados e empregadores, além da União e de outras receitas (patrimoniais, financeiras, etc). Orçamento Fiscal; Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS; Fundo de Investimento Social – FINSOCIAL	Diminuição progressiva das despesas com a rede contratada privada

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: PIOLA (1989); CORDEIRO (1984), MENICUCCI (2007), BAHIA (1999).

As primeiras iniciativas de atendimento à saúde acompanharam por décadas as características do *desenvolvimento capitalista desigual e combinado* no Brasil. Um padrão de acumulação interna baseado na agroexportação e um Estado pouco interessado em garantir direitos aos trabalhadores urbanos insurgentes, geraram no Brasil arranjos diferentes da experiência de outros países no processo de incorporação da saúde à agenda de negociações entre trabalhadores, empregadores e o Estado.

O surgimento do benefício à assistência médica, prevista a partir da Lei Eloy Chaves “não se revestiu de função preventiva nem redistributiva, mas tinha a finalidade de amparar a força de trabalho em momentos de inatividade forçada mediante certo tipo de obrigação contratual” (CORDEIRO, 1984, p. 21). Desse contexto, duas alternativas de atendimento para os trabalhadores urbanos se consolidaram e passaram a coexistir:

- Utilizando a tipificação de Bahia (1999), uma de feição mutualista, com serviços médicos organizados pelos trabalhadores e grandes empresas, por intermédio de seus departamentos de recursos humanos, de suas caixas, associação de funcionários ou de sindicatos. Os atendimentos eram realizados através de departamentos médicos próprios ou pela compra de serviços de provedores autônomos, voltados exclusivamente aos seus trabalhadores, formas precursoras dos planos de saúde de autogestão.

- E a outra com caráter assistencialista, para os trabalhadores de empresas de pequeno porte, através do Estado. Nessa forma, os serviços eram majoritariamente próprios, e também contratados, mas pelos Institutos de Previdência Social (IAPs), que institucionaliza a fragmentação da oferta de assistência médica por categorias de trabalhadores, com diferenças nas regulamentações, na cobertura assistencial, na base de arrecadação, da despesa, etc.

Exemplos importantes dessas formas de prestação da assistência à saúde desenvolvidas particularmente no âmbito das empresas ou instituições públicas são a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco de Brasil (Cassi) e a Assistência Patronal (atual Geap), hoje ampliada para diversas categorias de funcionários públicos.

No período de expansão dos IAPs e consequente aumento da sua massa de segurados e contribuições, registraram-se aumentos de gastos do Estado com a assistência médica, especificamente, gastos da Previdência, que cresceram 13 vezes entre 1923 e 1933, e mais 04 vezes até 1949 (PIOLA, 1989). Entretanto, apesar desses avanços a participação da saúde na despesa total do sistema previdenciário sofreu reduções ao longo de alguns anos, passando de 20% até 1926, para 10,7% em 1938 e 7,3% em 1949.

Tal redução encontra suas razões no desenvolvimento de uma concepção de previdência fixada em bases atuariais, segundo um modelo de capitalização de reservas e de investimento nos ramos em que se desenvolvia o esforço de industrialização, através de aplicações pelo sistema bancário, que restringiu ainda mais os benefícios dos trabalhadores em relação aos até então vigentes e relegou a assistência médica a um plano secundário (CORDEIRO, 1984). Situação que se evidencia nas legislações de criação dos IAPs “onde a assistência médica era sempre colocada como um benefício suplementar a ser oferecido dentro das possibilidades financeiras da instituição e, em alguns casos, até mediante contribuição complementar do segurado” (PIOLA, 1989, p. 06).

No transcurso dos anos entre 1950 e 1960, características básicas desse sistema previdenciário restritivo, contratual e atuarial passaram a ser questionadas, ao mesmo tempo em que cresceram as demandas por cuidados médicos decorrentes do intenso processo de urbanização de uma massa assalariada em más condições de subsistência. Verificou-se nesse período a ampliação dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais dos IAPs e um aumento dos gastos do sistema previdenciário com a assistência médica, passando de 7,3% da despesa total em 1949 para 19,3% em 1960 e para 29,6% em 1967 (CORDEIRO, 1984; PIOLA, 1989).

Todavia, esses dados não representam necessariamente um aumento dos esforços do Estado em demandar recursos do orçamento fiscal, visto que os gastos da União com a previdência diminuiram ao longo dos anos, mas houve um aumento progressivo da participação dos trabalhadores como financiadores. As contribuições dos empregados e empregadores que representavam 68,4% em 1947, passaram para 81,3% das receitas previdenciárias em 1966 (PIOLA, 1989)

Após o golpe de 1964, vamos assistir marcadamente a mudanças no perfil da provisão e das despesas públicas com a assistência médica. Junto aos esforços da autocracia burguesa no Brasil para atrair o capital internacional, também ocorreu a socialização dos custos da reprodução dos trabalhadores de multinacionais e empresas nacionais dos setores mais dinâmicos com a Previdência, agora unificada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a subsidiar o pagamento de serviços médicos privados contratados por elas, através de descontos ou devolução de parte das contribuições previdenciárias. Surge assim, uma terceira via de assistência à saúde, os convênios-empresa (GIFFONI, 1981).

Os convênios-empresa eram serviços de saúde contratados de outras empresas especializadas, os planos de saúde. Os quais também definiam que os serviços mais caros deveriam ser prestados pelo Estado. Como ressalta Braga (2018): embora atendessem a 10% dos segurados da previdência, os convênios foram responsáveis por gerar novas bases de sustentação e legitimação para o desenvolvimento da assistência à saúde assentada em princípios comerciais, operadas através de empresa médicas: medicinas de grupo e cooperativas médicas.

Além das vantagens proporcionadas pelos convênios-empresa, as empresas médicas contavam com incentivos governamentais diretos, como “o financiamento a juros negativos para a construção de instalações hospitalares e para a compra de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiou principalmente as empresas de medicina de grupo” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 157).

As medicinas de grupo foram pioneiras no mercado de planos de saúde, primeira modalidade lucrativa no país, e surgiram com a passagem da medicina liberal, conduzida por profissionais autônomos, ao assalariamento dos profissionais. Processo que Cordeiro (1984) vai chamar de “capitalização da medicina”, e Cislighi (2017), precisando um pouco mais a categoria desse primeiro autor vai atribuir o conceito marxiano de subsunção formal do trabalho ao capital, que no início da década de 1970 chegava à realidade de mais de 80% dos médicos, podendo ser esse conceito estendido a outros profissionais de saúde.

Cislighi (2015) aponta que muitos setores de serviços historicamente improdutivos como a medicina, exercida em outros momentos numa relação entre o

trabalhador médico e o paciente, passaram de auxiliares indiretos para diretamente espaços de valorização de capital, ou seja, “fontes diretas de mais-valia”:

ao consumir os “cuidados em saúde” em hospitais privados: consultas, exames, diagnósticos, intervenções cirúrgicas, o consumidor paga por esse serviço não diretamente aos profissionais de saúde, mas à empresa capitalista, que se apropria de parte desse valor na forma de mais-valia, e os profissionais recebem da empresa parte desse valor na forma de salário (Ibid, p.37).

Nessa forma direta de mercantilização dos cuidados em saúde, o trabalho torna-se produtivo, passa a produzir valores de troca que contêm mais-valia, como os “serviços médicos, de enfermagem, nutrição, serviço social, entre outros, consumidos no momento que são produzidos. A autora reafirma, entretanto, que esse processo ocorre apenas na produção de serviços de instituições privadas, que têm como objetivo a acumulação de capital. No caso do Estado, a produtividade corresponde à economia de fundo público que pode ser utilizado em esferas que ajudam na valorização do capital, como quando o Estado atua como consumidor de produtos, equipamentos, medicamentos (ibid).

Já as cooperativas médicas surgem como estratégia liderada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e alguns sindicatos médicos para preservar a autonomia da categoria médica à lógica lucrativa dos proprietários das empresas de medicina de grupo (MENICUCCI, 2007). No início, as cooperativas eram entidades abertas, da qual qualquer médico com condições éticas e técnicas poderia participar, sendo os próprios gestores da entidade, remuneração por atos médicos e segundo sua produtividade, distribuindo as sobras do balanço anual de acordo com a participação de cada médico na quantidade de serviços prestados. Mas, progressivamente, passaram a funcionar de maneira semelhante às empresas médicas, atuando segundo um modelo assistencial e de financiamento nos marcos das relações capitalistas de produção (CORDEIRO, 1984).

Além dos convênios-empresa e os serviços próprios ou contratados pelo INPS, persistiram formas de assistência médica previdenciária extra oficial, termo cunhado por Bahia (1999) para classificar esquemas de assistência médica de

funcionários públicos federais e de trabalhadores de grandes empresas estatais, como a atual Geap e a Cassi, citados anteriormente.

Assim, com as políticas postas em prática pelos governos militares vamos assistir a uma ampliação progressiva da cobertura assistencial privada. Além dos subsídios e auxílios referidos até aqui, cresce a contratação de serviços privados diretamente articulados ao Estado. Como enfatiza Sestelo (2018, p. 03): “As históricas restrições orçamentárias das despesas assistenciais seriam confrontadas com o assédio do capital em busca de novos nichos de acumulação e a solução política viabilizada pelo governo militar seria dada pela via da privatização”.

Essa política de ampliação entra em uma nova etapa com o governo Ernesto Geisel e a conjuntura que se inicia em 1974, “que teve como marcas fundamentais a chamada crise do milagre econômico, associada a vitórias eleitorais da oposição e uma “crise” sanitária cujo ápice foi a epidemia de meningite” (CORDEIRO, 1984, p. 78). Os enfrentamentos à situação apontavam para a necessidade de uma política redistributiva, inclusive a partir de políticas sociais, contexto em que foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Plano Pronta Ação (PPA), ambos em 1974, o Sistema Nacional de Saúde em 1975, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A partir do PPA, ficou estabelecido o direito de qualquer pessoa beneficiária ou não do sistema previdenciário acessar atendimentos de saúde em casos de emergência, cobrindo o INPS os gastos do atendimento. Mas, apesar do avanço do ponto de vista redistributivo indicando a tendência de deslocar o cuidado médico do escopo das medidas contratuais características do seguro social, com o PPA “foi posta em ação uma política já dominante de atenção médica, de modo a tornar um programa setorial (assistência curativa e individualizada) em uma prática universal e verdadeiramente hegemônica”, transferindo recursos ao setor hospitalar, às medicinas de grupo, às cooperativas médicas (CORDEIRO, 1987, p. 80).

De forma sintética, foram estimulados nesse período os convênios-empresa, com todos os gastos das empresas sendo deduzidos do Imposto de Renda; credenciamento de médicos e odontólogos de forma intensa; a contratação de, praticamente, todos os leitos privados disponíveis, bem como de laboratórios e outros serviços de diagnose e terapia; mais crédito aos empreendimentos privados do setor;

a modernização e a especialização da assistência médica. Para se ter uma ideia, “até 1977, 80% das propostas de financiamento aprovadas pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) eram oriundas do setor privado” (PIOLA, 1986, p. 8).

Esse contexto também trouxe uma grande repercussão sobre a composição do gasto em saúde. Observou-se entre 1974 e 1979 uma diminuição da participação do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, que reflete a não prioridade do governo com serviços públicos em saúde. A participação do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União que alcançou 4,57% em 1961, passou a 0,94% em 1974 e subiu lentamente até alcançar 1,82% em 1979. Ao mesmo tempo, observou-se um comportamento inverso com relação às despesas com saúde dentro do total das despesas previdenciárias, que passaram de 22,4% em 1967, para 31,6% em 1976 (ibid, p. 9-10), o que pressupõe aumento dos gastos da Previdência com o setor privado contratado.

Embora esse período tenha consolidado as relações entre a Previdência e os convênios-empresa através de uma série de dispositivos normativos que geraram novas bases de sustentação e legitimação das empresas médicas de pré-pagamento, contraditoriamente, a crescente transferência de recursos financeiros a esse setor criava uma crise fiscal localizada cujo ápice se registrou em 1978, evidenciando o esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia, de alto custo e baixa efetividade (CORDEIRO, 1984; MENICUCCI, 2007).

Novos rumos começam a ser percebidos em 1979, ano em que se inicia o governo de João Figueiredo (1979-1985), último presidente do período da ditadura militar, e de uma intensa conjuntura política caracterizada pelo processo de redemocratização do país.

Nesse período, os gastos da Previdência com a rede privada de saúde, sobretudo com os convênios-empresa passaram a declinar. Embora as normas que regulamentavam esses convênios não tivessem sido revogadas, o INAMPS deixou de realizar novos convênios e não renovou antigos contratos ao longo dos anos 1980. Também, sem que conseguisse eliminar o setor privado nas internações hospitalares, observou-se uma diminuição das contratações do setor lucrativo e uma ampliação dos gastos com prestadores de caráter filantrópico no âmbito da previdência, ainda que, contudo, tenha permanecido a predominância do setor lucrativo.

Tal situação também sofreu influência de numa crescente insatisfação dos trabalhadores com os convênios-empresa, pauta do movimento sindical, e com as inadequações do modelo de saúde, dando início à construção de uma agenda política em torno de uma reforma da Saúde, pautada por novos atores sociais do movimento sanitário, movimento popular de saúde (MOPS) e de profissionais de saúde. “Movimentações que explicitaram o conflito entre diferentes concepções de assistência à saúde, que, grosso modo, podem ser chamadas de publicista e privatista” (MENICUCCI, 2007, p. 185):

- A concepção publicista com suas variantes internas, sendo assumida institucionalmente numa perspectiva racionalizadora que via no fortalecimento do setor público a possibilidade de contenção dos gastos do INAMPS e, por outro lado, constituindo-se como uma visão com objetivos ideológicos e políticos mais amplos no sentido da democratização da saúde que se manifestava entre os técnicos integrantes do movimento sanitário (ibid).

Ganhou força política, nesse contexto, uma maior utilização da rede pública de saúde, como indica o comportamento dos gastos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), em que os repasses para órgãos públicos aumentaram cerca de 24% entre 1984 e 1987, e para a rede contratada privada diminuíram consideravelmente, passando de 58,3% para 35,7% no mesmo período (PIOLA, 1986).

O mesmo aconteceu em relação à participação dos fundos sociais, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Fundo de Investimento Social (Finsocial), com mais de 75% dos recursos destinados à saúde sendo aplicados em projetos públicos. Os recursos do Orçamento Fiscal também tiveram a sua participação aumentada em relação ao total do gasto federal com a assistência médica durante toda a década de 1980.

- E a concepção privatista, vinculada aos interesses do diverso empresariado da saúde. Nesse âmbito, cabiam perspectivas favoráveis à continuidade da intervenção do Estado dirigidas a financiar as despesas de investimento e a remunerar os serviços prestados à população previdenciária, através do FAS e do INAMPS. Sobretudo defendidas por um empresariado mais nacional, representado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), e pela Associação Médica

Brasileira (AMB). Ao mesmo tempo em que ocorria a penetração de empresas multinacionais na área da assistência médica, sobretudo por parte de companhias de seguro privado dos Estados Unidos da América, que articulou um forte capital internacional às empresas originalmente brasileiras, e que fortaleceu o seu mercado junto a parcelas da população economicamente ativa, com melhor nível de renda e menores riscos de adoecer, sem necessariamente depender dos convênios-empresa, embora isso não tenha significado um completo alijamento do financiamento público, como veremos adiante.

Com a Constituição federal de 1988 (CF/88) os recursos destinados aos direitos sociais, incluindo a saúde, passam então a ser alocados em serviços públicos com base na necessidade de utilização das áreas da Seguridade Social. Foram estabelecidos critérios para o repasse de recursos que contemplassem através de um Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento de todos os cidadãos, e não mais baseado numa relação de acesso contratual. Contudo, esse sistema convive desde a sua criação com problemas de insuficiência de recursos para cumprir os seus objetivos.

Em primeiro lugar, porque os 30% do total de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) que deveriam ser destinados à área da saúde, na prática, nunca foram garantidos. Tal percentual fora definido na Constituição Federal e teria validade enquanto não fosse regulamentada a Lei de Custeio da Seguridade Social. Mas, em pouco tempo, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, o Ministério da Previdência Social reduziu o volume desse possível repasse. A transferência para o Ministério da Saúde (MS), que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992 (MENDES; FUNCIA, 2016).

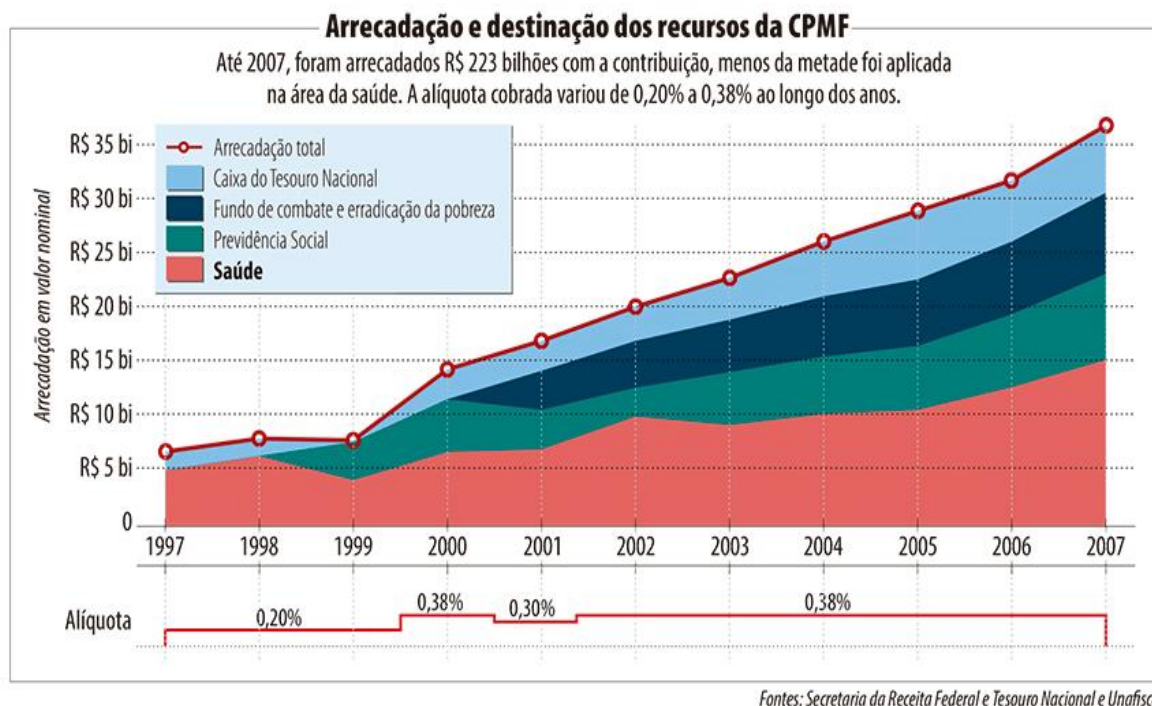
As tensões na relação entre o SUS e o Orçamento da Seguridade Social continuaram ao longo dos anos. Em 1993, a LDO destinava apenas 15,5% do total arrecadado das contribuições para a saúde, fruto de um aumento dos gastos previdenciários em detrimento dos gastos com saúde, período em que também foi necessário ao MS recorrer a empréstimos de recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). Desse contexto, derivaram novas discussões e propostas de reordenamento do seu financiamento, buscando vincular recursos financeiros

específicos para a saúde. Propunha-se nesse mesmo ano com a PEC 169 (arquivada), que os seus recursos correspondessem novamente a pelo menos 30% dos recursos da Seguridade Social acrescidos de mais 10% da receita dos impostos, discussão que permaneceu no Congresso Nacional ainda durante 7 anos, mas ao final também não garantiu à Saúde uma vinculação das receitas da Seguridade (ibid).

A partir de 1997, como forma de encontrar novas fontes de recursos para a saúde, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que incidiu de forma transitória, como o próprio nome sugere, sobre as movimentações financeiras dos contribuintes, em substituição ao antigo Imposto Sobre Movimentação Financeira (IPMF) extinto em 1994. Uma diferença importante entre os dois impostos, é que a CPMF tinha como objetivo financiar essa política, enquanto o IPMF não possuía um fim específico. Mas, vale destacar que, como não havia essa obrigação em lei, bilhões de reais da CPMF foram usados para financiar além da saúde setores como a Previdência Social, o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza e o Caixa do Tesouro Nacional, como pode-se observar na figura 4.

A contribuição foi prorrogada diversas vezes, sendo a última tentativa de prorrogação prevista até 2011, proposta que foi derrotada no Senado Federal em 2007, apesar das alegações do Governo Lula sobre a perda de arrecadação que a extinção da CPMF provocaria no ano seguinte, totalizando à época cerca de R\$ 40 bilhões.

Figura 4 – Utilização da CPMF no financiamento da saúde e de outros setores



Fonte: Senado Notícias¹⁸

Estudos como o de Mendes e Fúncia (2016) discutem que a vinculação da CPMF também não significou um efetivo acréscimo de recursos para a saúde porque foram retirados, concomitantemente, partes de outras fontes outrora garantidas, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que substituiu o Fundo de Investimento social (Finsocial) ainda em 1991, e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL).

Em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte Cofins representava 42,2% dos recursos. No momento em que o Ministério da Saúde passou a contar com a CPMF, em 1997, verifica-se menor participação relativa da Cofins (25,6%) no total do financiamento e o mesmo aconteceu com a CSLL (de 20,7% para 19,3%, respectivamente) (ibid, p. 151).

¹⁸ Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> > Acesso em: 19, mar. 2023.

Os autores destacam ainda que, parte dos recursos da CSLL e da Cofins pagas pelas empresas à União à época estavam sendo desvinculados do Orçamento da Seguridade Social e, conseqüentemente, da saúde, através da criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, conhecido atualmente como Desvinculação das Receitas da União (DRU)¹⁹.

Em segundo lugar, foram raras as legislações que avançaram no sentido de uma estabilidade para o seu financiamento. Apenas nos anos 2000, com a Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), que aglutinou diversas proposições apresentadas ao Congresso Nacional entre os anos 1993 e 1999, e posterior regulamentação realizada 12 anos depois, mediante a Lei Complementar nº 141/2012, é que finalmente se definiram montantes mínimos a serem aplicados pela União, estado e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Quando a EC/29 passou a vigorar, nos anos 2000, a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS. Desde então, houve o aumento da participação dos estados e Distrito Federal, que passaram a aplicar no mínimo 12% das receitas próprias, e dos municípios com 15%. Quanto aos recursos da União, sem deixar nítidas as suas origens, a EC/29 determinava apenas um aporte de 5% em relação ao empenhado do período anterior, e para os seguintes, o valor é corrigido pela variação do PIB nominal. Apesar de ter crescido em valores absolutos, o gasto federal com o SUS manteve-se em torno de 1,7% do PIB. Em relação aos recursos da Seguridade Social a emenda foi omissa (MENDES; FUNCIA e MARQUES *et al*, 2016).

É evidente que o não cumprimento das disposições presentes na CF/88 quanto aos 30% de recursos da Seguridade Social para a Saúde, a longa espera pela EC/29 e a sua regulamentação após mais de uma década causaram perdas de recursos para o SUS e enfraqueceram o consenso obtido quanto da sua criação. No contexto da sua universalização, também não é difícil supor que a instabilidade no financiamento do SUS tenha provocado uma demanda por serviços e bens públicos de saúde superior à receita do sistema.

¹⁹ Para o aprofundamento da discussão acerca das Desvinculações da Receita da União (DRU) numa perspectiva macroeconômica e os seus impactos para os direitos sociais, consultar capítulos I e II.

Como forma de enfrentamento a essas arbitrariedades relativas ao financiamento do SUS e suas consequências, um conjunto de entidades, movimentos sociais e populares da saúde articularam o Movimento Saúde+10, reivindicando a retomada da proposta do piso federal de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB), excluída na redação final da Lei Complementar 141/2012. Mas, à revelia das reivindicações populares, e diante da forte pressão da área econômica no país chefiada por Joaquim Levy, o “ministro banqueiro” do Governo Dilma Rousseff, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 (EC/86) de 2015, vinculando as receitas da União ao percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), mais sensível aos ciclos da economia (FUNCIA, 2018).

De acordo com a EC/86, a aplicação mínima obrigatória da União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) deveria ser de 13,2% em 2016, até chegar, de forma escalonada, a 15% da RCL em 2020. O que representa uma redução da aplicação em comparação aos exercícios de 2014 (14,2%) e 2015 (14,7%). A Emenda também exclui a receita de royalties do Pré-Sal como fonte para aplicação federal em ASPS adicional ao piso constitucional, conforme Lei nº 12.858/2013 (ibid).

Essa situação se agrava com um processo que introduziria o desfinanciamento no SUS: a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (EC/95), logo após o golpe de Estado contra Dilma Rousseff que culminou no seu impeachment. Pode-se dizer que, a partir dessa Emenda, proposta pelo sucessor na presidência Michel Temer, não se trata mais de recursos insuficientes para efetivar plenamente o SUS constitucional, mas de realocar seus recursos para pagar os juros e amortização da dívida pública, manobra nitidamente alinhada à plataforma política “Uma ponte para o futuro” defendida pelo governo Michel Temer.

A mudança na regra da aplicação de recursos no SUS com a EC/95, estabelece que o novo “piso/teto” de 2018 a 2036 será calculado com base no valor apurado da aplicação mínima de 2017, corrigida apenas pela variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), e desconsiderando a própria inflação na saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional (FUNCIA, 2018; MENEZES et al, 2019).

A EC/95 revogou o escalonamento de cinco anos estabelecido pela EC/86 para se atingir o piso de 15% da RCL, e estipulou que qualquer necessidade de

recurso adicional ao novo cálculo da aplicação mínima deveria ser realizada apenas através do remanejamento de investimentos prioritariamente destinados a outras áreas. Um estudo comparativo realizado por Menezes et al. (2019), demonstra que a perspectiva é que os investimentos da União tendem a cair para um patamar próximo a 10% em 2036, o que impossibilitará o funcionamento das ASPS como previstas na atual política de saúde.

De acordo com a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a EC/95 retirou 17,6 bilhões de reais do SUS apenas nos anos de 2018 e 2019, em comparação com a EC/86. Em 2018, o orçamento federal que seria de aproximadamente R\$ 121 bilhões foi de R\$ 117 bilhões; e em 2019 passou de aproximadamente R\$ 136 bilhões se estivesse vinculado à regra anterior, para R\$ 122 bilhões sob a vigência da atual EC/95 (ABrES, 2022).

Vale destacar que, à plataforma política “Uma Ponte Para o Futuro” que previa a execução de uma política de desenvolvimento para o país centrada na iniciativa privada, foram acrescentados outros documentos orientadores das ações do Governo Michel Temer como o “Travessia Social” de 2016, defendendo para a saúde a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos de saúde e ao mesmo tempo o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016).

A crise do financiamento na saúde também pode ser ilustrada com a diminuição da participação do gasto público em comparação aos gastos privados nos últimos anos. Enquanto esse primeiro passou de 4% do PIB em 2016 para 3,8% do PIB em 2019, o segundo apresentou um crescimento de 5,3% do PIB para 5,8% do PIB no mesmo período (IBGE, 2022). Em comparação a outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o gasto público brasileiro em saúde na economia só está acima dos gastos do México²⁰, entretanto, o gasto privado é o maior entre todos os países.

Segundo Menezes et al (2019, p. 60) “as evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais no setor, estando o Brasil mais de 20 pontos

²⁰ Países como Estados Unidos, Suíça, França, Canadá, Austrália, Grécia, Chile e Hungria apresentam gastos públicos com saúde superiores ao gasto brasileiro.

percentuais abaixo desse patamar” (MENEZES et al, p. 60, 2019). Dentro dos gastos privados, as despesas de consumo com serviços de saúde responderam por 67,5% em 2019, incluindo integralmente os valores pagos a planos de saúde, inclusive pelos empregadores (IBGE, 2022).

Diversos estudos vêm apontando as razões para a permanência do gasto privado em saúde, mesmo após a consolidação de um Sistema Único de Saúde no Brasil. Para Menicucci (2007), os incentivos governamentais contribuíram para constituição de uma cultura de assistência à saúde de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista. A autora defende que houve uma valorização da assistência empresarial ao trabalhador por parte do Poder Público, vista como uma política de cunho social, de tal forma que mesmo quando esses incentivos passaram a não ter grande expressão financeira continuaram indicando uma “opção valorativa do Poder Público, acatada pela empresa e corroborada pelos trabalhadores” (ibid, p. 122).

Para Ocké-Reis e Sophia (2009), o esvaziamento do seguro social nos anos 1980 estimulou o mercado de planos, engrossando o seu número de consumidores simultaneamente à implantação do SUS subfinanciado. Nesses termos, para os autores, o que houve foi uma privatização do seguro social, dando início à configuração de um sistema paralelo ao SUS. Também a presença desse setor privado acabou sendo naturalizada no sistema de saúde brasileiro, embora não desejada pelos sanitaristas, tirando a força da crítica ao mercado de planos de saúde.

Nessa trilha, os planos de saúde não receberam da Carta Constitucional mais do que algumas linhas, em que consta basicamente uma autorização para continuar a comercialização dos seus serviços, desde que fossem preservados o capital nacional e a propriedade brasileira dessas empresas, além da proibição de investimentos públicos nas mesmas:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988, p. 120).

A relativa omissão da Carta Magna com esse mercado tem indícios de mudança com a Lei nº 9.656/1998 de regulamentação dos planos de saúde, e a Lei nº 9.961/2000 de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além de uma institucionalidade regulatória, a primeira dessas leis volta a autorizar a internacionalização das empresas de planos de saúde brasileiras²¹, à revelia das determinações constitucionais previstas no art. 199, § 3º. As fusões com o capital estrangeiro, inclusive como majoritário, nos planos de saúde originalmente brasileiros contribuiu para a consolidação dessas empresas como plataformas de investimentos financeiros de grande porte, com empresas cada vez mais concentradas e verticalizadas, permitindo que uma grande parcela dos procedimentos passasse a ser realizada dentro da própria rede, com hospitais próprios, proporcionando a diminuição das despesas dessas empresas²².

Para Bahia (2016), essas atividades permitem, de uma parte, explicar o crescimento das receitas dos planos de saúde, mesmo diante das graves crises econômicas que vimos atravessando. A título de exemplificação, em 2016, a lucratividade das empresas subiu 70,6% em relação a 2015, e o faturamento experimentou crescimento de 12,8%, atingindo R\$ 158,3 bilhões (VALOR, 2017). Enquanto em 2019, as receitas de contraprestação alcançaram R\$ 213,4 bilhões em valores correntes (SALVADOR, 2021).

Observa-se ainda, no que se refere à concentração do mercado, indicada pelos movimentos das receitas de contraprestações, que permanecem no topo das maiores empresas, desde o início da década de 2000: a Sul América, Bradesco, Amil, Unimed Rio, NotreDame e Unimed Belo Horizonte. Em 2019-2020, despontam também: a Central Nacional da Unimed, a CASSI (do Banco do Brasil), a Hapvida e a GEAP (Fundação de assistência ao servidor público) (SALVADOR, 2021).

Já a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) nos anos 2000, autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, está imersa nas particularidades do

²¹ A participação do capital estrangeiro em outras atividades assistenciais da saúde só foi autorizada 17 anos depois, com a Lei nº 13.097 em 2015.

²² Ver apêndice B.

contexto brasileiro de mudanças na administração pública que estabeleceram um novo modelo de regulação estatal e a construção de agências voltadas a esse fim, durante os anos de governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (LIMA JÚNIOR, 2021).

Estas mudanças guardam relação com os processos de contrarreforma do Estado, amplamente discutidos por Behring (2008) e citados por nós no segundo capítulo desta tese. Em diálogo com as ideias de Baird (2020), Lima Júnior (2021) situa o surgimento da ANS dentro de uma segunda geração de agências que estariam mais “associadas às vantagens para os governantes de repassarem o custo político de decisões frequentemente impopulares e técnicas para agência autônomas especializadas” (ibid, p. 67).

Ainda para o autor, é importante ressaltar

a existência de pressões e elementos de permeabilidade da ANS ao empresariado, que se expressam, por exemplo, na ocupação de alguns cargos estratégicos na direção da Agência. Assim, persistem pressões sobre a Agência e seus servidores para flexibilização da regulação (ibid, p. 119).

Todavia, a regulação desse mercado possibilitou avanços importantes para organizar a sua oferta, induzindo a uma melhoria da qualidade assistencial das empresas de planos de saúde e dos seus prestadores (Ibid).

Pode-se afirmar, que, além da formalização de uma convivência no *locus* institucional/governamental de um sistema privado de saúde paralelo ao SUS, através das legislações de regulamentação dos planos de saúde e de criação da ANS, o Estado também continuou atuando como financiador dos planos de saúde. Assim, enquanto o SUS proporciona o acesso à saúde gratuito a toda a população sem distinção, legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, com o apoio popular e inspirado nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde, parte dos cidadãos tem acesso a uma dupla cobertura, especialmente os que podem pagar ou podem ser financiados (totalmente ou parcialmente) pelos empregadores.

Como, então, passa a se desenvolver o financiamento público aos planos de saúde após a CF/88?

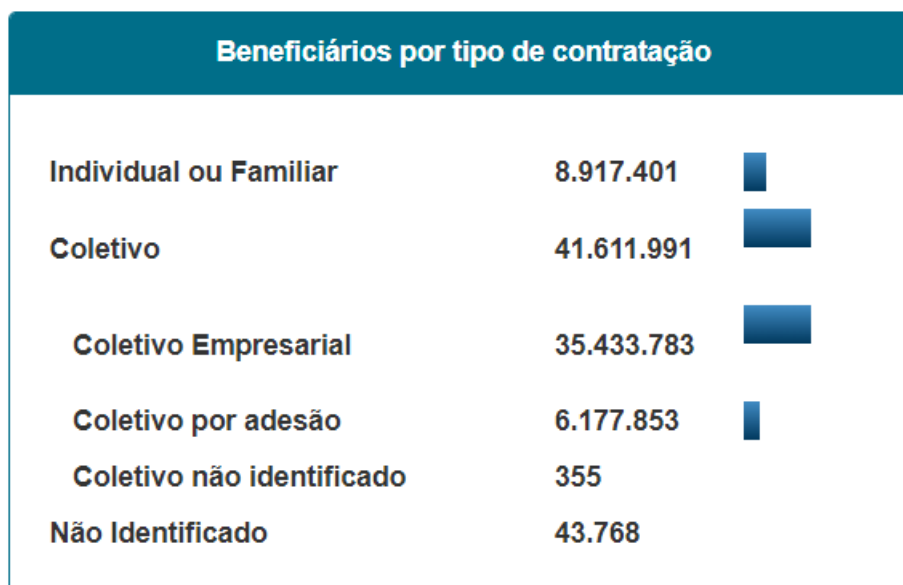
Com o incentivo às demandas de consumo dos planos de saúde, o Estado vem possibilitando deduções dos gastos privados com saúde no Imposto de Renda (IR), estabelecidas a partir de 1990. No caso do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), as empresas abatem os gastos com seus empregados no lucro tributário (diretamente ou quando contratam operadoras de planos de saúde); e no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), igualmente, os declarantes acabam deduzindo da sua renda tributável (OCKÉ-REIS, 2012).

O montante da parcela de tributos que o Estado deixa de arrecadar (renúncia fiscal) acabou por favorecer o crescimento do mercado de planos de saúde. Isso porque incentiva a procura por serviços privados de saúde, resolvendo, em parte, a pressão dos seus custos e preços crescentes. “Pois, sem esse aporte, os lucros extraordinários dos planos de saúde seriam reduzidos” (Ibid, p. 157).

Essas subvenções aos consumidores de planos de saúde são ainda regressivas, favorecendo os grupos com maior capacidade de gastos privados de saúde. Assim, parece correto admitir que os indivíduos localizados no topo da distribuição de renda – e que abatem os seus gastos no IR - recebem mais recursos do Estado (ibid). Tal concepção é reforçada quando o contexto é de subfinanciamento no sistema público, como indicamos nas discussões acima.

Acerca da dupla cobertura, mesmo que o acesso à assistência privada à saúde tenda a se concentrar nos setores mais dinâmicos da economia, em que também os salários costumam ser maiores, a maior parte desse acesso não está diretamente vinculado à disponibilidade de renda, mas sim às relações de trabalho, viabilizando o acesso de amplas camadas populacionais ao sistema privado, desde os setores médios a alguns segmentos de baixa renda (MENICUCCI, 2007). Esse argumento pode ser observado a partir da relevância quantitativa dos planos de saúde de contratação coletiva, que prestam serviços às empresas empregadoras ainda hoje, em comparação aos planos de contratação individual e familiar, conforme a figura 5.

Figura 5 - Relevância dos planos de saúde de contratação coletiva x contratação individual ou familiar



Fonte: ANS (2023).

Obs.: a) as informações são atualizadas a cada três meses. Os dados apresentados são referentes ao mês de abril de 2023;

Obs.: b) beneficiários é uma terminologia utilizada pela ANS para se referir aos vínculos de planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para uma mesma pessoa.

É na função como empregador que está situada mais uma forma de subvenção do Estado aos planos de saúde, sendo parte dessa subvenção subtraída do Orçamento da Seguridade Social (OSS) de forma irregular, como vimos argumentando. Discutimos nos capítulos anteriores e reforçamos até aqui, que esta função é mediatizada por um movimento particular da proteção social, envolto em contradições que revelam tanto as formas particulares de atendimento às necessidades de servidores públicos com saúde, como o histórico compromisso público com o incentivo aos planos de saúde. Agora questionamos: qual a despesa do Estado, particularmente da Seguridade Social nesta função e quais as implicações para a Saúde no Brasil, sobretudo no contexto de desfinanciamento do SUS?

6.3 Despesas da assistência privada à saúde de servidores públicos

6.3.1 Servidores do Poder Executivo Federal

Entre os anos de 2016 e 2019, as despesas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde dos servidores do Poder Executivo Federal somaram, aproximadamente, R\$ 9,3 bilhões, com média anual de R\$ 2,31 bilhões. Nesse mesmo período, conforme a tabela 6, o quantitativo médio anual de servidores ativos, aposentados e pensionistas vinculados aos ministérios e outros órgãos do Poder Executivo foi de 1.23 milhões²³.

Tabela 6 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com assistência privada à saúde de servidores públicos civis do Poder Executivo Federal x total de vínculos (2016 – 2019)

ANO	DESPESAS*	VÍNCULOS **
2016	2.380.328.638,09	1.232.968
2017	2.382.400.607,91	1.231.802
2018	2.348.929.243,69	1.231.297
2019	2.167.681.115,09	1.224.838

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil; Painel estatístico de pessoal/Governo Federal. ²⁴

* Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

** O número de vínculos corresponde aos servidores ativos, aposentados e instituidores de pensão, conforme a nomenclatura utilizada pelo Observatório de Pessoal do Governo Federal.

** Foram contabilizados os vínculos que correspondem ao Regime Jurídico Único (RJU), Contratos Temporários, Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e Natureza Especial.

²³ Para detalhamento das despesas por Ministérios do Poder Executivo e demais unidades orçamentárias, consultar apêndice F.

²⁴ Disponível em: <

<http://painel.pep.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=painelpep.qvw&lang=en-US&host=Local&anonymous=true>> Acesso em: 21, mar. 2023.

Considerando os dados na tabela acima, a média do gasto público *per capita* anual do OSS, no período entre 2016 e 2019, com a assistência privada à saúde dos servidores públicos vinculados ao Poder executivo Federal foi de R\$ 1,9 mil reais. Essa média sofre variações entre os servidores, uma vez que nem todos eles acessam os auxílios, sendo essa modalidade de assistência à saúde disponibilizada apenas para aqueles que comprovam ter convênio ou contrato com empresas de planos de saúde; assim como há servidores que possuem dependentes, aumentando os valores recebidos anualmente, como discutimos no capítulo 4 desta tese.

O valor do auxílio concedido aos servidores requerentes está fixado na Portaria nº 08/2016 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, limitando-se aos seus parâmetros e teto. Segundo a portaria, o valor *per capita* do auxílio é calculado considerando a faixa salarial (remuneração) e de idade do servidor. No caso da *per capita* devida aos dependentes, ver figura 6, o cálculo leva em consideração a remuneração do servidor e a idade do dependente:

Figura 6 – Valor do auxílio *per capita* referente à assistência privada à saúde dos servidores ativos, inativos e dependentes

R\$ 1,00

RENDA/IDADE	FAIXA 01	FAIXA 02	FAIXA 03	FAIXA 04	FAIXA 05	FAIXA 06	FAIXA 07	FAIXA 08	FAIXA 09	FAIXA 10
	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU +
ATÉ 1.499	149,52	156,57	158,69	165,04	169,97	175,61	190,03	193,05	196,06	205,63
1.500 – 1.999	142,47	149,52	151,64	156,57	161,51	167,15	180,76	183,63	186,5	196,06
2.000 – 2.499	135,42	142,47	144,59	149,52	154,46	160,1	171,49	174,21	176,94	186,5
2.500 – 2.999	129,78	135,42	137,53	142,47	147,41	153,05	163,77	166,37	168,97	176,94
3.000 – 3.999	122,71	129,78	131,89	135,42	140,35	146	156,04	158,52	161	168,97
4.000 – 5.499	111,43	114,25	116,38	117,07	122,02	127,66	129,78	131,84	133,9	137,09
5.500 – 7.499	107,2	108,61	110,73	111,43	116,38	122,02	123,6	125,56	127,52	130,71
7.500 OU MAIS	101,56	102,97	105,08	105,79	110,73	116,38	117,42	119,28	121,14	124,33

Fonte: Portaria nº 08/2016 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2022).

A concessão do benefício é exclusiva para a contratação de serviços sob a forma de contrato ou convênio, serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, ou auxílio de caráter indenizatório por meio de ressarcimento (BRASIL, 2020).

6.3.2 Servidores do Poder Legislativo

O financiamento do plano de assistência privada à saúde dos servidores do Senado Federal, vinculado ao Sistema Integrado de Saúde (SIS), ocorre através de recursos da União, que correspondem a, pelo menos, 3,5% da despesa total com pessoal e encargos do respectivo órgão; e de um fundo de reserva formado pelas contribuições mensais dos servidores, taxas de coparticipação pela utilização dos serviços, multas e receitas de aplicações financeiras.

As despesas do Orçamento da Seguridade Social com o financiamento do SIS, entre os anos de 2016 a 2019, corresponderam a mais de 660 milhões de reais, ver a tabela 7, utilizados para viabilizar convênios com planos de saúde de autogestão, como a Caixa saúde, e com hospitais como o Sírio Libanês, o Israelita Albert Einstein, Samaritano e o Vila Nova Star.

Tabela 7 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com o Sistema Integrado de Saúde (SIS) (2016 – 2019)

ANO	DESPESAS
2016	141.866.348,86
2017	144.468.585,12
2018	193.343.629,43
2019	183.217.523,43

Fonte: Elaborado pela autora (2022).
Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

Além dos servidores e senadores, estão inclusos no plano os seus dependentes, ampliados em 2018 através do ato da comissão diretora nº 5/2018. O ato prevê alteração na regulamentação do SIS, incluindo também na cobertura assistencial os filhos maiores de 21 anos e menores de 24 na condição de estudantes.

O que, sem dúvidas, contribuiu para o aumento das despesas do sistema a partir deste ano.

Ao optar pelo plano de assistência privada, o servidor fica responsável por uma mensalidade que varia conforme a vinculação ao plano (se titular, filho, enteado, cônjuge do servidor) e faixas etárias, sendo a menor contribuição de R\$ 341,22 e a maior R\$ 929,12 (anexo 01), além da coparticipação do pagamento pelos serviços utilizados na rede conveniada, entre 5% a 30% da despesa que as instituições cobrarem ao SIS.

Caso os servidores optem pela assistência em serviços prestados por profissionais liberais e instituições de livre escolha, não credenciados pelo SIS, há a possibilidade de obter ressarcimento parcial, com valores que variam entre R\$ 36,94 a R\$ 714,25. Os valores não são regidos pelas normas da ANS, nem são calculados em cima de um percentual fixo da nota fiscal do serviço prestado, mas de acordo com um valor limite estabelecido por tabelas usadas como referência pelo SIS (anexo 02). Do valor reembolsado, ainda é descontada do servidor a coparticipação.

Em relação aos auxílios para os servidores vinculados ao Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados Federais (Pró-Saúde) foram empenhados R\$ 595 milhões do Orçamento da Seguridade Social (OSS), entre os anos de 2016 e 2019, conforme a tabela 8. A subvenção contribuiu para o acesso dos servidores e Deputados Federais, sobretudo, ao plano de saúde de autogestão Caixa Saúde, visto que entre os anos a que corresponde nossa pesquisa o Pró-Saúde ainda não possuía convênio com hospitais de notória especialização como o Sírio Libanês e o Israelita Albert Einstein, conveniados apenas a partir de 2022.

Tabela 8 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com o Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados Federais (Pró-Saúde) (2016-2019)

ANO	DESPESAS
2016	155.594.114,71
2017	130.950.744,99
2018	128.230.245,64
2019	179.856.179,25

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

Apesar dos auxílios, os servidores que utilizam o Pró-saúde pagam mensalidades e ainda coparticipam com 25% das despesas de utilização de serviços de saúde, observando o limite de desconto mensal de R\$ 1.536,00. O percentual da coparticipação sobe para 30% quando se trata de serviços em hospitais de notória especialização.

Com o Pró-saúde pode haver ressarcimento de despesas individuais de forma integral, quando não há possibilidade de escolha de atendimento em rede credenciada local. Esse tipo de ressarcimento regulamentado com a instrução normativa nº 1, de 04 de junho de 2018, pode ter contribuído com o aumento das despesas do OSS com o Pró-saúde no ano subsequente.

Há ainda os ressarcimentos integrais para atendimento no exterior, quando inexistentes ou esgotados os recursos no País, à vista do relatório do médico e parecer favorável da auditoria médica oficial. Bem como ressarcimentos parciais, com valores a depender da situação, que pode ser despesas em hospitais de notória especialização ou honorários profissionais não credenciados no plano e sob recomendação médica.

5.3.3 Servidores do Poder Judiciário

As despesas com a assistência privada à saúde dos servidores do Poder Judiciário, ver tabela 9, foram cobertas entre os anos 2016 e 2019 com R\$ 3,8 bilhões de recursos orçamentários da Seguridade Social. Além de recursos próprios dos programas a que a assistência se vincula, decorrentes da contribuição mensal e da participação dos servidores no custeio dos serviços assistenciais utilizados por ele e seus dependentes.

Tabela 9 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores através da Política de Atenção à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário (PAISMS) (2016-2019)

Ano	Despesas
2016	920.242.602,46
2017	966.948.235,41
2018	990.195.015,86
2019	974.027.799,21

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

A PAISMS prevê convênios entre os Tribunais com outras instituições públicas para viabilizar a contratação de plano de saúde em comum, e também possibilita o recebimento do auxílio saúde para os servidores que fizerem esta opção. Além dos recursos do OSS, os planos de saúde, diferentes a depender do órgão e suas respectivas unidades regionais, quando houver, são mantidos pelos servidores através do pagamento de mensalidades e coparticipação nas despesas do plano com os serviços prestados aos mesmos (Quadro 4).

Quadro 4 – Programas de saúde dos Órgãos Judiciários

ÓRGÃO	MODALIDADE / ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE	MENSALIDADE	COPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS COM A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS OU CONVENIADOS COM O ÓRGÃO	REEMBOLSO DAS DESPESAS DOS SERVIDORES COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE NÃO CREDENCIADA OU CONVENIADA AOS PROGRAMAS
Supremo Tribunal Federal	STF Med / Caixa Saúde	Entre R\$ 121,03 e R\$ 1729,91	20% a 40% para atendimento médico-hospitalar 10% a 15% Internação hospitalar	- Oitenta por cento da despesa, quando se tratar de consultas, exames, cirurgias sem internação e sessões de tratamento; '- Noventa por cento da despesa, quando se tratar de internações.
Superior Tribunal de Justiça	PRÓ-SER ou Auxílio Assistência à Saúde na forma de reembolso.	Contribuição mensal definida por faixa etária, entre R\$ 121,08 a R\$ 555,06.	Mínimo de 10% e máximo de 50%, dependendo do procedimento e tipo de vínculo do servidor ao órgão. A coparticipação é realizada através de parcelas mensais no percentual de 10% da remuneração líquida do servidor.	Auxílio de Caráter indenizatório mediante comprovação de pagamento por procedimentos não realizados na rede conveniada.
Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – Pró-Saúde	Pró-Saúde / Unimed CNU / Unimed Norte Nordeste / Gama Saúde	Contribuição mensal percentual incidentes sobre a remuneração do servidor, variando entre 2,82% e 5,11% e correspondente a cada inscrito.	Mínimo de 20% e máximo de 50%, em parcelas mensais no percentual de 10% da remuneração do servidor.	Reembolsos que chegam até 80% do menor valor previsto na tabela SIMPRO ou da nota fiscal, prevalecendo o menor preço dentre eles.
Conselho Nacional de Justiça	Auxílio-Saúde	-	-	Auxílio de caráter indenizatório mediante ressarcimento de 80% do valor efetivamente pago pelos servidores aos planos de saúde de livre escolha e responsabilidade do beneficiário.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A Justiça Federal, Eleitoral e do Trabalho possuem Tribunais Regionais que podem contar com programas e planos de saúde de criação própria, ficando sob critério das diversas unidades os convênios e contratos para prestação da assistência privada à saúde dos seus servidores.

6.3.3 Servidores do Ministério Público da União

Entre os anos 2016 e 2019, ver tabela 10, foram empenhados aproximadamente R\$ 533 milhões do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com o Plan-Assiste, Programa de Saúde e Assistência Social dos Servidores do Ministério Público da União.

Tabela 10 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência médica de servidores através do Plan-Assiste, Programa de Saúde e Assistência Social dos Servidores do Ministério Público da União (2016 – 2019)

ANO	DESPESAS
2016	117.303.403,00
2017	137.509.405,42
2018	136.476.784,58
2019	141.853.672,06

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

A esse recurso, somam-se ainda as contribuições mensais dos servidores, que variam entre R\$ R\$ 131,29 a R\$ R\$ 1.573,60, valores condicionados à faixa etária dos mesmos e de seus dependentes que utilizam o plano. Os atendimentos cobertos pelo Plan-Assiste podem ser realizados em serviços contratados ou conveniados com o plano, como a Unimed e hospitais de alto custo localizados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, e em caso de atendimento em outras instituições, de livre escolha dos servidores, é possível o reembolso de até 95% do valor previsto nas tabelas utilizadas pelo Programa.

6.3.4 Servidores do Tribunal de Contas da União

As despesas com o Programa de Assistência à Saúde do Tribunal de Contas da União (Pró-TCU), são suportadas através do Orçamento da Seguridade Social (OSS), taxas administrativas cobradas aos associados, no valor de R\$ 20,00 cada, além das contribuições mensais e coparticipação dos servidores nos custos com serviços utilizados, a depender do plano de saúde contratado pelos mesmos, rendimentos de aplicações financeiras, multas, juros, restituição.

Somente entre os anos de 2016 e 2019 foram empenhados, aproximadamente, 150 milhões de reais do OSS com o programa, conforme a tabela 11:

Tabela 11 - Despesa anual do Orçamento da Seguridade Social com a assistência médica de servidores através Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União (Pró-TCU) (2016 – 2019)

ANO	DESPESAS
2016	38.157.987,66
2017	36.101.145,50
2018	35.086.689,62
2019	39.587.237,08

Fonte: Elaborado pela autora (2022).
Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019

Diferente da maioria dos programas de assistência privada à saúde dos servidores, o Pró-TCU tem por finalidade apenas contratar e gerenciar contratos com empresas de planos de saúde, auxiliando os servidores com o pagamento das mensalidades e outras questões administrativas como trâmites relativos a solicitações de reembolsos.

6.3.5 Os impactos para a saúde no Brasil

A rigor, como tratamos anteriormente, as despesas da Seguridade Social com a assistência privada à saúde dos servidores públicos funcionam como incentivo à demanda de planos de saúde, ainda que não cubram a totalidade das despesas desses trabalhadores com o pagamento das mensalidades, aliás, do ponto de vista individual, não chegam mesmo a quantias tão significativas. Entretanto, juntos os auxílios somam importantes quantias do OSS que estão sendo desviadas de suas finalidades, conforme a tabela 12.

Tabela 12 - Despesas do Orçamento da Seguridade Social com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais civis (2016 – 2019)

Poderes/ Órgãos	2016	2017	2018	2019
Poder Legislativo	297.460.463,57	275.419.330,11	321.573.875,07	363.073.702,68
Poder Judiciário	920.242.602,46	966.948.235,41	990.195.015,86	974.027.799,21
Poder Executivo	2.380.328.638,09	2.382.400.607,91	2.348.929.243,69	2.167.681.115,09
Defensoria Pública da União	3.694.445,27	4.465.589,46	4.491.465,47	5.638.244,00
Tribunal de Contas da União	38.157.987,66	36.101.145,50	35.086.689,62	39.587.237,08
Ministério Público da União	117.303.403,00	137.509.405,42	136.476.784,58	141.853.672,06
Total das despesas anuais	3.757.187.540,05	3.802.844.313,81	3.836.753.074,30	3.691.861.770,12

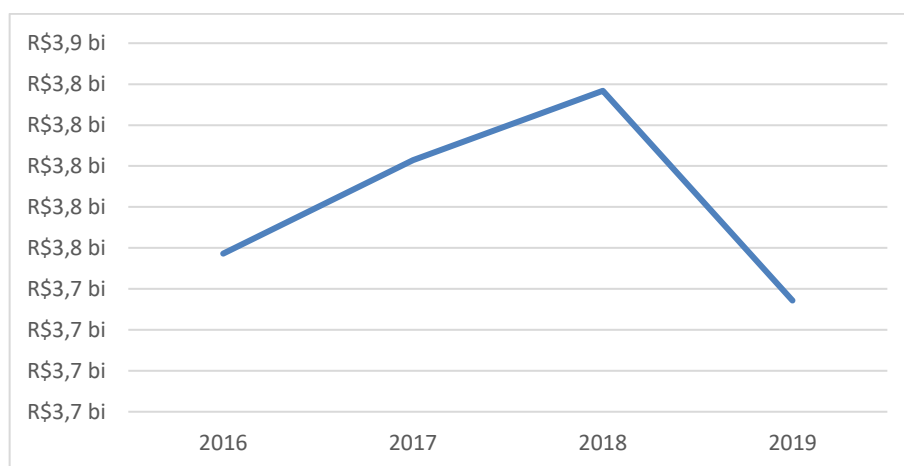
Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019.

Nota: Para maior detalhamento das despesas, consulte os apêndices C ao F.

Em valores reais, identificamos que houve um crescimento dos recursos do OSS empenhados entre os anos 2016 e 2018, e uma queda no ano de 2019, conforme o gráfico 1:

Gráfico 1 - Evolução das despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos



Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019

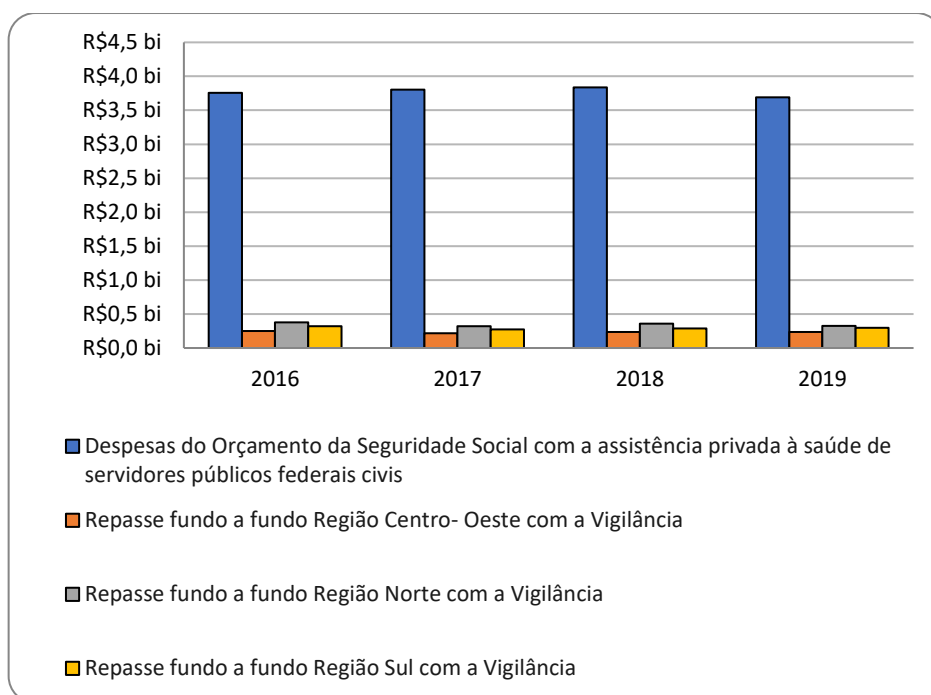
Salientamos que, em 2019, tem início no país uma nova gestão no âmbito do Governo Federal, sob o comando de Jair Bolsonaro. Neste momento, foram exonerados servidores públicos de cargos comissionados e de confiança, por meio de normativas, como a Portaria nº 79, de 2 de janeiro de 2019, da Casa Civil. Além disso, a Medida Provisória (MP) 870/2019 da reforma administrativa foi a primeira editada por Jair Bolsonaro, tratando da extinção de importantes pastas do Poder Executivo, como a Cultura e o Trabalho, o que pode ter ocasionado entre outras consequências, a diminuição no número de servidores públicos federais no ano de 2019, e a consequente queda na despesa pública com os auxílios de assistência privada à saúde antes destinados a esses trabalhadores.

De outro lado, os recursos do OSS utilizados nesta função representam uma soma anual de aproximadamente 0,05% do PIB, não aplicada diretamente na política pública de saúde, condição que reflete nos seus âmbitos econômico e também social:

- No âmbito econômico, exerce pressão sobre os gastos com o SUS: nos exercícios de 2016 a 2019, o total das despesas com assistência privada à saúde de

servidores, ver gráficos 2 e 3, ultrapassou as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS) aos estados e municípios de regiões como o Norte, o Centro-Oeste e o Sul do país com a Vigilância e a Atenção Básica, por exemplo.

Gráfico 2 - Despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais x transferência fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS) às regiões Norte, Centro-Oeste e Sul com a Vigilância (2016 - 2019)



Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil; Relatório Anual de Gestão (2016, 2017, 2018, 2019);

Obs.: Dados atualizados com base no IPCA de dezembro de 2019

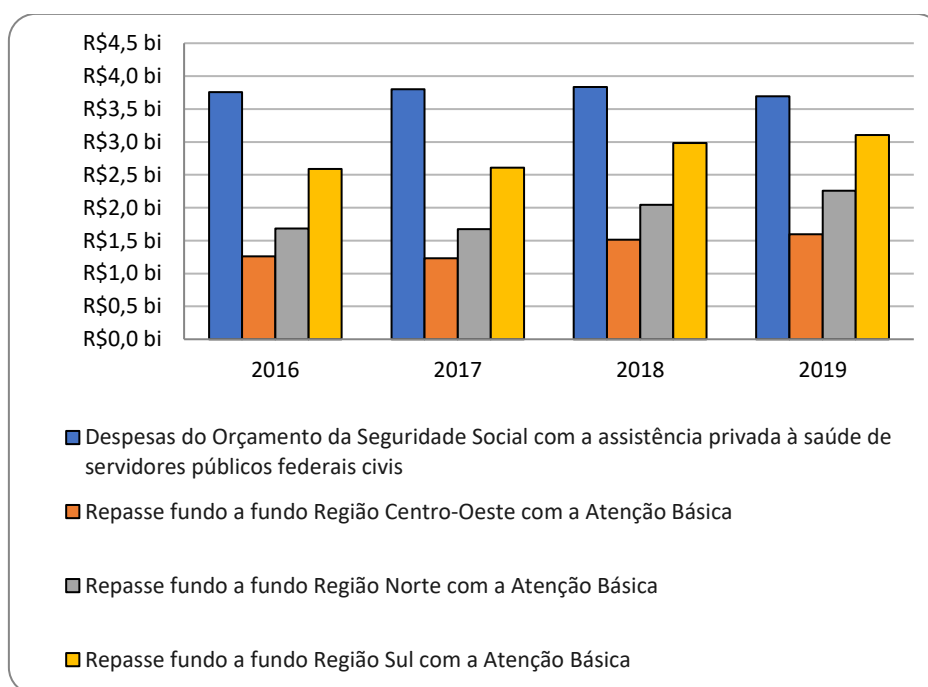
Essas disparidades de financiamento favorecedoras do histórico parasitismo dos planos de saúde em relação aos recursos públicos, tornam-se ainda mais complexas na vigência da EC/95, visto que são as ações e serviços públicos em saúde (ASPS) que têm absorvido os seus impactos.

As reduções de dotações da saúde com a vigilância são mais sentidas na região Norte, que passou de R\$ 378,3 milhões em 2016, para R\$ 321,7 mi em 2017, sofreu variação de crescimento em 2018 com R\$ 358,9 mi, mas despencou em 2019 com valores abaixo do investimento de 2016, calculados em R\$ 326,5 mi. As regiões Sul e Centro-oeste também sofreram impactos nas dotações, sendo mais expressivos

os impactos na região Sul, com queda de R\$ 47 mi em 2017, e seguindo em 2018 e 2019 com dotações abaixo do nível de 2016 (RAG, 2016, 2017, 2018, 2019).

A combinação desses elementos soma prejuízos ao SUS, único responsável pela vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde de toda a população, incluindo os *cidadãos consumidores*²⁵ de planos de saúde, e é particularmente nociva ao desenvolvimento das ações nos estados e municípios, responsáveis por sua organização.

Gráfico 3 - Despesas anuais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) com a assistência privada à saúde de servidores públicos federais x transferência fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS) às regiões Norte, Centro-Oeste e Sul com Atenção básica (2016 – 2019).



Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil; Relatório Anual de Gestão (2016, 2017, 2018, 2019).

No gráfico 3, também é possível ter uma ideia da subtração de recursos do SUS. Na atenção básica, em que pese a diminuição da participação dos recursos federais no seu financiamento, presumidamente preenchida pelos estados e municípios ao longo da trajetória do SUS, os repasses da União ainda constituem um montante importante para esse nível de atenção à saúde.

²⁵ Para melhor compreensão do conceito *Cidadãos Consumidores*, ver página 68 desta tese ou acessar diretamente MOTA (2018).

Se destinados ao Ministério da Saúde (MS) para utilização nas ASPS, os recursos do OSS gastos com a demanda de planos de saúde para servidores poderia contribuir ao menos para um crescimento nominal das transferências federais equivalente às variações do IPCA, e não abaixo, como vem sendo registrado nos últimos anos.

A eliminação do auxílio dos servidores para acesso aos planos de saúde ou a sua realocação na atenção básica e na vigilância, como vimos discutindo, não apagaria os efeitos das limitações impostas pelo teto de despesas primárias da EC/95, mas acabaria com uma despesa federal hoje injustificável, nunca mencionada nas diretrizes constitucionais ou da política de saúde, e que contribui para a piora na distribuição geográfica dos recursos da saúde e entre diferentes segmentos de trabalhadores, como discutiremos a seguir:

- No âmbito social, favorece iniquidades na distribuição geográfica de recursos e entre diferentes segmentos de trabalhadores:

Iniciamos discutindo neste capítulo que os recursos do OSS destinados ao provimento da assistência privada à saúde dos servidores públicos federais são desviados de sua finalidade, e apropriados privadamente de maneira irregular. Também discutimos que as especificações constitucionais determinam que o fundo público deve ser exclusivamente destinado ao SUS, por sua característica de ser único.

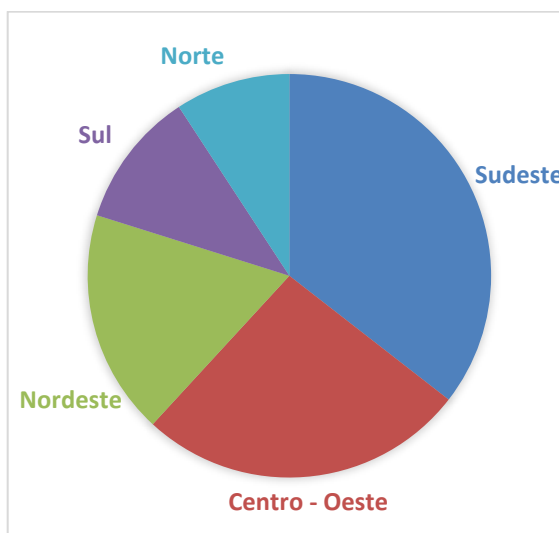
Entretanto, embora não sejam legalmente consideradas despesas do Estado com ações de saúde, os recursos do OSS a que estamos nos referindo vêm se somando ao gasto privado em saúde no Brasil. E é plausível afirmar que são socializadas com o conjunto de trabalhadores dos estratos inferiores de renda.

Notadamente, entre os trabalhadores, são os servidores da esfera federal que apresentam maior remuneração. Esse dado pode sofrer variações quando são consideradas as diferentes regiões geográficas, os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), níveis de escolaridade, sexo e raça. Mas, em geral, são esses trabalhadores que recebem os maiores salários-hora, quando comparados tanto com os trabalhadores do setor privado, quanto com as demais esferas governamentais (estadual e municipal) (IPEA, 2022).

A grosso modo, o auxílio para atender a demanda de planos de saúde destinados aos servidores públicos constitui-se como um privilégio àqueles que já possuem melhores condições socioeconômicas em relação aos demais trabalhadores brasileiros²⁶, favorecendo a iniquidade na distribuição de recursos voltados ao atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

Além dos aspectos relativos à distribuição de recursos para a Saúde entre os diferentes grupos de trabalhadores, podemos falar ainda de uma iniquidade geográfica quando olhamos para as regiões com maior concentração de servidores públicos, conforme o gráfico 4.

Gráfico 4 - Concentração de servidores públicos federais civis (2019)



Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: IPEA, 2020.

Visivelmente, a região Sudeste é a que possui uma maior concentração de servidores públicos federais no país (36%), seguida da região Centro-oeste (26%) (gráfico 04). Essas também são regiões que possuem melhores condições econômicas, principalmente a região Sudeste, que em 2019 era concentradora de 53% dos componentes do PIB no Brasil (IBGE, 2021).

²⁶ A remuneração média mensal no setor público, sem diferenciar níveis e poderes, foi de R\$ 4,2 mil em 2017, enquanto a remuneração média dos vínculos do setor privado era de R\$ 2,4 mil no mesmo período (IPEA, 2022).

A região Sudeste também é a que concentra um total de 60,7% dos consumidores de planos de saúde no país (ANS, 2019), e a maior quantidade de hospitais privados (1.786 hospitais), o equivalente a 41,4%, especialmente nos estados de São Paulo e Minas Gerais.

Nesse contexto, o auxílio vem privilegiando regiões que em geral têm melhores condições econômicas, e que possuem intenso consumo privado da saúde.

No outro lado, estão os estados e municípios de regiões mais vulneráveis, como o Norte, cada vez mais demandados pelos impactos que sofreram os repasses de verbas da União provocados pela EC 95/2016. Impõem-se maiores desafios a esses estados e municípios pela baixa arrecadação, pois participam juntos de apenas 5,7% dos componentes do PIB nacional²⁷, exigindo um alto preço para a própria manutenção dos serviços do SUS.

Dadas as disparidades regionais e o crescente desfinanciamento da União, os desvios de recursos do OSS para o provimento da assistência privada à saúde de servidores concentrados nas regiões com melhores condições econômicas, tem um peso ainda maior e o potencial efeito de provocar ainda mais danos à saúde dos trabalhadores que vivem nos municípios e estados com capacidades de investimento reduzidas.

²⁷ (IBGE, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acirramento das disputas em torno do orçamento público ao longo dos anos da Carta Magna brasileira, vem causando, cada vez mais, constrangimentos ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) e a apropriação privada dos seus recursos. O fato é que diante das suas crises e de comando da esfera financeira, o capital requer sempre mais da classe trabalhadora, reduzindo as suas possibilidades de manutenção através do acesso a bens e equipamentos públicos e a direitos básicos, como a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.

O percurso que empreendemos na presente tese, em meio a esse cenário, desde a discussão do contexto da acumulação sob o comando do capital financeiro, às particularidades da renúncia das responsabilidades do Estado com o financiamento da política de saúde na atualidade, e da luta política dos servidores públicos para o acesso à saúde, possibilitou-nos apreender tendências, mediações e sínteses, especialmente relacionadas às atuais contradições das despesas públicas com a assistência privada à saúde.

A saúde se tornou um campo fértil, seja para as massas de trabalhadores que a acessam através de serviços públicos, seja para a acumulação de capital através das estratégias do mercado. Enquanto política pública, foi se constituindo ao longo da sua trajetória em um patrimônio dos trabalhadores brasileiros e, no mercado, em um nicho lucrativo cada vez mais rentável. A Saúde é, portanto, na nossa compreensão, uma arena importante da luta de classes decorrente da relação contraditória entre capital e trabalho.

Os eixos e mecanismos destacados por nós nesta relação têm se estruturado em torno da trajetória particular de financiamento público. **No SUS, uma trajetória de financiamento assimétrica e insuficiente que não atende a todos de maneira integral.** Ainda não foi possível ao Sistema Único de Saúde desenvolver a sua universalidade plenamente e, em que pese as resistências dessa política e do conjunto de sujeitos que a defenderam ao longo da sua existência, as garantias em torno do seu financiamento são frágeis, a exemplo da Emenda Constitucional 95/2016 (EC/95) que pretensiosamente realocou recursos do SUS para rentabilidade na esfera financeira; **No âmbito do mercado, o provimento de recursos públicos**

consistentes, que funcionam como subsídios aos planos de saúde ou auxílio financeiro para alguns segmentos de trabalhadores que são induzidos e recorrem à sua contratação privada.

Tais eixos e mecanismos engendraram tendências no âmbito da Saúde configuradas em: primazia de múltiplas formas de acesso à assistência, com ênfase no acesso privado para os trabalhadores do mercado formal e servidores públicos; deslocamento da força política dos sindicatos, do âmbito da participação social no SUS para as negociações com o mercado de planos de saúde; elevação do gasto privado em saúde no Brasil, cada vez mais socializado com o conjunto de trabalhadores que não têm acesso aos planos de saúde e estão nos estratos inferiores de renda.

Todo esse conjunto que expressa as lutas de classes, sobretudo os ganhos do capital sobre o trabalho, também tem impactado de forma particular os servidores públicos:

- A primeira ordem de impactos está relacionada ao privatismo das políticas e programas de assistência à saúde desse segmento de trabalhadores, que passaram a dar o suporte e desenho institucional necessários aos planos de saúde lucrativos. A assistência à saúde dos servidores públicos civis federais passou a ser viabilizada no interior das relações de consumo, anunciada por meio de propagandas dos próprios Órgãos públicos e/ou entidades sindicais, e que os expõem a uma situação de risco e dano, típicos das relações de consumo.

A segunda ordem de impactos diz respeito a sua condição de trabalhador:

- parte do valor necessário à reprodução da sua força de trabalho vai diretamente para os planos de saúde. Sem intermediários, os auxílios para contratação da assistência médica privada são agregados aos salários dos servidores públicos, mas já tem destino certo, retornando ao capital em grande parte estrangeiro.

- o cenário que vem ampliando o espaço para os servidores públicos buscarem assistência à saúde através do mercado, também tem tornado as suas condições de acesso à saúde tendencialmente mais difíceis, com a maior parte dos seus custos recaindo sobre os próprios servidores, sobretudo os servidores aposentados, para os quais os planos de saúde são ainda mais caros. Na ausência de pagamento, não há alternativas assistenciais nas políticas e programas voltados aos servidores. No

máximo, a possibilidade de migrar para planos mais baratos, com acesso a serviços menos valorizados no mercado privado.

De fato, as mudanças sucedidas entre o primeiro Estatuto dos Servidores Públicos Federais do Brasil e a Lei do Regime Jurídico Único (RJU), que estabeleceu um novo plano de seguridade social para os servidores, ocorrem nos anos 1990, frente ao avanço das políticas neoliberais e com consequências não apenas para o conjunto de políticas sociais consagradas na CF/88, mas aos servidores públicos, com ameaças à estabilidade e à perda de um conjunto de direitos. Esse cenário contribuiu para a consolidação entre os servidores de reivindicações pela manutenção da assistência médica privada, por exemplo.

Porém, a nossa análise não deve nem pode recair na simples afirmação de que os servidores públicos não são sujeitos coletivos importantes na luta pela universalização do SUS. Ainda que não tenhamos vislumbrado um conjunto de lutas desse segmento que recusasse os auxílios para o acesso privado à saúde, nosso estudo nos leva a afirmar que a expansão de entidades sindicais entre os trabalhadores do setor público, sobretudo a partir do final da década de 1970, contribuiu para a vocalização das demandas de amplos setores da sociedade, e fez com que se desenvolvessem lutas ao longo dos anos estrategicamente situadas numa unidade entre servidores e a sociedade na defesa da saúde pública, na crítica ao subfinanciamento do SUS, contribuindo para a problematização acerca do direito à saúde não apenas dos servidores ou demais sindicalizados, mas também dos trabalhadores que estão fora do mercado formal de trabalho.

A sensação permanente de privatização da saúde, da necessidade de respostas ao subfinanciamento do SUS por meio da expansão dos planos de saúde, não tem sido um fenômeno específico ou exclusivo dos servidores públicos, posto que esse perpassa a realidade de 25% da população brasileira (ANS, 2023), dado que revela uma profunda desigualdade no acesso à saúde e em seu reverso o privilégio aos setores privados.

Sem a apropriação dos recursos públicos os planos de saúde teriam dificuldades para manter o contingente de consumidores, visto que a assistência à saúde privada está assentada em princípios comerciais e lucrativos, para poucos, e parte do trabalho necessário também é requerido para amortecer os custos

crescentes desse mercado, desde sempre financiado diretamente pelos trabalhadores e/ou pelo Estado, ainda que de formas diferentes ao longo dos anos. No período de 2016 a 2019, anos correspondentes à nossa pesquisa, somente o auxílio para os servidores públicos garantiu aos planos de saúde recursos públicos equivalentes a cerca de 0,05% do PIB.

O escoadouro desse processo, no qual são materializados os desgastes, tem sido o SUS. Certamente, o fim do auxílio destinado à demanda de planos de saúde para servidores públicos ou mesmo da renúncia fiscal proporcionada a todos os usuários e empresas contratantes de planos de saúde, através do imposto de renda, não garantiria a universalização plena do acesso à saúde entre os trabalhadores, frente às históricas dificuldades de garantir o orçamento necessário ao SUS, e ainda mais distante de ser alcançada com o desfinanciamento enfrentado nos últimos anos.

Contudo, não é admissível que seja o setor privado aquele que absorve a maioria dos gastos em saúde no país, incluindo um alto grau de gasto direto dos trabalhadores, apesar dos recursos públicos que subsidiam ou auxiliam esse gasto como vimos discutindo. Incrementamos, ainda, o caráter regressivo desses subsídios e auxílios, que incidem proporcionalmente mais sobre os trabalhadores em extratos inferiores de renda, e que não têm acesso aos planos de saúde. São oriundos de recursos que deveriam ser alocados na saúde pública, fortalecendo a distributividade dessa política, por meio de ações e serviços do SUS.

Frente às questões levantadas ao longo desta tese, indicamos a necessidade de investigações que explicitem e tornem cada vez mais transparente a utilização dos recursos da seguridade social, que avaliem os impactos dos seus desvios na saúde, mas também para o conjunto dos direitos sociais. O futuro imediato parece apontar para o acirramento nas disputas em torno desse recurso, colocando de lado um conjunto de trabalhadores cada vez mais expropriados de seus direitos, de outro, pacotes de salvamento dos Estados que movimentam capital aos empreendimentos financeiros, alimentando-os e garantindo lucratividade.

REFERÊNCIAS

ABrES. Associação Brasileira de Economia da Saúde. **Nova Política de Financiamento do SUS**. Bahia: ABrES, 2022.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel; SALLES, Pedro Paulo Dias Filho. Padrões e financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sônia. (Orgs.). **Seguridade Social, cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

ANFIP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL E FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS TRIBUTÁRIOS E DA SEGURIDADE SOCIAL. **Análise da Seguridade Social 2018**. Brasília: ANFIP, 2019.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Sala de situação (2022)**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 12, dez. 2022.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2019.

BAHIA, L. **Planos e Seguros Saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. (1999). Tese. (Doutorado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Lígia; et al. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 32, 2016.

BAZI BRANDÃO, Thiago. **As configurações da seguridade do servidor público federal**: uma análise das relações de status, classe e direitos na burocracia brasileira. (2015). Tese. (doutorado em Política Social). UNB, Brasília, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BEHRING, Elaine Rossetti, et al (orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Fundo Público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. In: *In*: BOSCHETTI, Ivanete. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. "Condição (não) salarial e seguridade social no Brasil: fatores de inclusão e exclusão social". In: **Revista Ser Social**, Brasília, nº 03, 1998.

_____. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis da União. **Diário Oficial**, Brasília, p. 16865, 1 nov. 1952. Seção 1.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 18055, 20 set. 1990. Seção 1.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Constituição Federal Vigente. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 05 out. 1988.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria normativa nº 3, de 30 de julho de 2009. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 64, 31 jul. 2009. Seção 1.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 14 jan. 2016. Seção 1. (2016a).

_____. Lei nº 13.255 de 14 de janeiro de 2016. Lei Orçamentária Anual (LOA), 2016. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2016. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 15 jan. 2016. Seção 1 (2016b).

_____. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016**. Brasília-DF, 2017.

_____. Lei nº 13.414, DE 10 de janeiro de 2017. Lei Orçamentária Anual (LOA), 2017. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 11 jan. 2017. Seção 1.

_____. Lei nº 13.587, de 02 de janeiro de 2018. Lei Orçamentária Anual (LOA), 2018. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2018. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 03 jan. 2018. Seção 1.

_____. Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019. Lei Orçamentária Anual (LOA), 2019. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2019. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 16 jan. 2019. Seção 1.

_____. Ministério da Economia. **Manual técnico de Orçamento, 2020**. Brasília – DF, 2020.

_____. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Subsecretaria do Regime de Previdência Complementar (SURPC). **Relatório Gerencial de Previdência Complementar - 3º Bimestre de 2020**. Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Sala de Situação**. Resumo. Brasília, 2021. Disponível em: <

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html> Acesso em 27, dez. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MARQUES, Morena G. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: In BRAVO, Maria Inês de Souza; CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

BRETTAS, Tatiana. **Capital financeiro, fundo público e políticas sociais**: uma análise do lugar do gasto social no governo Lula. (2013) Tese. (doutorado em Serviço Social). UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

_____. **Dívida pública**: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, Evilásio et al. (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

CUT - CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. Notícias. **GEAP rompe acordo e quer cobrar dos servidores R\$ 250 milhões de plano de saúde**. (2021).

Disponível em: < <https://www.cut.org.br/noticias/geap-rompe-acordo-e-quer-cobrar-dos-servidores-r-250-milhoes-de-plano-de-saude>>. Acesso em: 29, jul. 2022.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil**: parcerias público-privadas e valorização do capital. (2015) Tese. (doutorado em Serviço Social). UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

_____. A retirada de direitos no capitalismo contemporâneo: aumento da exploração dos trabalhadores e a subsunção do trabalho ao capital. In: COLÓQUIO MARX E O MARXISMO 2017: DE O CAPITAL À REVOLUÇÃO DE OUTUBRO (1867 – 1917), 2017, Niterói. **Anais do Colóquio Marx e o marxismo 2017**: de O Capital à Revolução de Outubro (1867 – 1917). Niterói: NIEP-Marx, 2017. Disponível em: <

<https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2017/anais2017/MC44/mc442.pdf>>. Acesso em: 06, Mai. 2022.

CONFEDERAÇÃO dos servidores públicos do Brasil (CSPB). Institucional. História. **História da CSPB** (2013). Disponível

em:<<https://www.cspb.org.br/fullnews.php?id=12584hist-ria-da-cspb-2>>. Acesso em: 02 jun. 2022

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

COSTA, Laila Talita da Conceição; SOARES, Raquel Cavalcante. Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e Ameaças ao Direito Público. **Revista SER Social**; Vol 22, No 46. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25486> Acesso em 27, dez. 2021.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e Política**. RJ: Cortez, 1994.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo. **Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil**: dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado

subsidiado. (2016). Tese. (doutorado em Saúde Coletiva). UFRJ, Rio de Janeiro, 2016.

CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. **Resoluções do 4º CONCUT**. São Paulo: CUT, 1991.

_____. **Resoluções do 5º CONCUT**. São Paulo: CUT, 1994.

_____. **Resoluções do 6º CONCUT**. São Paulo: CUT, 1997.

_____. **Resoluções do 7º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2000.

_____. **Resoluções do 8º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2003.

_____. **Resoluções do 9º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2006.

_____. **Resoluções do 10º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2009.

_____. **Resoluções do 11º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2012.

_____. **Resoluções do 12º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2015.

_____. **Resoluções do 13º CONCUT**. São Paulo: CUT, 2019.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: o movimento grevista em 2004**. São Paulo: 2005.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: as greves em 2005**. São Paulo: 2006.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves no primeiro semestre de 2006**. São Paulo: 2006.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2007**. São Paulo: 2007.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2008**. São Paulo: 2009.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2009 e 2010**. São Paulo: 2012a.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2010 e 2011**. São Paulo: 2012b.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2012**. São Paulo: 2013.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves em 2013**. São Paulo: 2015.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves de 2016**. São Paulo: 2017.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas: balanço das greves de 2017**. São Paulo: 2018.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas:** balanço das greves de 2018. São Paulo: 2019.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas:** balanço das greves de 2019. São Paulo: 2020.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudos e pesquisas:** balanço das greves de 2020. São Paulo: 2021.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **Caderno de pesquisa** nº 8. Universidade Estadual de Campinas, 1993.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare State. **Lua Nova**, n. 24. São Paulo: Marco Zero/Cedec, set.1991.

FAVERET, Paulo Filho; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro. p. 257-283, 1990.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil:** ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FERREIRA, Maria Verônica. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social:** uma análise de suas tendências. (2017). Tese. (doutorado em Serviço Social). UFPE, Recife, 2017.

FLEURY, S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. (Orgs). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FONTES, Virgínia. A transformação dos meios de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (orgs.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo, Cortez Editora, 2018.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo:** teoria e história. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Sistema único de saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In: BORGES, Aurora Maria Miranda. **30 anos da Seguridade Social:** avanços e retrocessos. Brasília: ANFIP, 2018.

GIANNOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

GIFFONI, Regina Maria. **Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênios com a previdência social**. (1981). Dissertação. (mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**. RJ: Civilização Brasileira, 2000, vol. 3.

GRAMSCI, Antônio. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

HARVEY, DAVID. **O novo imperialismo**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas, 2011.

HUWS, Úrsula. **A formação de um cibertariado**: trabalho virtual em um mundo real. São Paulo: Editora Unicamp, 2017.

IANNI, Octavio. A dialética da história. In: D'INCAO, Maria Angela. (org.). **História e ideal**: ensaios sobre Caio Prado Junior. São Paulo: Unesp/Brasiliense, 1989.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

_____. Coordenação de Contas Nacionais. **Sistema de contas regionais**: Brasil 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent§ion=38&Itemid=363 Acesso em 20 dez. 2021.

_____. **Atlas do estado brasileiro**: Três décadas de evolução do funcionalismo público no Brasil (1986 - 2017). Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasestado/indicadores>> Acesso em: 04, ago. 2022.

LENIN, Vladimir Ilitch. **Imperialismo, fase superior do capitalismo**. Expressão Popular: São Paulo: 2012.

LIMA JUNIOR, Ivo Aurelio. **Regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: contexto, características e propostas de mudança**. (2021). Tese. (doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

LUPATINI, Márcio. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, Evilásio et al. (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARA, Eduardo. **Pacto social e hegemonia burguesa**: a reforma do neoliberalismo na Era Lula. (2016). Tese. (doutorado em Serviço Social). UFPE, Recife, 2016.

MARINI, Ruy Mauro. Dialética da Dependência. In: STEDILE, João Pedro; TRANSPADINI, Roberta (Orgs.). **Ruy Mauro Marini**: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Difel, 1985. v. 1.

_____. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDES, Áquila; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento In: MARQUES, Rosa Maria; et al. **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro : ABrES, 2016.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, 2019.

MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A implantação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCKMAN, Gilberto. *et al.* (Orgs). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 2007.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, Ana Elizabete. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. In: BOSCHETTI, Ivanete. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OCKÉ-Reis, Carlos Octávio; SOPHIA, Daniela Carvalho. Uma Crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 72-79, 2009.

PINA, José Augusto; CASTRO, Hermano A.; ANDREAZZI, Maria de Fátima A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 837-846, 2006.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Evolução das políticas de Financiamento do Setor Saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 1989.

PRADO Jr., Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SALVADOR, Andrietta, Lucas *et. al.* **Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em:<

https://saudeamanha.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2021/03/PJSSaudeAmanha_Texto0051_v04.pdf> Acesso em: 06 mai. 2021.

SALVADOR, Evilásio. Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil. **Observatório da cidadania**, v. 11, p. 81-90, 2007.

SANTOS, Guilherme Wanderley dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 37, p. 96-103, 2013.

_____. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. **Relatório de Pesquisa [online]**, 2015. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>> Acesso em: 10, jun. 2016

_____. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, p. 947-956, 2011.

SESTELO, José Antonio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018.

SILVA, Sidney Jard da. **Companheiros servidores**: o sindicalismo do setor público na CUT. São Bernardo do Campo: EdUFABC, 2015.

TEIXEIRA, Aloisio. **Do Seguro à Seguridade**: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1990.

TEODORO, Ronaldo. Dilemas Públicos e Demandas Corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

UFES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas. **Assistência à saúde suplementar**. Disponível em: <https://progep.ufes.br/assist%C3%A2ncia-%C3%A0-sa%C3%BAdesuplementar#:~:text=fixado%20naPortaria%20n%C2%BA.-,08%2F2016%2C%20do%20Minist%C3%A9rio%20do%20Planejamento%2C%20Or%C3%A7amento%20e%20Gest%C3%A3o,e%20a%20idade%20do%20dependente.> Acesso em: 12 dez. 2022.

VALOR ECONÔMICO. **Lucro das operadoras de planos de saúde sobe**. 2017. Disponível em: < <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2017/06/12/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans.ghtml>> Acesso em: 22 out. 2019.

VIANNA, L. T. W. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

APÊNDICES

Apêndice A - Leis Orçamentárias Anuais relacionadas ao Plano Plurianual de 2016 – 2019

LEIS ORÇAMENTÁRIAS ANUAIS (LOAS)	FONTES*
Lei nº 13.255 de 14 de janeiro de 2016	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2016#loa2016
Lei nº 13.414, DE 10 de janeiro de 2017	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2017#LOA2017
Lei nº 13.587, de 02 de janeiro de 2018	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2018#LOA
Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019	https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2019#LOA

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em BRASIL (2016b, 2017, 2018, 2019).

* Através dos links é possível obter acesso ao texto da referida lei, bem como aos volumes correspondentes ao Orçamento da Seguridade Social, especificamente os volumes III e IV.

Apêndice B - Aquisições, fusões e emissões de ações de empresas de planos privados de saúde em 2019 (continua)

EMPRESA ORIGINALMENTE BRASILEIRA	FUSÕES COM O CAPITAL ESTRANGEIRO	AQUISIÇÕES E OFERTA DE AÇÕES EM 2019
	Em 2014, o fundo de investimentos norte-americano Bain Capital assume o controle acionário.	- Compra do Hospital AMIU, do Rio de Janeiro, por R\$ 40 milhões; - Oferta subsequente de ações de R\$ 2,6 bilhões em junho; - Oferta subsequente de ações no valor de R\$ 3,7 bilhões; - Compra Operadora Belo Dente, de Minas Gerais, por R\$ 80 milhões; - Compra Laboratório Ghelfond, de São Paulo, por R\$ 420 milhões; - Compra o Grupo SMEDSJ, do Rio de Janeiro por R\$ 105 milhões; - Compra o Grupo São Lucas, do Interior de São Paulo, por R\$ 312 milhões; - Compra o Grupo Clinipam, no Paraná e Santa Catarina, por R\$ 2,6 bilhões; - Compra Operadora de Saúde Ecolé por R\$ 49 milhões.
Rede D'Or	Sociedade com o fundo americano Carlyle, em 2015.	- Compra de 48% do hospital Cardio Pulmonar na Bahia; - Compra maternidade Perinatal do Rio; - Compra de 10% da Qualicorp (administradora de planos de saúde); - Emissão de debêntures de até R\$ 4 bilhões; - Compra do Hospital Santa Cruz e Operadora Paraná Clínicas, do Paraná.

Apêndice B - Aquisições, fusões e emissões de ações de empresas de planos privados de saúde em 2019 (continuação)

EMPRESA ORIGINALMENTE BRASILEIRA	FUSÕES COM O CAPITAL ESTRANGEIRO	AQUISIÇÕES E OFERTA DE AÇÕES EM 2019
Athena	Nasce vinculada ao fundo de investimentos multinacional Pátria, que possui 40% de participação indireta da empresa norte-americana The Blackstone Group.	- Compra da operadora verticalizada Multivida, do Paraná; - Compra da operadora São Bernardo Saúde, do ABC Paulista;
Unimed-Rio e Oncoclínicas	O fundo de investimentos norte-americano The <i>Goldman Sachs</i> Group possui participação na Oncoclínicas.	- Compra do Hospital Fundação do Câncer, do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaborado pela autora (2020). Com base em: Valor Econômico (2019).

*Dados adaptados pela autora

Apêndice C - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Ministério Público da União (2016 – 2019)

R\$ 1,00

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	2016	2017	2018	2019
Ministério Público Federal	67.624.595,83	93.470.896,22	90.437.096,50	93.573.313,35
Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios	23.948.918,46	16.686.365,23	18.228.389,56	16.849.704,00
Ministério Público do Trabalho	24.236.734,60	25.855.690,31	26.300.287,45	29.872.617,44
Escola Superior do Ministério Público da União	246.401,15	227.333,79	218.493,76	232.259,00
Conselho Nacional do Ministério Público	1.246.752,96	1.269.119,86	1.292.517,31	1.325.778,27
Total	117.303.403,00	137.509.405,42	136.476.784,58	141.853.672,06

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil

Apêndice D - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Poder Legislativo (2016 – 2019)

R\$ 1,00

ÓRGÃO	2016	2017	2018	2019
Câmara dos Deputados	155.594.114,71	130.950.744,99	128.230.245,64	179.856.179,25
Senado Federal	141.866.348,86	144.468.585,12	193.343.629,43	183.217.523,43
Total	297.460.463,57	275.419.330,11	321.573.875,07	363.073.702,68

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil

Apêndice E - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Poder Judiciário (2016 – 2019)

R\$ 1,00

ÓRGÃO	2016	2017	2018	2019
Supremo Tribunal Federal	17.885.719,29	16.942.491,69	17.549.144,27	17.310.137,00
Superior Tribunal de Justiça	43.531.185,65	76.064.933,26	113.570.560,85	69.951.642,92
Justiça Federal*	229.464.461,67	251.878.218,89	230.597.581,09	262.843.198,87
Justiça Eleitoral*	133.574.510,28	128.290.799,92	126.497.226,77	126.072.612,55
Justiça do Trabalho*	426.376.459,94	423.926.081,73	434.210.096,98	430.363.903,25
Justiça do Distrito Federal e dos Territórios	67.408.503,19	67.883.622,38	65.613.000,11	64.640.982,00
Conselho Nacional de Justiça	2.001.762,45	1.962.087,53	2.157.405,79	2.845.322,62
Total	920.242.602,46	966.948.235,41	990.195.015,86	974.027.799,21

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

* Os valores também incluem as despesas com os Tribunais Regionais

Apêndice F - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Poder Executivo (2016 – 2019) (continua)

R\$ 1,00

ÓRGÃO	2016	2017	2018	2019
Presidência da República	26.498.599,87	56.244.819,45	52.265.859,39	29.372.520,37
Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento	134.112.552,07	142.111.094,96	148.087.581,92	183.553.368,87
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação	52.147.969,71	73.710.943,52	63.669.812,26	31.651.575,64
Ministério da Fazenda	225.591.461,52	239.482.867,52	292.730.316,16	—
Ministério da Economia	—	—	—	464.113.276,30
Ministério da Educação	739.656.523,09	749.783.919,82	735.475.688,97	710.632.636,62
Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior	10.048.228,64	9.445.585,33	9.542.608,70	—
Ministério da Justiça	119.303.767,97	—	—	—
Ministério da Justiça e Cidadania	—	116.916.394,59	—	—
Ministério da Justiça e Segurança Pública	—	—	114.257.466,48	101.674.185,63
Ministério de Minas e Energia	30.732.089,07	32.893.478,30	37.184.289,88	72.717.393,70
Ministério das Relações Exteriores	134.569.389,42	149.201.744,19	170.591.939,89	149.170.867,57
Ministério da Saúde	429.505.095,74	377.231.061,25	336.774.129,34	271.481.919,89
Ministério dos Transportes	56.437.828,65	—	—	—

Apêndice F - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Poder executivo (2016 – 2019) (continuação)

ÓRGÃO	2016	2017	2018	2019
-------	------	------	------	------

Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil	—	56.512.656,30	48.930.291,82	44.502.579,89
Ministério do Trabalho e Previdência social	220.137.354,05	—	—	—
Ministério do Trabalho	—	37.281.644,53	30.855.974,44	—
Ministério das Comunicações	10.054.845,96	—	—	—
Ministério da Cultura	10.329.903,65	8.625.103,27	6.672.746,19	—
Ministério do Meio Ambiente	24.467.465,27	21.942.185,19	21.475.389,33	17.126.211,96
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	48.625.403,62	47.285.139,93	44.200.152,90	—
Ministério do Desenvolvimento Agrário	22.995.464,20	—	—	—
Ministério do Esporte	2.178.370,75	771.545,64	750.429,28	—
Ministério da Integração Nacional	21.463.744,99	22.176.571,50	19.434.679,19	—
Ministério do Desenvolvimento Regional	—	—	—	55.522.665,14
Ministério do Turismo	1.196.331,34	1.098.508,57	1.076.395,42	869.328,25
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	1.098.369,02	—	—	—

Apêndice F - Despesas do Orçamento da Seguridade Social executadas com a assistência médica e odontológica de servidores públicos do Poder executivo (2016 – 2019) (continuação)

ÓRGÃO	2016	2017	2018	2019
-------	------	------	------	------

Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário	–	184.039.843,85	–	–
Ministério do Desenvolvimento Social	–	–	160.309.770,17	–
Ministério da Cidadania	–	–	–	7.617.847,16
Ministério das Cidades	27.441.568,31	28.511.896,15	30.803.865,25	–
Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos	276.992,54	–	–	–
Ministério dos Direitos Humanos	–	–	283.553,01	–
Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos	–	–	–	645.312,00
Gabinete da Vice-Presidência da República	58.102,94	38.024,84	14.554,47	23.195,46
Secretaria de Aviação Civil	2.627.018,23	–	–	–
Advocacia-Geral da União	20.178.136,06	20.337.283,26	17.819.935,97	21.830.357,00
Controladoria-Geral da União	7.096.791,04	–	–	–
Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União	–	6.753.911,45	5.717.597,15	5.171.835,64
Secretaria de Portos	1.494.765,14	–	–	–
Total	2.380.328.638,09	2.382.400.607,91	2.348.929.243,69	2.167.681.115,09

Fonte: Elaborado pela autora (2022). Com base em: Siga Brasil.

ANEXOS

Anexo A – Contribuição mensal *per capita* dos servidores públicos do Senado Federal ao Sistema Integrado de Saúde (SIS)

Vinculação	Faixas Etárias													
	Até 21	22	23 a 24	25 a 26	27 a 30	31 a 33	34	35 a 38	39 a 42	43 a 46	47 a 50	51 a 54	55 a 58	>=59
Titular, cônjuge, companheiro(a), filho(a)/enteado(a) inválido(a)	341,22	341,22	350,01	350,01	361,72	376,50	376,50	394,13	417,60	444,11	473,50	505,83	544,01	635,16
Filho(a), enteado(a) ESTUDANTE	341,22	341,22*	350,01*											
Filho(a), enteado(a) NÃO ESTUDANTE**	341,22	773,97	773,97	773,97	1.017,90	1.055,13								
Mãe, pai, madrasta, padrasto	488,16	488,16	501,42	501,42	519,06	541,14	541,14	567,54	602,83	642,48	686,61	735,09	792,46	929,12
Pessoa inválida sob tutela ou guarda judicial do titular	488,16	488,16	501,42	501,42	519,06	541,14	541,14	567,54	602,83	642,47	686,61	735,09	792,46	929,12
Menor sob guarda judicial	488,16													

*Filho ou enteado solteiro maior de 21 (vinte um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante regularmente matriculado em curso de graduação em ensino superior ou em escola técnica de segundo grau.

As despesas com assistência à saúde realizadas pelos beneficiários-dependentes do grupo: FILHO(A), ENTEADO(A) ENTRE 21 e 33 ANOS – **NÃO ESTUDANTE serão custeadas exclusivamente por meio de suas contribuições mensais e participação financeira.

Anexo B – Tabelas de reembolso do Sistema Integrado de Saúde (SIS)

CONSULTAS	
ESPECIALIDADE	REEMBOLSO*
Anestesiologista	R\$ 77,42
Consulta Eletiva	R\$ 88,00
Endocrinologista	R\$ 117,00
Geriatra	R\$ 117,00
Pronto Socorro	R\$ 82,00
Infectologista	R\$ 117,00
Médico Clínico	R\$ 117,00
Nutricionista	R\$ 61,55
Pediatra	R\$ 129,00
Pneumologista	R\$ 117,00
Psiquiatra	R\$ 117,00
Reumatologista	R\$ 117,00

* Os valores informados foram calculados sem o desconto de coparticipação.

TRATAMENTO CONTINUADO	
PROCEDIMENTO	REEMBOLSO*
Acupuntura	R\$ 66,46
Avaliação Neuropsicológica	R\$ 104,66
Consulta Psicólogo	R\$ 78,77
Diária de internação 24h (Psiquiatria)	R\$ 369,73
Diária de Hospital-dia (Psiquiatria)	R\$ 187,40
Fisioterapia Domiciliar (Sessão)	R\$ 83,31
Fisioterapia Ambulatorial (Sessão)	R\$ 56,13
Fonoaudióloga (Ambulatorial)	R\$ 56,13
Fonoaudióloga (Domiciliar)	R\$ 96,13
Fonoterapia Domiciliar	R\$ 83,31
Fonoterapia Ambulatorial	R\$ 56,13
Hidroterapia	R\$ 56,13
Hidroterapia (Terapia Ocupacional)	R\$ 56,13
Orientação Familiar (Fonoaudiologia)	R\$ 56,13
Orientação Familiar (Terapia Ocupacional)	R\$ 56,13
Orientação Familiar (Psicologia)	R\$ 49,22

* Os valores informados foram calculados sem o desconto de coparticipação.

ODONTOLOGIA	
PROCEDIMENTO	REEMBOLSO*
Consulta odontológica	R\$ 98,50
Coroa total em cerâmica pura	R\$ 593,25
Prótese total removível	R\$ 714,25
Placa interoclusal	R\$ 443,25
Implante	R\$ 470,50
Enxerto com osso liofilizado	R\$ 278,00
Coroa total em cerâmica sobre implante	R\$ 591,00
Dos valores informados ainda será descontada a coparticipação. * Não há cobertura para fins estéticos apenas.	