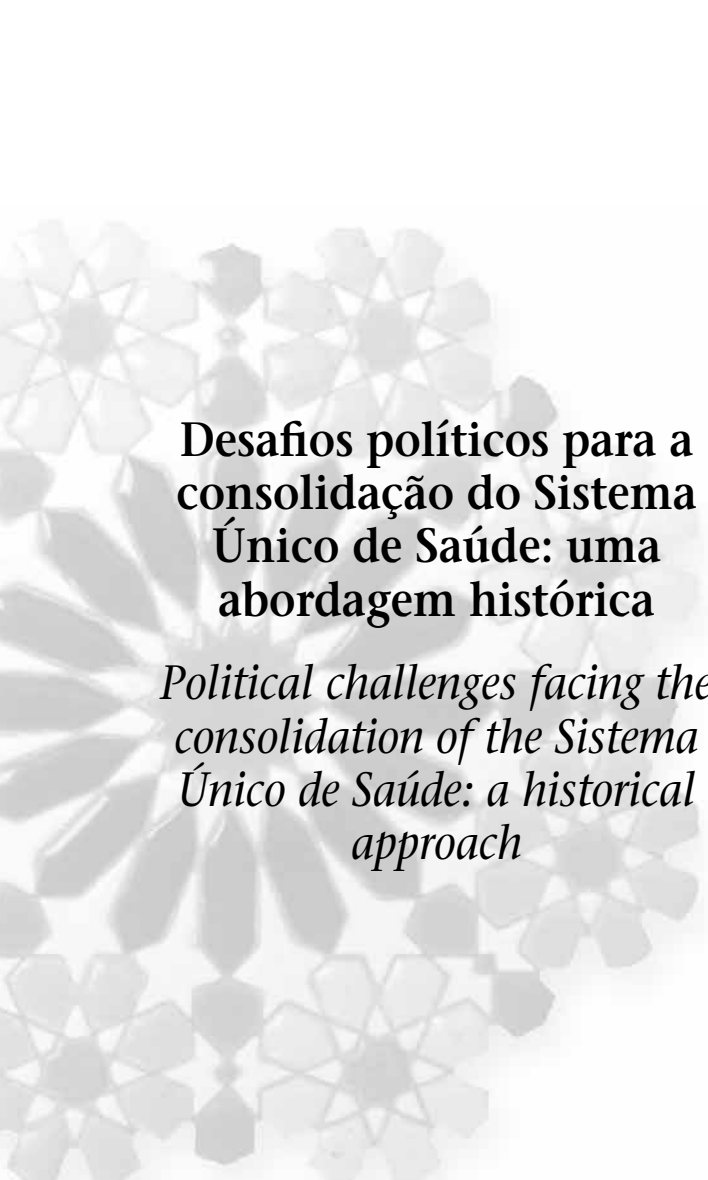


de Almeida Rodrigues, Paulo Henrique
Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 37-59
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010003>



História, Ciências, Saúde - Manguinhos,
ISSN (Versão impressa): 0104-5970
hscience@coc.fiocruz.br
Fundação Oswaldo Cruz
Brasil



Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica

Political challenges facing the consolidation of the Sistema Único de Saúde: a historical approach

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Professor do Instituto de Medicina Social/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier, 524,
Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E
20550-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
pharodrigues@gmail.com

Recebido para publicação em novembro de 2013.

Aprovado para publicação em janeiro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.37-59.

Resumo

Aborda a conjuntura em que a reforma sanitária brasileira foi concebida e como o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído. Faz breve análise da transição política brasileira para a democracia, focalizando três desafios políticos para a consolidação do sistema: sua frágil sustentação entre os trabalhadores; a competição com o setor privado; e a fragmentação de sua gestão devido ao processo de municipalização. Ao final, aponta para o novo cenário surgido a partir do enfraquecimento do neoliberalismo, com a crise de 2008; do ressurgimento da multipolaridade na política mundial; e das condições de financiamento do Estado brasileiro.

Palavras-chave: sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); política social; descentralização; setor privado.

Abstract

This article investigates the circumstances in which Brazil's sanitation reform was conceived and the Sistema Único de Saúde (SUS) was constructed. A brief analysis is conducted of Brazil's political transition to democracy, focusing on three political challenges facing the consolidation of SUS: its weak support amongst workers, competition with the private sector, and the fragmentation of its administration caused by its municipalization. Finally, the changes in the scenario caused by the weakening of neoliberalism since the 2008 crisis, the reemergence of a multipolar political scenario internationally, and the financing conditions of the Brazilian State are described.

Keywords: health system; Sistema Único de Saúde (SUS); social policies; decentralization; private sector.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 fez parte de um processo mais amplo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e a sociedade, que possibilitou ser a saúde reconhecida como direito social a ser contemplado por políticas públicas, de acordo com o modelo social-democrata, o mais amplo dos regimes de proteção social, segundo a tipologia de Esping-Andersen (1990).¹ Na verdade, todas as políticas sociais brasileiras, e não apenas na saúde, foram definidas de acordo com esse modelo, com base no reconhecimento do direito de cidadania e garantidas como dever do Estado (Rodrigues, Kornis, 1999). Tal mudança foi possível, entretanto, em circunstâncias históricas difíceis e particulares, e que tiveram enorme influência sobre o processo de sua implantação. Essas circunstâncias determinaram constrangimentos e limites à implantação do SUS que até hoje cobram seu preço e não foram ainda superados.

Como o foco do artigo é o processo de implantação da reforma sanitária, a análise se restringe à política de saúde, com breves referências às demais políticas sociais, quando necessário. Tendo sido a opção abordar sobretudo os aspectos políticos do processo, não são analisados alguns elementos importantes, como as sérias deficiências do financiamento do sistema ou as dificuldades de gestão, decorrentes em grande parte do debilitamento proposital da burocracia pública em função da opção política neoliberal das últimas décadas. No momento em que o artigo estava sendo escrito, duas questões relativas a esses aspectos promoviam grande debate; a primeira dizia respeito às dificuldades de tramitação da Proposta de Iniciativa Popular (projeto de lei complementar n.321/2013), que pretende assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para o SUS, conhecido como “Saúde + 10” (Carvalho, 26 nov. 2013). A segunda era o crescimento da adoção de formas de gestão privada no interior do sistema, como as organizações sociais, as fundações públicas de direito privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os elementos financeiros e de gestão não constituindo o foco do artigo, são mencionados ao longo do texto apenas de forma secundária, para ilustrar ou reforçar os argumentos relativos ao processo político no qual o SUS foi concebido e construído.

A primeira das circunstâncias políticas a ser abordada está relacionada com o fato de o país ter começado a implantar direitos e serviços de caráter social-democrata numa conjuntura desfavorável, dominada, tanto no plano mundial como no nacional, pelas práticas e ideias neoliberais. Essa conjuntura trouxe dificuldades diversas para a construção das novas políticas sociais, mas, com o tempo, veio a colocar um dilema crescente em relação à manutenção do próprio modelo social-democrata daquelas políticas, tal como definido pela Constituição. A partir da segunda metade dos anos 1990, por exemplo, o governo Fernando Henrique Cardoso deu início à implantação de políticas focais, claramente calcadas no modelo neoliberal proposto pelo Banco Mundial. Tais políticas não só tiveram continuidade durante o governo Lula, como foram fortalecidas e ampliadas.

Uma segunda circunstância política que afetou a construção e dificulta a consolidação do SUS decorre de sua frágil base de sustentação social em meio aos trabalhadores, particularmente junto a suas organizações sindicais. Ao contrário do que ocorreu em diversos países do mundo, nos quais os sistemas públicos de saúde de caráter social-democrata contaram com amplo apoio dos trabalhadores, através dos partidos e sindicatos que os representam, no Brasil, diversas medidas do regime militar, tratadas adiante, contribuíram para promover o

gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde do ponto de vista político e ideológico. Isso restringiu a base social de apoio do SUS principalmente aos movimentos sociais urbanos, organizações representativas de portadores de doenças específicas e profissionais do sistema de ensino universitário e de pós-graduação da área da saúde. A maior parte dos trabalhadores e de suas representações sindicais no Brasil foi atraída pelos seguros privados de saúde, e seus sindicatos vêm lutando, pelo menos desde os anos 1970, pelo acesso mais amplo aos serviços por eles oferecidos.

Essa frágil base de sustentação social do sistema público de saúde está associada a outra circunstância histórica: a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo.² A partir do período do regime militar, o setor privado teve grande desenvolvimento, sustentado por uma série de políticas voltadas para seu fortalecimento e que não foram alteradas no momento de criação do SUS. A forma e a intensidade com que se deu o crescimento do setor privado de saúde no Brasil o transformaram num poderoso competidor do SUS, seja por recursos financeiros e humanos, seja por corações e mentes de grande parte da sociedade. As empresas de seguros privados de saúde detêm expressiva parcela do mercado – em 2010 havia 45 milhões de segurados numa população de 190 milhões de pessoas, em torno de 24% do total (ANS, s.d.b; Brasil, s.d.a) – num dos países de maior desigualdade social e econômica do mundo. Além disso, pode-se dizer com razoável margem de segurança que a maioria dos brasileiros que não têm acesso a seguro privado de saúde aspira a tê-lo; pesquisa divulgada pela imprensa mostrou que 90% dos trabalhadores brasileiros queriam planos privados de saúde, o que colocava esse “benefício” como o primeiro na lista dos mais desejados do país (Scheller, 6 jun. 2011). Tal situação também revela o baixo prestígio do SUS em meio à população.

Outra circunstância histórica particular que dificulta a implantação do sistema é a opção pela municipalização da gestão de seus serviços. Tal opção, única em todo o mundo, está associada às características de nosso sistema político-eleitoral, cujas origens remontam às câmaras locais da colônia, que asseguravam o controle do poder público local ao setor privado, principalmente proprietários de terras e grandes comerciantes. Tais características originais foram reforçadas pelas reformas eleitorais promovidas durante o governo Ernesto Geisel (1974-1979), com o intuito de impedir o crescimento da oposição e fortalecer os interesses conservadores, e não foram alteradas depois da redemocratização. Como principal resultado da municipalização dos serviços públicos de saúde, até hoje o SUS não funciona efetivamente como um sistema regionalizado e integrado, tal como determinado tanto pelo artigo 198, inciso II da Constituição (Constituição, 2011) quanto pelo artigo 7, incisos II e IX, alínea b da Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990).

Aqui serão examinadas essas circunstâncias de cunho político que afetaram os processos de elaboração da proposta do SUS e de sua construção a partir dos anos 1980. Com esse objetivo, serão brevemente analisadas as profundas mudanças na conjuntura internacional e nacional trazidas pela ascensão global da ideologia neoliberal e pela tentativa do Estado norte-americano de reverter a ampliação do bloco de países socialistas. Tais mudanças inverteram o sentido geral do desenvolvimento capitalista acordado em 1944, em Bretton Woods, e contribuíram para substituir internamente o pacto nacional-desenvolvimentista,

que dominou a política brasileira a partir dos anos 1930, por um novo pacto em que as ideias neoliberais e os interesses regionais prevalecem.

A difícil conjuntura em que surgiu o Sistema Único de Saúde: ventos contrários no contexto internacional

As circunstâncias internacionais em que o Brasil decidiu pela adoção de uma política ampla de direitos sociais, incluindo a área da saúde, foram marcadas por uma série de eventos dramáticos, de grande impacto sobre a história mundial recente e a brasileira, em particular. O primeiro desses eventos foi de natureza política: a ascensão do neoliberalismo como ideologia política dominante em países tão importantes como os EUA e a Inglaterra. Isso ocorreu primeiro na Inglaterra, em 1979, com a eleição de Margareth Thatcher (Fiori, 1997, p.115; Judt, 2008, p.541), e, em seguida nos EUA, em 1980, quando Ronald Reagan foi eleito presidente (Hobsbawn, 1995, p.244). Tais eleições deram início a pelo menos três décadas de reversão das políticas de corte keynesiano, que asseguraram tanto um forte crescimento econômico quanto a adoção, em grande parte dos países capitalistas centrais, de um conjunto de políticas de proteção social, conhecido como estado de bem-estar social (Esping-Andersen, 1990). A partir da eleição desses dois líderes, ambos os países e as principais agências internacionais criadas pela Conferência de Bretton Woods de 1944 (Lichtesztejn, Baer, 1987, p.28; Helleiner, 1997, p.164), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, passaram a adotar políticas econômicas centradas na mais ampla liberdade de mercado, defendidas por autores como Friedrich Hayek, Milton Friedman e Ludwig von Mises, fundadores da Sociedade de Mont Pèlerin, criada na Suíça em 1947 (Anderson, 1995, p.9-10), para se opor à intervenção do Estado na economia, permitida e até incentivada pelo acordo de Bretton Woods.

Do ponto de vista econômico, a segunda metade dos anos 1970 encerrou o período de intenso crescimento iniciado no pós-Segunda Guerra Mundial, que Hobsbawn (1995) denominou “era de ouro do capitalismo”. Nos anos 1970 ocorreram ainda os dois choques do petróleo, de 1973 e 1979, que aumentaram os custos da energia, além dos juros no mercado internacional, trazendo em sua esteira a crise da dívida externa de vários países, entre eles o Brasil. O evento mais determinante da mudança no rumo econômico da década foi, sem dúvida, a adoção da política de alta dos juros dos títulos do Tesouro norte-americano, a partir de janeiro de 1979, decidida pelo Federal Reserve norte-americano (FED), então sob a presidência de Paul Volcker (Torres Filho, 1997, p.387; Ferguson, 2007, p.222). Segundo Chesnais (2005, p.40), os juros da dívida pública norte-americana aumentaram três ou quatro vezes entre 1979 e 1981.

Essa brusca elevação dos juros gerou a chamada crise da dívida, que assolou a maior parte dos países da América Latina e do antigo bloco socialista da Europa oriental a partir dos anos 1980, e teve como sua primeira vítima o México, que precisou decretar moratória em 1982 (Chesnais, 2005, p.40). O aumento dos juros no mercado internacional determinou brutal transferência de recursos daquelas regiões para os países credores localizados no centro do sistema capitalista, particularmente para os EUA, e resultou em sérios problemas econômicos e financeiros nos países endividados. A rápida elevação das dívidas externas desses países obrigou-os a contrair novas dívidas para tentar pagar os juros da inicial. Afogados, assim, em

séria crise cambial e fiscal, foi aberto caminho para que esses países se submetessem, um após o outro, às políticas de ajuste estrutural que limitavam a autonomia de seus Estados nacionais, além de reduzir os investimentos na economia (Fiori, 1997; Ferguson, 2009). Essa política de ajustes estruturais foi lançada em 1984, através do Plano Baker, que redefiniu o papel do FMI e do Banco Mundial, transformados em seus instrumentos (Gowan, 2003, p.62 e 76).

Os objetivos dessa política não eram apenas econômicos; faziam parte de um conjunto de iniciativas maior que englobava os campos político, militar e econômico, fenômeno que Maria da Conceição Tavares (1997) denominou “retomada da hegemonia norte-americana”. Por meio desse processo o Estado norte-americano buscou reverter seu relativo enfraquecimento político e econômico verificado nos anos 1970, em que perdera tanto a Guerra do Vietnã quanto seu principal aliado no golfo Pérsico, o regime do xá Reza Pahlevi no Irã, além de outros reveses menores, como a revolução nicaraguense e o alinhamento das antigas colônias africanas portuguesas ao bloco socialista. As despesas militares com as guerras da Coreia e do Vietnã, além do aumento dos custos do petróleo, do qual se tornara grande importador, determinaram crescentes dificuldades financeiras para o gigante norte-americano, marcadas pelo “duplo *deficit*” – no orçamento público e no balanço de pagamentos (Chesnaïs, 1996, p.250; Tavares, 1997).

Na tentativa de reverter esse difícil quadro, o governo Reagan adotou medidas diversas na frente política. Em 1983, pôs em ação a Iniciativa de Defesa Estratégica (IDE), mais conhecida como Guerra nas Estrelas, que obrigou a antiga URSS a elevar fortemente suas despesas militares, que chegaram a 15% do PIB (Oliveira, 2012, p.90). No mesmo ano promoveu a invasão de Granada, para mostrar sua disposição de cumprir as diretrizes da Doutrina Reagan, traçadas por Jeane Kirkpatrick, assessora de política internacional do Departamento de Estado, que propunham a reversão dos avanços soviéticos no mundo. Na mesma linha, em 1986 promoveu o ataque por ar e mar à Líbia (Hobsbawn, 1995, p.244; Ferguson, 2011, p.182); em 1988 invadiu o Panamá com 27 mil *marines* que depuseram e prenderam seu presidente, Manuel Noriega, acusado de corrupção e tráfico de drogas (Losurdo, 2009, p.39). Um ano antes, animado pelo enfraquecimento de diversos países comunistas da Europa, Reagan já exigira, diante do portão de Brandemburgo, que Gorbachev o abrisse e derrubasse o muro de Berlim (Brown, 2010, p.554). Como resultado dessas ações e em função do debilitamento do bloco socialista europeu, a década de 1980 se encerrou com a queda do muro de Berlim, em 4 de junho de 1989, símbolo maior do fim da experiência socialista na Europa (Johnson, 2007, p.27), seguida da extinção da URSS, em 1991 (Hosking, 2002, p.595). O bloco socialista europeu deixara de existir, assim como a Guerra Fria.

A conjuntura internacional representava, portanto, uma reviravolta tanto nos rumos sociais, econômicos e ideológicos do pós-guerra quanto no projeto de construção do socialismo na Europa, iniciado com a Revolução Soviética de 1917. O fim da guerra fria acabou com o clima de disputa política e ideológica entre os dois blocos e colocou os EUA a partir dos anos 1990 como a única verdadeira potência militar e econômica mundial, mostrando que a política de “retomada da hegemonia norte-americana” fora bem-sucedida, pelo menos em sua primeira fase. Essa política impôs, ainda, aos chamados países em desenvolvimento uma nova divisão internacional do trabalho, promovida pelo ajuste estrutural, que determinou:

a abertura de seus mercados; a aceitação da agenda do Estado mínimo; e a privatização dos ativos estatais para assegurar o pagamento das dívidas externas infladas pelas políticas do FED de juros altos (Tavares, 1997).

Aparentemente, não poderia haver conjuntura internacional mais desfavorável para o projeto de justiça social contido no título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da ordem social e estabelece os direitos sociais universais de assistência social, educação, saúde e previdência. Esta última política, embora mantivesse seu caráter contributivo, continha elemento claramente universalizante³, como mostra Matisjagic (2002). No plano nacional uma série de circunstâncias também era francamente desfavorável às novas políticas sociais, como procuro mostrar a seguir.

O contraditório contexto nacional

A crise da dívida a partir do início dos anos 1980 trouxe mudanças internas que ao mesmo tempo aceleraram a transição do regime militar para a democracia, desmontaram o pacto nacional-desenvolvimentista que, entre marchas e contramarchas, prevaleceu entre 1930 e 1980 (Sallum Jr., 1994, p.149; Bresser-Pereira, 2010, p.3) e criaram dificuldades não apenas de cunho econômico e financeiro, mas também diretrizes, para a implantação das políticas sociais de caráter social-democrata estabelecidas pela Constituição Federal de 1988. No processo de aceleração do retorno à democracia, permitiram participação inédita dos movimentos populares nos rumos do país, assim como a ampliação das políticas e dos gastos sociais do Estado. Trata-se, portanto, de conjuntura com características muito contraditórias, que abriram caminho totalmente novo para a reversão da histórica desigualdade social brasileira, embora lhe impondo sérios limites e dificuldades.

A assinatura de acordo com o FMI, em fevereiro de 1983, obrigou o país a seguir o padrão neoliberal de enfrentamento da crise econômica, leia-se liberalização da economia e de drástica contenção do gasto público, enterrando o pacto nacional-desenvolvimentista (Belluzzo, 1984, p.163; Sallum Jr., 1994, p.154). O acordo fora fruto da crise da dívida externa, cujo serviço passou de quatrocentos milhões de dólares ao ano, em 1970, para oito bilhões de dólares, em 1982 (Gonçalves, Pomar, 2002, p.48), tendo seu montante passado de 12,5 bilhões de dólares, em 1973, para 49,9 bilhões de dólares em 1979 (Bandeira, 2011, p.212). O apogeu da dívida ocorreu em 1987, quando seu montante chegou a 107 bilhões de dólares e levou à moratória de seu pagamento, decretada em fevereiro do mesmo ano pelo governo José Sarney (Bandeira, 2011, p.245-246).

O ajuste estrutural pôs fim simultaneamente ao projeto nacional-desenvolvimentista, que desde a década de 1930 buscava construir um capitalismo industrial relativamente autônomo, e à transição “lenta, gradual e segura” para a democracia, iniciada no governo Geisel (Sallum Jr., 1994). O ajuste na redução dos investimentos e na contenção dos salários e de novas contratações no setor público, as empresas estatais incluídas, descontentou parte importante da base de sustentação social e política do regime, particularmente setores do empresariado industrial nacional e a parcela das classes médias urbanas que trabalhava no funcionalismo público e em empresas estatais. O descontentamento social com o ajuste estrutural foi decisivo para a grande mobilização política das “Diretas já”, que começou nos

primeiros meses de 1984 e acelerou a transição política (Sallum Jr., 1994, 2003; Couto, 1997; Arturi, nov. 2001). Apesar de não ter alcançado seu principal objetivo, as eleições diretas para presidente da República, o movimento inviabilizou a candidatura oficial de Paulo Maluf, ao atrair importantes lideranças políticas da antiga Aliança Renovadora Nacional (Arena), como Antonio Carlos Magalhães, Aureliano Chaves, José Sarney e Marco Maciel, que se afastaram do regime e apoiaram Tancredo Neves, candidato da oposição (Sallum Jr., 1994).

O processo de transição política, tal como se deu, acelerou o fim do regime militar e rompeu com o padrão de dominação política nacional-desenvolvimentista que limitava a participação das massas populares no processo político, dando-lhes mais autonomia e o protagonismo, o que garantiu o espaço para as políticas sociais de corte social-democrata pela Constituição de 1988. A forma como se deu essa transição política estabeleceu, por outro lado, um novo pacto de governo, que substituiu o nacional-desenvolvimentismo pelo ideário neoliberal. A incorporação de um conjunto muito amplo de forças, incluindo setores que antes apoiavam o regime militar, a distorção da representatividade eleitoral entre as diferentes regiões do país e favorecimento da dispersão do quadro partidário contribuíram para fortalecer forças conservadoras tradicionais e limitar o alcance das mudanças sociais (Couto, 1997; Sallum Jr., 2003; Arretche, Rodden, 2004). São ilustrativas da presença das forças conservadoras no novo pacto político tanto a formação do “centrão” durante a Constituinte quanto sua presença nas amplas coalizões de forças necessárias para apoiar os governos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. Essas coalizões tão amplas contribuem para diluir os programas dos principais partidos no governo e cobram um alto preço na forma de nomeações políticas para cargos de direção no governo, de crescente alteração do orçamento por emendas parlamentares, além dos frequentes episódios de corrupção (Arretche, Rodden, 2004; Sadek, 1993). O próprio processo de elaboração da Constituição, feito por um Congresso constituinte e não por uma Assembleia Constituinte eleita especialmente para esse fim contribuiu, por exemplo, para a manutenção das regras político-eleitorais impostas pelo pacote de abril de 1977 (Mota, s.d.).

Tais regras ampliaram o peso dos estados com menor colégio eleitoral, nos quais tradicionalmente prevalecem os interesses oligárquicos e conservadores, em detrimento das áreas mais povoadas e urbanizadas. Dessa forma, enquanto um deputado por Roraima se elege com nove mil votos, um deputado por São Paulo necessita de cerca de 308 mil (Sadek, 1993, p.12). O pacote de abril, visando enfraquecer o antigo partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que vinha crescendo em relação à Arena, facilitou a proliferação de partidos políticos.⁴ O grande número de partidos existentes a partir da redemocratização forneceu a base para o que Sérgio Abranches (1988) denominou “presidencialismo de coalizão”, ou seja, a dificuldade para a formação de maioria no Legislativo, forçando a criação de alianças com um número muito grande de partidos políticos, diluindo em grande medida o programa de governo do presidente eleito e fortalecendo o peso de forças conservadoras no interior dos governos (Limongi, Figueiredo, 1998; Arretche, Rodden, 2004; Sodré, Alves, 2010). Essas características do sistema político-eleitoral brasileiro explicam os limites das mudanças no país e ajudam a compreender, por exemplo, a opção da Constituição Federal de criar o SUS mantendo a seu lado, e competindo com ele, um grande setor privado de saúde com todos os privilégios fiscais de que gozava desde o regime militar, fenômeno raro nos países que criaram sistemas públicos e universais de saúde (Rodrigues, Santos, 2011).

Apesar de um conjunto de aspectos francamente desfavoráveis dos cenários mundial e nacional, a decisão de 1988 por políticas sociais de caráter universal e pela construção de um sistema de saúde público e universal assegurou o início de uma grande mudança na história social brasileira. Por essa razão, Gouveia e Palma (1999) afirmaram que o processo de construção do SUS iria na contramão do neoliberalismo, atribuindo tom quase épico a esse processo. O que procuro ressaltar é que os fatores adversos cobraram um preço muito alto, impondo limites e desafios ainda hoje não superados e que colocam nosso sistema público em risco claro, se não de sobrevivência, pelo menos de fortalecimento cada vez maior do caráter residual, isto é, de estar voltado apenas para os setores mais pobres da população. Tais desafios têm a ver com uma frágil base de sustentação social, com uma competição desigual com o setor privado ou “suplementar” e com sua fragmentação política em milhares de governos municipais, cuja maioria não tem capacidade ou interesse para organizar uma rede de serviços de saúde condizente com as diretrizes e princípios do SUS.

É conveniente lembrar, ainda, em relação ao ambiente em que foi feita a Constituição de 1988, que o auge da crise da dívida ocorreu apenas um ano antes da aprovação de seu texto. O novo pacto liberal que chegou ao poder com a eleição de Fernando Collor de Mello, em 1989, determinou que a década de 1990 se iniciasse com a eliminação dos mecanismos de proteção do mercado interno – licenças, barreiras não tarifárias e tarifas protecionistas –, além de uma série de medidas de restrição ao crescimento econômico (Sallum Jr., 2003). O programa de governo calcado no ideário neoliberal deu base para medidas econômicas como a abertura comercial e financeira, a privatização e o rígido controle monetário. Em relação ao SUS, Collor vetou diversos artigos da Lei Orgânica da Saúde (Viana, 1995) e promoveu drástica redução do financiamento federal, que passou a equivaler, em 1993, a cerca da metade dos valores que prevaleciam no governo Sarney (Levcovitz, 1997, p.200). Em termos da participação dos gastos com a saúde em relação ao total das receitas próprias federais, houve queda de 18,9% em 1989, para 9,1% em 1993, último ano do governo Collor (Levcovitz, 1997, p.164). Esse processo não se restringiu a essa administração, uma vez que, depois de um processo inicial de recuperação das despesas federais com saúde, a partir do governo Itamar Franco, elas voltaram a enfrentar problemas graças às dificuldades financeiras da Previdência Social em 1993 (Levcovitz, 1997, p.164). Desde sua criação, o SUS contou com baixo nível de financiamento da saúde (Carvalho, 2002) e, a partir da segunda metade dos anos 1990, passou a enfrentar, ainda, crescente competição com as políticas sociais de caráter focal, como o Programa Bolsa Família e as cotas sociais ou raciais de inclusão no ensino superior, pelo acesso aos recursos orçamentários federais.

De fato, de acordo com dados da Secretaria do Tesouro Nacional, de 2000 para 2011, apesar do crescimento constante do gasto total federal com as funções sociais de governo⁵ – que aumentaram em 197,9%, enquanto os gastos com as funções não sociais subiram apenas 152,5%, já descontadas a inflação e as despesas financeiras –, houve diminuição da participação da saúde nas despesas sociais de 14,7% para 11,4%, o que representa queda de 22,5%. No mesmo período, o orçamento da assistência social, em que se encontram as principais despesas com programas de caráter focal, como o Bolsa Família, cresceu 504,1%, fazendo com que os gastos com essa área, que no início do período correspondiam a 21,9% dos gastos com saúde – R\$9,98 bilhões, contra R\$45,55 bilhões –, passassem a 72% – R\$50,31 bilhões,

contra R\$69,86 bilhões (Brasil, s.d.c). Resta saber se a aparente opção prioritária pelas políticas de caráter focal, que foi eficiente para reduzir a miséria, será capaz de eliminar a pobreza e não prejudicar o desenvolvimento das políticas sociais universais, como o SUS.

Os sindicatos de trabalhadores entre os sistemas público e privado de saúde

O papel dos movimentos sociais em geral e dos trabalhadores organizados em particular na reforma sanitária tem sido tema pouco explorado na saúde coletiva e na historiografia do SUS (Souza, jun. 1990; Stotz, 1994). São poucos os trabalhos que tratam do tema de forma mais detida, sendo o livro de Sílvia Gerschman (1995), *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*, uma das raras exceções. Há quem chame a atenção, contudo, para a frágil base de sustentação do SUS entre os sindicatos de trabalhadores, diferentemente do que ocorreu nos processos de implantação de outros sistemas de saúde públicos e universais (Menicucci, 2003; Gerschman, Santos, 2006; Arretche, 2005). Explicação mais definitiva para a existência desse frágil apoio ao SUS entre os movimentos organizados dos trabalhadores depende de novas investigações, mas algumas pistas importantes a esse respeito podem ser encontradas na literatura existente, tanto da área da saúde coletiva, quanto das áreas da história e da ciência política.

Uma delas está relacionada ao gradual afastamento dos trabalhadores urbanos da saúde pública desde a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pela ditadura militar, nos anos 1960. A unificação dos diferentes institutos corporativos de proteção social até então existentes trouxe duas consequências imediatas sobre os trabalhadores urbanos e sua relação com o sistema público de saúde. A primeira delas foi a perda de sua representação na direção do novo órgão responsável pelas políticas de previdência e de assistência médica, ao contrário do que acontecia até então nos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A segunda foi o fato de terem de disputar acesso num sistema de proteção social – e de assistência médica – que absorvia cada vez mais novos grupos sociais, em vez de gozar da facilidade de ser clientes de unidades exclusivas das categorias econômicas das quais faziam parte. O resultado parece ter sido o crescente descontentamento dos trabalhadores com o sistema público de saúde, o que facilitou sua atração pelo ascendente mercado privado de seguros de serviços de saúde (Arretche, 2005; Gerschman, Santos, 2006), que se vinha fortalecendo com base em incentivos fornecidos pelo regime militar, tais como subsídios fiscais, prioridade para a contratação de serviços e financiamento a juros subsidiados para a construção e a reforma de serviços de saúde (Cordeiro, 1984; Braga, Paula, 1986; Levcovitz, 1997).

Esse afastamento crescente dos trabalhadores organizados dos serviços públicos de saúde também resultou de ações da ditadura militar contra as principais correntes da esquerda brasileira que haviam liderado as organizações sindicais antes do golpe militar e nos primeiros anos do regime militar: o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). O PCB, que desenvolvera resistência democrática e pacífica ao regime, foi violentamente atingido durante dois anos pela “Operação radar”, a partir de 1974, que resultou no assassinato de 12 dirigentes e na prisão de mais de seiscentos de seus militantes (Gorender, 1987, p.232-233; Mir, 2007, p.321-323; Silva, 2009, p.265). Esse golpe na principal organização comunista foi devastador, muito comprometendo sua capacidade de ação no futuro, embora o PCB

ainda tenha tido fôlego para desempenhar um dos papéis mais relevantes, senão o central, na reforma sanitária do final dos anos 1980 (Cohn, 2008, p.202; Escorel, 1998). A mais importante dissidência do PCB, o Partido Comunista do Brasil (PCdoB), que entre 1972 e 1975 promovera uma guerrilha na região do Araguaia, também teve sua cúpula massacrada em dezembro de 1976 por uma operação do Exército no bairro da Lapa, em São Paulo (Pomar, 2006, p.17; Silva, 2009, p.266).

A partir de 1974 as lideranças trabalhistas que ainda atuavam no movimento sindical também sofreram perseguição política nos moldes da imposta às lideranças comunistas. Além disso, em 15 de setembro de 1977, o sucessor de João Goulart à frente do trabalhismo, Leonel de Moura Brizola, até então exilado no vizinho Uruguai, recebeu aviso de expulsão daquele país, depois de pressões da ditadura militar brasileira sobre o regime militar uruguaio (Bandeira, 2010, p.21). Brizola foi obrigado a articular os trabalhistas de mais longe, como asilado político nos EUA. O prestígio da sigla e seu apelo nacionalista, no entanto, continuavam altos entre seus antigos militantes e simpatizantes (Mir, 2007, p.336). Com base nesse apoio e no histórico de lutas do partido, Brizola obteve, em 1979 em Viena, por unanimidade, o reconhecimento do PTB como legítimo representante da Internacional Socialista no Brasil, derrotando a candidatura rival defendida por Fernando Henrique Cardoso e José Serra (Mir, 2007, p.333 e 334). Em 1979, com a anistia, Brizola voltou ao Brasil, contando, portanto, com apoio da militância histórica do trabalhismo e prestígio internacional. Em 1980, contudo, a legenda do PTB acabou sendo dada pelo regime a Ivete Vargas e não a Brizola, sua principal liderança (Schmitt, 2000). Além de verem dividido o trabalhismo, os seguidores de Brizola tiveram de se organizar em nova e desconhecida sigla (PDT, Partido Democrático Trabalhista) que não guardava qualquer relação com o importante passado político do grupo (Mir, 2007, p.333, Aquino et al., 2001, p.773).

Enfraquecidas as principais correntes históricas da esquerda brasileira, ficou mais fácil o fortalecimento do Partido dos Trabalhadores (PT), criado em 1980, cujas bases sociais e ideológicas diferiam muito daquelas dos partidos que lideravam até então a esquerda brasileira. Embora tenha atraído ex-militantes tanto de organizações comunistas como social-democratas, o PT tem sua base social principalmente nas comunidades eclesiais de base da Igreja católica e nos trabalhadores do ABC paulista que se reorganizaram a partir da segunda metade dos anos 1970, quando suas lideranças históricas vinculadas ao comunismo e ao trabalhismo já não tinham influência decisiva na região (Mir, 2007). Pode-se dizer, nesse sentido, que do ponto de vista dos partidos de esquerda, o movimento social brasileiro sofreu profunda ruptura com seu passado histórico, operada por manobras da ditadura militar em sua fase terminal. Esse fato terá repercussão importante no processo de reforma sanitária, tirando de sua base social os trabalhadores e suas organizações sindicais que, em vez de se engajar na luta pela saúde pública, passam a se empenhar na inserção do acesso aos planos e seguros privados de saúde, via negociações coletivas com o patronato.

No PT há importantes líderes e grupos que não só defendem como participam intensamente da construção do SUS, e muitos deles têm ocupado cargos importantes na gestão do sistema nas três esferas de governo, além de militar ativamente nos órgãos de participação e de seu controle social. Na gestão do SUS, devem-se a setores do PT importantes inovações institucionais. Ao mesmo tempo, entretanto, suas lideranças sindicais mantêm com o Sistema uma relação

de certa forma distante, embora formalmente favorável. Essas lideranças, bem como as da principal central sindical ligada ao partido, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e de outras centrais sindicais vêm lutando pela ampliação do acesso dos trabalhadores aos seguros privados de saúde em praticamente todas as negociações coletivas. A atração dessas lideranças para um apoio decidido à consolidação do SUS permanece como um dos grandes desafios para assegurar a sustentação política do Sistema até nossos dias.

Outra vertente explicativa para o afastamento dos trabalhadores organizados da saúde pública procura chamar a atenção para o fato de que o formato corporativo das políticas sociais que prevaleceu até a criação do INPS, e que durou mais de 30 anos, favorecera a formação não de uma ideologia e de uma solidariedade de classe entre os trabalhadores, mas de uma ideologia segmentada, por separar os trabalhadores em diferentes categorias profissionais, que não era nada favorável a uma base de sustentação política para um sistema universal de saúde. Além disso, a forma de organização da assistência médica pelos antigos IAPs teria vinculado desde cedo os trabalhadores urbanos à prestação privada de serviços de saúde, o que também os teria levado a dar sustentação à saúde privada e não à pública (Menicucci, 2003; Santos, 2009).

A influência do setor privado de saúde é outro elemento importante da explicação para o relativo afastamento dos trabalhadores organizados do SUS. Seu grande crescimento, que se intensificou a partir do regime militar, permitiu que ganhasse músculos para competir com a saúde pública pelos “corações e mentes” dos diversos setores da sociedade brasileira. Sua influência não constitui tema que possa ser explorado neste artigo, por limitações de espaço e de escopo. É importante enfatizar, entretanto, que o grande crescimento do setor de saúde privada foi claramente apoiado por políticas públicas desenvolvidas durante o regime militar, não sendo resultado, portanto, de um processo natural de crescimento do mercado.

O desenvolvimento da saúde privada e sua crescente capacidade de atração dos sindicatos de trabalhadores é tema que ainda precisa ser mais explorado por investigações específicas, mas que certamente guarda forte relação com o afastamento dos trabalhadores organizados do SUS. Os elementos aqui apontados sugerem que a atração dos trabalhadores organizados pelo setor de saúde privada e seu crescimento foram resultado de um mesmo processo de construção social do mercado privado na área da saúde, em que o Estado desempenhou papel central, principalmente durante o período do regime militar. Sua permanência após a redemocratização e a opção da sociedade por um sistema público de saúde tem a ver, por sua vez, com as circunstâncias históricas internacionais e nacionais em que ocorreu a reforma sanitária brasileira.

O desenvolvimento do setor privado de saúde e sua crescente competição com o Sistema Único de Saúde

As relações entre o mercado privado de saúde e o sistema público são complexas e envolvem aspectos diversos. Há quase três décadas, Hesio Cordeiro (1984) já utilizava o conceito de “complexo médico-empresarial” para tentar dar conta das complexas relações decorrentes da penetração das relações capitalistas na prática médica. O conceito fronteiro de “complexo médico-industrial” (CMI) também vem sendo usado desde os anos 1980 para explicar as

relações entre a assistência médica e a indústria produtora de equipamentos e insumos de saúde, Vianna (2002), por exemplo, propõe o conceito de “complexo médico-financeiro” para tratar da crescente penetração do capital financeiro no setor de saúde.

A abordagem deste artigo se restringe, no entanto, às relações entre os sistemas público e privado no que diz respeito à assistência médica e à comercialização e gestão de seguros privados de saúde, ou “planos privados de saúde”, como costumam ser tratados pela literatura e pela legislação brasileira, abordagem decorrente do fato de se querer destacar a competição entre os dois sistemas, em função da dimensão tomada pelo segundo no Brasil.

Desde os anos 1920, quando foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), pela chamada Lei Eloy Chaves (decreto-lei 4.682/1923), os prestadores de serviços privados de saúde mantiveram relação íntima e crescente com a assistência médica do sistema previdenciário público. A partir da criação dos IAPs – o primeiro deles, o dos marítimos, foi criado em junho de 1933 –, a ampliação da assistência médica do sistema previdenciário público aumentou a contratação de serviços privados de saúde (Oliveira, Teixeira, 1986). Não foi diferente quando o regime militar unificou os IAPs no INPS; pelo contrário, a partir de então o setor público tomou diversas medidas que fortaleceram o setor privado, descritas de forma sintética a seguir.

Logo no início do regime militar foi concedido pelo Código Tributário Nacional de 1966 um importante subsídio fiscal para o setor: o desconto no imposto de renda dos valores gastos com seguros e serviços privados de saúde (Levcovitz, 1997, p.29). Esse subsídio foi mantido pela Constituição de 1988 e perdura até hoje. O regime militar também incentivou, desde seu início, a utilização sistemática de serviços de terceiros para a assistência médica, ao dar preferência para a contratação de serviços privados em relação à expansão da rede pública de assistência médica estabelecida pelo decreto-lei 200, de 1967 (Luz, 1979, p.58; Cordeiro, 1984, p.56), e reforçada, em 1974, pelo Plano de Ação para a Previdência Social (Cordeiro, 1984, p.49). A partir desse ano o regime militar forneceu, ainda, empréstimos subsidiados para o setor privado prestador de serviços de saúde com base em recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (Braga, Paula, 1986, p.125). Tantos incentivos promoveram enorme expansão no setor privado, como demonstra, por exemplo, o crescimento das unidades prestadoras de serviços privados de saúde com fins lucrativos, que passaram de 14,4% do total dos serviços de atenção à saúde em 1960 para 45,2% em 1975 (Braga, Paula, 1986, p.110).

Não só os prestadores privados de serviços de saúde se beneficiaram de ações do setor público. A partir dos anos 1950 começou a desenvolver-se outro ramo, o de seguros privados de saúde, inicialmente através da modalidade de “autogestão”, ou seja, seguros de saúde organizados por grandes empresas privadas ou estatais voltados para a assistência médica de seus empregados e, em alguns casos, seus familiares (Rodrigues, Santos, 2011). A partir dos anos 1960, surge uma nova forma de organização do seguro privado de saúde, conhecida como “medicina de grupo” ou, mais comumente, empresas de “planos de saúde” (Bahia, 2005), isto é, empresas dedicadas à venda de seguros, ou planos de saúde, principalmente para grupos de empregados de uma empresa qualquer. Cooperativas médicas também surgiram na década de 1960, visando inicial e principalmente a clientes individuais e suas famílias. Nos anos 1980, o crescimento do mercado atraiu empresas do setor financeiro propriamente dito, as seguradoras, algumas delas ligadas a grandes bancos comerciais (Rodrigues, Santos, 2011). Todas essas modalidades de empresas que exploram o seguro privado de saúde

constituem outro segmento de mercado comprador dos serviços dos prestadores privados de saúde, que passaram a contar com a alternativa dos compradores de serviços do setor público. Constituiu-se dessa forma um grande setor privado subdividido em um lado segurador, que compra serviços de assistência médica, e um lado prestador, que vende tais serviços.

Esse setor é chamado pela legislação brasileira de “suplementar” (Brasil, 1998), em oposição ao setor “complementar”, definido pelo artigo 199, parágrafo 1º da Constituição Federal, como o setor prestador de serviço para o SUS: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar”. O setor suplementar, portanto, é o setor privado que não mantém relações diretas com o SUS, havendo basicamente transações entre consumidores, empresas de seguros privados e prestadores também privados de serviços de saúde. O termo, entretanto, é muito particular a nossa realidade, uma vez que em todo o mundo utiliza-se o conceito de seguro privado de saúde, que parece mais preciso, pela natureza da atividade (Santos, 2009, p.12). Embora a legislação brasileira trate fundamentalmente das operadoras de “planos de saúde” (Brasil, 1998; 2000) e suas relações com seus consumidores e apenas marginalmente dos prestadores de serviço, esses três elementos formam o chamado mercado suplementar de saúde no Brasil. Em junho de 2013, havia no país 49.231.643 segurados ou “beneficiários” dos planos ou seguros privados no país (ANS, s.d.a).

A municipalização dos serviços

Desde a Constituição Federal estava clara a intenção de municipalizar os serviços públicos de saúde, uma vez que entre as competências dos governos locais figurava no artigo 30, inciso VII: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. A lei n.8.080/1990 (Brasil, 1990) foi ainda mais explícita ao estabelecer, em seu artigo 7º, inciso IX, alínea a, a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”. As normas operacionais básicas (NOBs) n.1/1993 (Brasil, 1993) e n.1/1996 (Brasil, 1996) criaram os mecanismos para a delegação da gestão das ações e serviços de saúde e seu financiamento, promovendo radical transferência de serviços públicos para a esfera municipal de governo. A partir de então, o SUS passou a ser o único sistema público de saúde a fazer essa opção. Os sistemas públicos de saúde dos mais diversos países são organizados em moldes regionais, contando com autoridades sanitárias locais que administram orçamentos próprios, planejam, organizam e controlam todos os serviços que funcionam em seus territórios. São exemplos os sistemas do Canadá, Cuba, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido (Rodrigues, Santos, 2011, p.65).

O objetivo de descentralização para os municípios prende-se à crença inicial de que facilitaria maior participação da sociedade nas políticas de saúde, em função da maior proximidade de governos municipais e cidadãos, que teriam assim mais influência sobre o poder público. Essa crença estava clara, por exemplo, em documento publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1980, segundo o qual, a descentralização visava, sobretudo, “ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde” (citado em Peres, 2002, p.88). Na mesma linha, a norma operacional básica n.1/1993 considerava que o “SUS ... orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade”

(Brasil, 1993). Descentralização e participação eram tratadas como duas faces da mesma moeda, a democratização da política de saúde. Tal argumento não levava em conta nem a realidade demográfica da maior parte dos municípios brasileiros, que não tinha população suficiente para demandar um sistema de saúde propriamente dito, com diferentes níveis de complexidade da atenção, nem o fato de que o poder local no Brasil constituiu tradicionalmente a base de representação dos interesses privados ligados à propriedade fundiária e a base do sistema de dominação oligárquica, desde os tempos da colônia, passando pelo período do coronelismo na Primeira República e chegando, embora um tanto enfraquecido, até nossos dias.

A maioria dos municípios brasileiros é muito pequena em termos populacionais; 70,5% deles têm menos de 20 mil habitantes e 89,4% têm até 50 mil habitantes (Rodrigues, Santos, 2011, p.104). O primeiro desses grupos tem características inteiramente rurais, e sua vida econômica e social gira em torno e a partir das atividades agropecuárias, para cujo abastecimento e atendimento existem o comércio e os serviços de suas sedes urbanas. Nem esse nem o segundo grupo – entre 20 mil e 50 mil habitantes – têm população suficiente que justificasse a existência de unidades de saúde de caráter secundário (ambulatorial especializado) ou terciário (hospitalar). Essa realidade não foi considerada no afã de descentralizar a gestão do SUS; as NOBs dos anos 1990 permitiam e favoreciam que os municípios pequenos optassem pela modalidade “gestão plena do sistema de saúde”, como se o pudessem fazer. Como não podem ter serviços secundários ou terciários, têm de compartilhá-los com municípios vizinhos, tarefa complexa do ponto de vista administrativo e principalmente difícil do ponto de vista político.

A opção pela gestão municipal trouxe, em primeiro lugar, como já mencionado, a dificuldade para organizar a rede de serviços em moldes regionais. Embora o artigo 7º, inciso IX, alíneas a e b, da lei n.8.080/1990, tenha estabelecido ao lado da “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”, nem os recursos financeiros nem a rede de serviços são geridos no nível regional (Brasil, 1990). As regiões de saúde no Brasil nem sequer têm uma instância gestora, mas apenas uma Comissão Intergestores Regional (Brasil, 2011), órgão colegiado, formado pelos municípios que as integram. Como algumas regiões de saúde têm um número muito grande de municípios, nem sempre é fácil alcançar entendimento de todos quando é necessário tomar decisões a respeito da rede de serviços. Até a edição do decreto n.7.508/2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a lei n.8.080/1990, as NOAs n.1/2001 e n.1/2002 (Brasil, 2001, 2002) e o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), para a organização da rede de serviços do SUS, os estados podiam ser subdivididos em macrorregiões e microrregiões de saúde. O decreto estabelece “regiões”, cada uma definida como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes” (Brasil, 2011, artigo 1º). Cada uma dessas regiões deve conter, no mínimo, ações e serviços de saúde de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (artigo 5º). O que prevalece até o momento, entretanto, são as regiões definidas com base nas portarias ministeriais anteriores.

A forma com que se deu a regionalização no Brasil determinou o número muito elevado de municípios em cada região de saúde. A situação em Minas Gerais, a unidade federada que tem o maior número de municípios no Brasil (853), ilustra bem essa situação. Por exemplo, a macrorregião Centro de Minas Gerais, na qual está Belo Horizonte, tem 102 municípios e

mais de seis milhões de habitantes (Santos, 2013, p.74). A situação não é diferente quando se examinam as 77 microrregiões do estado; a maior delas (Belo Horizonte, Caetés e Nova Lima) tinha 3,2 milhões de habitantes em 2012, sendo composta por 13 municípios. A microrregião com o maior número de municípios no estado (Pouso Alegre) tinha 33 municípios (Brasil, s.d.b). Um número tão grande de municípios que compõem várias macrorregiões e microrregiões evidentemente dificulta a coesão em torno de decisões de interesse comum e representa uma verdadeira Hidra de Lerna⁶, até hoje sem solução.

A dificuldade para a tomada de decisões de interesse comum, entretanto, não diz respeito apenas ao número de municípios, mas ao fato de esse ente federado constituir a base de todo o sistema político-eleitoral do país. Num sistema desse tipo, há um estímulo natural à competição entre as autoridades locais, uma vez que prefeitos e vereadores aspiram a tornar-se deputados estaduais ou federais ou mesmo a assumir cargos políticos majoritários como senadores e governadores, tendo, para isso, de competir por votos dos eleitores de municípios vizinhos. Dessa forma, as decisões sobre a localização e mesmo a oferta de serviços de saúde tendem a ser politizadas por conta da própria forma de organização de nosso sistema político-eleitoral. Procurando eludir esse problema tão concreto, parte da literatura sobre o SUS adotou as fórmulas do “federalismo cooperativo” (Dourado, Elias, 2011; Gil, Licht, Santos, 2006) ou da “regionalização cooperativa (Pestana, Mendes, 2004), em oposição ao modelo de federalismo competitivo (Franzese, Abrucio, 2009). Segundo essas fórmulas, a organização do SUS seria favorável à associação dos entes federados, particularmente municípios vizinhos, para desenvolver serviços e interesses comuns na área da saúde, prevista, aliás, no artigo 23 da Constituição Federal, embora nunca regulamentada. A existência de forte competição entre os entes federados, entretanto, não permite afirmar que tais fórmulas prevaleçam, como outras autoras tiveram o cuidado de apontar (Viana, Lima, Oliveira, 2002).

Outro argumento importante a mencionar a esse respeito é o fato de, sendo de muito pequeno porte a maioria dos municípios brasileiros, seu poder político é em geral fortemente concentrado em poucas mãos. De fato, desde os tempos da colônia, o poder local esteve a serviço dos grandes proprietários rurais, esquema, aliás, que sustentou o fenômeno do coronelismo, erguido sobre as bases da antiga Guarda Nacional criada no Império (Izecksohn, 2009, p.403) e a política dos governadores da Primeira República, em que as eleições e a nomeação dos principais cargos políticos eram totalmente controladas pelos poderosos locais (Leal, 1997; Faoro, 2001). Apesar de pertencer ao passado político brasileiro, o coronelismo deixou marcas que permanecem até os dias atuais principalmente nas cidades do interior do país, cujas sociedades são menos organizadas, e o completo exercício da cidadania inexistente. O poder local brasileiro, e não só esse, ainda é marcado por características do coronelismo, como o mandonismo, o filhotismo ou apadrinhamento e o clientelismo, que suprem necessidades dos setores mais pobres da população na forma de favores políticos, em troca de votos nas eleições. Para Carvalho (1997), tanto o mandonismo quanto o clientelismo sempre fizeram parte do cenário político brasileiro, porém cada um tem sua própria trajetória. Enquanto o mandonismo sempre tendeu a diminuir à medida que a sociedade se organiza, o clientelismo oscila de intensidade entre parceiros políticos e ao longo do tempo, mas ainda permanece muito presente em todas as sociedades, não distinguindo entre um grande centro urbano e uma pequena cidade do interior. Nessas circunstâncias, há dificuldade muito maior

de exercício da cidadania, particularmente da pretendida participação social, nos menores municípios brasileiros, que constituem a maioria em nosso país.

Considerações finais

A abordagem dos desafios políticos para a consolidação do SUS foi feita com base na análise do cenário de mudança da conjuntura mundial e nacional do final dos anos 1970 e 1980. Muitos dos fatores que compuseram aquelas conjunturas vêm sendo profundamente alterados nos últimos cinco anos. As ideias e políticas neoliberais perderam grande parte do seu encanto e viço, desde que conduziram o mundo em 2008-2009 a uma das maiores crises econômicas e financeiras da história do capitalismo. O poder do Estado norte-americano, ainda sem igual do ponto de vista militar, vem perdendo o papel determinante que desempenhou a partir do fim do bloco socialista na Europa. Um dos efeitos indesejados da busca da retomada da hegemonia dos anos 1980 e 1990 foi a emergência da China, como segunda maior economia do mundo e a reconstrução de parte do poderio e influência da URSS na Rússia de Vladimir Putin. Ambos os países lideram um novo bloco militar, a Organização de Cooperação de Xangai, criada em 2001, e vêm impedindo sistematicamente no Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas que os EUA consigam aprovar novas intervenções militares em países como a Síria ou o Irã. Assistimos a um aparente retorno de uma multipolaridade política, que no passado constituiu uma das bases para as políticas econômicas keynesianas e para o desenvolvimento dos sistemas de bem-estar social em diversos países. Tal fato pode vir a favorecer o surgimento de novos espaços para políticas sociais abrangentes no futuro, e a recente decisão da China, nação mais populosa do mundo, de ampliar o alcance de suas políticas sociais em seu Plano Quinquenal 2011-2015 pode ser um sinal nesse sentido (Trevisan, 7 mar. 2011).

A situação econômica da União Europeia e dos EUA, entretanto, ainda é marcada por grandes adversidades e pela prevalência de princípios e políticas calcados nos ideais neoliberais. As dificuldades econômicas no bloco europeu certamente não são favoráveis às políticas sociais, embora nelas ainda não tenha havido claro retrocesso. No centro do sistema capitalista, entretanto, as dificuldades econômicas têm acelerado a redução da desigualdade entre ele e a periferia, em função do crescimento econômico de grandes países periféricos, como a China e a Índia, com grandes reflexos principalmente na Ásia e na África, o que contribui para alterar a balança de poder no mundo. O que interessa reter nesse sentido é, em primeiro lugar, que o mundo unipolar surgido do processo de retomada da hegemonia norte-americana está em profunda alteração nos nossos dias, tendendo cada vez mais não só para um retorno da multipolaridade política, como para o aumento do peso das nações periféricas. Em segundo lugar é importante enfatizar que a perda de importância do neoliberalismo no plano das ideias vem permitindo a retomada de autonomia por parte de diversos Estados nacionais, e o crescimento das economias chinesa e indiana, as duas nações mais populosas do mundo, é o exemplo mais claro disso, pois em ambos os países tal crescimento tem ocorrido com base numa verdadeira tutela por parte dos respectivos Estados.

A conjuntura interna brasileira também apresenta importantes mudanças. A maior delas é, sem dúvida, o fim do garrote da dívida externa, que hoje tem peso relativamente

pequeno e composição fundamentalmente privada. De devedor o Brasil se tornou um dos maiores credores do mundo, detendo centenas de bilhões de dólares de títulos da dívida norte-americana. Isso quer dizer, por um lado, que o cenário atual não é mais marcado por políticas de ajuste estrutural, que restringiram as despesas sociais necessárias para financiar as políticas de cunho social-democrata estabelecidas pela Constituição Federal de 1988; o próprio crescimento do gasto social mencionado anteriormente atesta essa mudança. Por outro lado, também exige o reconhecimento do fato de que as políticas macroeconômicas ainda não estão totalmente livres das ideias neoliberais, e o investimento público ainda é muito baixo, apesar da existência de imensas reservas internacionais. O Brasil não tomou medidas equivalentes às da Índia e da China, que utilizaram parte dessas reservas para modernização da infraestrutura.

As ideias neoliberais ainda permanecem influenciando as políticas sociais, em geral, e o SUS, em particular, de formas diferentes. A opção por políticas focais vem significando a restrição dos gastos com as políticas universais, como se apontou ao longo do texto, com prejuízos significativos principalmente para a saúde. Enquanto os gastos federais com políticas focais de assistência social cresceram mais de 500% entre 2000 e 2011, as despesas com previdência social cresceram apenas 190,5%, as de educação, 202,9%, e as de saúde apenas 153,4% (Brasil, s.d.c). Tal opção sugere preocupante afastamento da que foi feita pela sociedade em 1988 e merece, no mínimo, ser discutida seriamente porque o rápido aumento da proporção de idosos na população requererá mais e mais recursos para financiar tanto a previdência quanto a saúde. Ao mesmo tempo, prossegue a passos largos a introdução da gestão privada no SUS, em prejuízo do fortalecimento da capacidade gerencial do Estado, necessária para sustentar o interesse público na área. Enquanto o Estado se enfraquece a olhos vistos na gestão do sistema público de saúde, adotam-se de forma crescente formas de gestão e lógicas privadas que não parecem nada favoráveis à defesa do interesse público e da democracia numa área tão importante para a população.

Procurei chamar a atenção, ainda, para o frágil apoio do SUS entre os trabalhadores, que decorreu de circunstâncias históricas complexas e muito particulares. O desafio de fortalecer a importância da política e dos serviços públicos de saúde entre os trabalhadores ainda permanece. Ainda que o seguro privado de saúde não garanta a cobertura de serviços de saúde quando eles são mais importantes no ciclo de vida das pessoas, ou seja, na velhice, o acesso aos planos de saúde privados permanece um dos maiores desejos dos trabalhadores. A tarefa de atrair as principais lideranças das organizações sindicais para a defesa e o fortalecimento do sistema público de saúde é um dos grandes desafios políticos para a sustentação do SUS.

Soluções para a competição entre os setores público e privado de saúde constituem no momento o maior desafio para a consolidação do SUS. Além de contar com ampla aceitação na população, o setor privado de saúde brasileiro tem dimensão muito grande e movimentação considerável volume de recursos. O crescente fortalecimento de formas de gestão privada em unidades de saúde públicas em diversas unidades da federação pode contribuir para fortalecer a lógica e o prestígio do mercado no interior do setor público, enfraquecendo ainda mais os valores e o próprio sentido da gestão pública.

A fragmentação da rede de serviços do SUS, em milhares de municípios, que até recentemente era tida como um aspecto positivo do nosso sistema e capaz de favorecer a

democratização de sua gestão, hoje começa a ser crescentemente contestada. O próprio texto do decreto n.7.508/2011 sugere fortemente que há uma inversão da posição do Ministério da Saúde em favor de papel mais amplo dos governos estaduais no desenvolvimento e na gestão de uma rede regionalizada de ações e serviços públicos de saúde. Seu artigo 30, por exemplo, “vincula” o funcionamento das comissões intergestoras regionais às secretarias estaduais de saúde (Brasil, 2011). A descentralização da gestão do sistema aos municípios feita nos anos 1990, entretanto, não é simples de ser revertida. Há poderosos interesses e instituições políticas que atuarão no sentido contrário, como o movimento municipalista e o sistema político-eleitoral, que se sustenta no poder local. Além disso, a criação de entes gestores regionais públicos do SUS envolve uma revisão do pacto federativo. Até onde a União estará disposta, por exemplo, a permitir que os estados assumam poder mais efetivo em relação à gestão do SUS, como vários deles já vêm ensaiando? Afinal, não é possível esquecer que ideias a favor de papel mais atuante da União na gestão regional do Sistema tendem a esbarrar na natureza federativa do Estado brasileiro.

NOTAS

¹ Para Esping-Andersen, a principal base explicativa para a estruturação dos sistemas de proteção social são as ideologias políticas que lhes deram origem e definiram as bases de sua organização. Dessa forma, ele classifica os sistemas ou regimes de proteção social em três tipos básicos: liberal, conservador e social-democrata. O regime liberal baseia-se na ideologia de mercado, colocando-o como o principal fornecedor de serviços para a sociedade, sendo as políticas públicas sociais de caráter residual, voltadas principalmente para os grupos que não conseguem ter acesso aos serviços sociais existentes no mercado; os beneficiários das políticas públicas devem ser identificados e definidos com base em medidas objetivas, como renda muito baixa ou a cor da pele. O regime conservador, cuja origem remonta à Alemanha de Bismarck, visando enfrentar o desafio colocado pela esquerda marxista, propunha: a divisão dos beneficiários em diferentes grupos, segundo a natureza da atividade econômica; a gestão em separado dos serviços por institutos ou fundos administrados por representantes dos patrões e empregados; o financiamento com base em contribuição financeira obrigatória tanto para os patrões como para os trabalhadores, descontada nas folhas de pagamento das empresas. O regime social-democrata baseia-se na ideia da igualdade e na universalidade do acesso às políticas e aos serviços sociais, os quais devem ser de natureza pública, financiados por toda a sociedade, mediante arrecadação tributária feita pelo Estado; a ideia básica é que as políticas e os serviços sociais constituem direitos dos cidadãos.

² É possível avaliar a dimensão do setor privado de saúde levando em consideração: (a) o tamanho da economia brasileira; segundo dados do Banco Mundial (World Bank, s.d.), em 2010, o Brasil era a sétima economia do mundo, com PIB da ordem de 2,14 trilhões de dólares; (b) a cobertura de saúde pública dos países com economia maior do que a brasileira (pela ordem: EUA, China, Japão, Alemanha, França e Reino Unido); segundo os dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), com exceção dos EUA, onde a cobertura dos serviços de saúde pública era, em 2009, de apenas 26%, e da China, para a qual a OCDE não oferece dados, todos os demais países têm cobertura de serviços públicos entre 89% (Alemanha) e 100% (todos os outros) (OECD, 2011); (c) a proporção de gasto público em saúde em relação ao gasto privado nas sete maiores economias do mundo; segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013, p.132-137), o gasto total do Brasil em saúde correspondia a 9% do PIB de 2010, ou seja, em torno de US\$193 bilhões, dos quais 53% correspondiam ao gasto privado e apenas 47% ao gasto público.

³ O parágrafo 12 do artigo 201 da Constituição estabeleceu que “Lei disporá sobre sistema especial de inclusão previdenciária para trabalhadores de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário mínimo, exceto aposentaria por tempo de contribuição” (Constituição, 2011), o que na prática universalizou o acesso aos benefícios previdenciários.

⁴ Atualmente há 32 partidos políticos no país.

⁵ As funções sociais de governo são: previdência social; saúde; assistência social; educação; trabalho; urbanismo; direitos da cidadania; cultura; saneamento; e habitação (Brasil, s.d.c.).

⁶ Animal da mitologia grega, com corpo de dragão e sete ou nove cabeças de serpente, conforme a versão.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sérgio H.
Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados*, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.5-34. 1988.
- ANS.
Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários por UFs, regiões metropolitanas (RM) e capitais. (Resultado para Assistência médica segundo Competência no período jun/2013). Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 21 nov. 2013. s.d.a.
- ANS.
Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários por UFs, regiões metropolitanas (RM) e capitais. (Resultado para Assistência médica segundo UF no período Dez/2010). Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 7 fev. 2014. s.d.b.
- ANDERSON, Perry.
Balanço do neoliberalismo. In: Sader, Emir; Gentili, Pablo (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. p.9-37. 1995.
- AQUINO, Rubim S.L. et al.
Sociedade brasileira: uma história através dos movimentos sociais: da crise do escravismo ao apogeu do neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record. 2001.
- ARRETCHE, Marta.
A política da política de saúde no Brasil. In: Lima, Nísia T. et. al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.285-306. 2005.
- ARRETCHE, Marta; RODDEN, Jonathan.
Política distributiva na federação: estratégias eleitorais, barganhas legislativas e coalizões de governo. *Dados*, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.549-576. 2004.
- ARTURI, Carlos S.
O debate teórico sobre mudança de regime político: o caso brasileiro. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n.17. p.11-31. nov. 2001.
- BAHIA, Lígia.
Origens e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. In: Bahia, Lígia et al. (Org.). *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde/UFRJ. p.17-36. 2005.
- BANDEIRA, Luiz A.M.
Brasil-Estados Unidos: a rivalidade emergente (1950-1988). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2011.
- BANDEIRA, Luiz A.M.
O governo João Goulart: as lutas sociais no Brasil, 1961-1964. São Paulo: Editora Unesp. 2010.
- BELLUZZO, Luiz G.M.
O senhor e o unicórnio: a economia nos anos 80. São Paulo: Brasiliense. 1984.
- BRAGA, José C.S.; PAULA, Sérgio G.
Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec. 1986.
- BRASIL.
Decreto n.7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 19 fev. 2014. 2011.
- BRASIL.
Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 19 fev. 2014. 2006.
- BRASIL.
Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2002). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 19 fev. 2014. 2002.
- BRASIL.
Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2001). Diário Oficial da União, seção 1, p.23-31. 29 jan. 2001. 2001.
- BRASIL.
Lei n.9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 19 fev. 2014. 2000.
- BRASIL.
Lei n.9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 19 fev. 2014. 1998.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/1996. Diário Oficial da União, seção 1, p.48-56. 1996.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm..1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 19 fev. 2014. 1993.

BRASIL.

Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 fev. 2014. 1990.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). População residente segundo região, período 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>. Acesso em: 7 fev. 2014. s.d.a.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). População Residente – Minas Gerais: população residente por Microrregião de Saúde/Município. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em: 21 dez. 2012. s.d.b.

BRASIL.

Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. Despesa da União por função: orçamentos fiscal e da seguridade social, exercícios de 2000 a 2011. Disponível em: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/contabilidade-publica/principais-publicacoes/relatorios>. Acesso em: 25 out. 2013. s.d.c.

BRESSER-PEREIRA, Luiz C.

Do antigo ao novo desenvolvimentismo na América Latina. São Paulo: Fundação Getulio Vargas/ Escola de Economia de São Paulo. 2010.

BROWN, Archie.

Ascensão e queda do comunismo. Rio de Janeiro: Record. 2010.

CARVALHO, Gilson C.M.

O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.

CARVALHO, José M.

Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados*, Rio de Janeiro, v.40, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2012. 1997.

CARVALHO, Rogério.

Carta aberta ao Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação do Núcleo da Seguridade Social do PT na Câmara dos Deputados. 26 nov. 2013.

CHESNAIS, François.

O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: Chesnais, François (Org.). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo. p.35-67. 2005.

CHESNAIS, François.

A mundialização do capital. São Paulo: Xamã. 1996.

COHN, Amélia.

Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.2021-2023. 2008.

CONSTITUIÇÃO.

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1998. São Paulo: Saraiva. 2011.

CORDEIRO, Hesio A.

As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal. 1984.

COUTO, Cláudio G.

A agenda constituinte e a difícil governabilidade. *Lua Nova*, São Paulo, n.39, p.33-52. 1997.

DOURADO, Daniel A; ELIAS, Paulo E.M.

Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.1, p.204-211. 2011.

ESCOREL, Sara.

Reviravolta na saúde: origens e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1998.

ESPING-ANDERSEN, Gösta.

The three worlds of welfare capitalism. New Jersey: Princeton University Press. 1990.

- FAORO, Raymundo.
Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Editora Globo. 2001.
- FERGUSON, Niall.
Colosso: ascensão e queda do império americano. São Paulo: Planeta. 2011.
- FERGUSON, Niall.
A ascensão do dinheiro: a história financeira do mundo. São Paulo: Planeta. 2009.
- FERGUSON, Niall.
A lógica do dinheiro, riqueza e poder no mundo moderno, 1700-2000. Rio de Janeiro: Record. 2007.
- FIORI, José L.
Globalização, hegemonia e império. In: Tavares, Maria C.; Fiori, José L. (Org.). *Poder e dinheiro, uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes. p.87-147. 1997.
- FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando L.
A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. In: Franzeze, Cibele. *Reflexões para Ibero-América: avaliação de programas sociais*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública. p.25-42. 2009.
- GERSCHMAN, Silvia.
A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1995.
- GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria A.B.
O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.21, n.61, p.177-227. 2006.
- GIL, Antonio C.; LICHT, René H.G.; SANTOS, Brigitte R.M. dos.
Regionalização da saúde e consciência regional. *Hygeia*, Uberlândia, v.2, n.3, p.35-46. 2006.
- GONÇALVES, Reinaldo; POMAR, Valter.
A armadilha da dívida externa. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2002.
- GORENDER, Jacob.
Combate nas trevas, a esquerda brasileira: das ilusões perdidas à luta armada. São Paulo: Ática. 1987.
- GOUVEIA, Roberto; PALMA, José, J.
SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.13, n.35, p.139-146. 1999.
- GOWAN, Peter.
A roleta global. Rio de Janeiro: Record. 2003.
- HELLEINER, Eric.
From Bretton Woods to global finance: a world turned upside down. In: Underhill, Geoffrey R.D. (Ed.). *The new world order in international finance*. London: Macmillan, p.163-175. 1997.
- HOBBSBAWN, Eric J.
A era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras. 1995.
- HOSKING, Geoffrey.
Russia and the Russians, from earliest times to 2001. London: Penguin Books. 2002.
- IZECKSOHN, Vitor.
A Guerra do Paraguai. In: Grinberg, Keila; Salles, Ricardo. *O Brasil imperial*. v.2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. p.385-424. 2009.
- JOHNSON, Chalmers.
As aflições do Império: militarismo, operações secretas e fim da República. Rio de Janeiro: Record. 2007.
- JUDT, Tony.
Pós-guerra: uma história da Europa desde 1945. Rio de Janeiro: Objetiva. 2008.
- LEAL, Victor N.
Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1997.
- LEVCOVITZ, Eduardo.
Transição x consolidação, o dilema estratégico do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1997.
- LICHTENSZTEJN, Samuel; BAER, Monica.
Fundo Monetário Mundial e Banco Mundial, estratégias e políticas do poder financeiro. São Paulo: Brasiliense. 1987.
- LIMONGI, Fernando; FIGUEIREDO, Argelina.
Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. *Lua Nova*, São Paulo, n.44, p.81-107. 1998.
- LOSURDO, Domenico.
Fuga da história? A Revolução Russa e a Revolução Chinesa vistas de hoje. Rio de Janeiro: Revan. 2009.
- LUZ, Madel T.
As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1979.
- MATISJACIC, Milko.
Crise e reformas no complexo previdenciário no Brasil. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia/ Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2002.

- MENICUCCI, Telma M.G.
Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2003.
- MIR, Luís.
Partido de Deus: fé, poder e política. São Paulo: Alaúde. 2007.
- MOTA, Marly.
Pacote de abril. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/PacoteAbril>. Acesso em 6 dez. 2012. s.d.
- OECD.
Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. Acesso em: 23 fev. 2014. 2011.
- OLIVEIRA, Amaury P.
O novo equilíbrio mundial. In: Bresser-Pereira, Luiz C. (Org.). *Depois da crise, a China no centro do mundo?* Rio de Janeiro: Editora FGV. p.87-103. 2012.
- OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA, Sonia F.
(Im)Previdência social, 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Abrasco. 1986.
- PERES, Ana M.A.M.
A municipalização é o caminho? Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2002.
- PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio V.
Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2004.
- POMAR, Pedro E.R.
Massacre na Lapa: como o Exército liquidou o comitê central do PCdoB. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2006.
- RODRIGUES, Paulo H.A.; KORNIS, George E.M.
Os descaminhos do direito à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. 1999.
- RODRIGUES, Paulo H.A.; SANTOS, Isabela S.
Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu. 2011.
- SADEK, Maria T.
Sistema partidário brasileiro: a debilidade institucional. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials. 1993.
- SALLUM JR., Brasília.
Metamorfoses do Estado brasileiro no final do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.18 n.52, p.35-54. 2003.
- SALLUM JR., Brasília.
Transição política e crise do Estado. *Lua Nova*, São Paulo, n.32, p.133-167. 1994.
- SANTOS, Daniela L.
Política, saúde da família e acesso a serviços de média e alta complexidade: o caso de Rio do Prado. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. 2013.
- SANTOS, Isabela S.
O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2009.
- SCHELLER, Fernando.
Assistência médica de empresas é vista como fim da dependência do serviço oferecido pelo Governo. *O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 6 jun. 2011. Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/economia,no-brasil-saude-lidera-busca-por-beneficios,74918,0.htm>. Acesso em: 28 nov. 2013. 6 jun. 2011.
- SCHMITT, Rogério.
Partidos políticos no Brasil (1945-2000). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2000.
- SILVA, Fernando C.T.
Crise da ditadura militar e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985. In: Ferreira, Jorge; Delgado, Lucília A. N. (Org.). *O tempo da ditadura: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.243-282. 2009.
- SODRÉ, Antonio C.A.; ALVES, Maria F.C.
Relação entre emendas parlamentares e corrupção municipal no Brasil: estudo dos relatórios do programa de fiscalização da Controladoria-Geral da União. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v.14, n.3, p.414-433. 2010.
- SOUZA, Lúcia Ribeiro de.
Movimento de saúde: dificuldades à sua apreensão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.29, p.48-51. jun. 1990.
- STOTZ, Eduardo N.
Social movements and health: notes for a debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.264-268. 1994.

TAVARES, Maria C.

A retomada da hegemonia norte-americana.

In: Tavares, Maria C.; Fiori, José L. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes. p.27-53. 1997.

TORRES FILHO, Ernani T.

A crise da economia japonesa nos anos 90 e a retomada de hegemonia americana. In:

Tavares, Maria C.; Fiori, José L. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes. p.383-411. 1997.

TREVISAN, Cláudia.

Tudo pela social: China planeja crescimento inclusivo. *O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 7 mar. 2011. Disponível em: <http://blogs.estadao.com.br/claudia-trevisan/tudo-pela-social-china-planeja-crescimento-inclusivo/>. Acesso em: 28 nov. 2013. 7 mar. 2011.

VIANA, Ana L.

Modelos do Estado na área da saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social. 1995.

VIANA, Ana L.; LIMA, Luciana D.; OLIVEIRA, Roberta G.

Descentralização e federalismo: a política de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.493-507. 2002.

VIANNA, Cid M.M.

Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.375-390. 2002.

WORLD BANK.

Data, GDP (current US\$). Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries?display=default>. Acesso em: 7 fev. 2014. s.d.

WHO.

World Health Organization. *World Health Statistics, 2013*. Geneva: WHO. 2013.

