

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

Vicente Arouche Santos Filho

**O capital estrangeiro na área da saúde:**  
Uma perspectiva crítica

Mestrado em Economia Política

São Paulo  
2018

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

Vicente Arouche Santos Filho

**O capital estrangeiro na área da saúde:**  
Uma perspectiva crítica

Dissertação apresentada ao programa de Economia Política, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Economia Política.

Orientador: Prof. Dr. Livre Docente Aquilas Nogueira Mendes.

São Paulo

2018

SANTOS FILHO, Vicente Arouche. O capital estrangeiro na área da saúde: uma perspectiva crítica, 2018. 87 f. Dissertação de Mestrado (Curso de Pós-Graduação em Economia Política) – Programa de Estudos Pós Graduated em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

Banca Examinadora:

---

---

---

*Aos meus pais Graça e Vicente*

*E minha avó Maria José*

Este trabalho foi realizado com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) mediante bolsa de estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meu pais e a minha avó por toda dedicação e carinho que sempre tiveram comigo.

Quero agradecer especialmente ao Professor Áquilas Mendes que conheci no primeiro semestre da graduação e desde então foi fundamental para a minha formação como economista e por ter aceito a construção desse projeto.

Agradeço ao Luccas que foi fundamental nos debates sobre economia e saúde.

E por último gostaria de agradecer a todos do programa de economia política que lutam para a manutenção de um curso crítico, democrático e plural.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é expor e compreender as implicações da alteração da legislação no que diz respeito a liberação do capital estrangeiro no setor público da saúde. A política de saúde foi moldada a partir da Constituição de 1988 para atender a todos os brasileiros e sofreu diversas alterações ao longo dos últimos 30 anos, em que o gasto público foi sendo superado pelo gasto privado com a introdução da regulamentação dos planos de saúde e com a permissão da presença de capital estrangeiro nessa área, além da existência de problemas de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos mecanismos orçamentários que priorizam o pagamento dos juros da dívida pública. Este trabalho expõe o processo de desenvolvimento do neoliberalismo no Brasil que pode ser entendido como o cenário para a identificação dos problemas da implantação do SUS e para o crescimento do setor privado na área da saúde. O foco de análise desse trabalho refere-se à introdução da Lei Federal 13.097 que permite o ingresso do capital estrangeiro da área de assistência à saúde no país, evidenciando as controvérsias acerca de sua introdução.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde – Capital estrangeiro na saúde – Neoliberalismo

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to explain and understand the implications of changing legislation regarding the release of foreign capital in public health care. Health policy was shaped by the 1988 Constitution to meet all Brazilians and has undergone several changes over the last 30 years, in which public spending has been surpassed by private spending with the introduction of health insurance regulations and with the permission of the presence of foreign capital in this area, besides the existence of problems of underfunding of the Unified Health System (SUS) by the budgetary mechanisms that prioritize the payment of interest on public debt. This paper exposes the process of development of neoliberalism in Brazil that can be understood as the scenario for identifying the problems of the implantation of the SUS and for the growth of the private sector in the health area. The focus of this study is the introduction of Federal Law 13.097, which allows the entry of foreign capital from the health care area in the country, highlighting the controversy about its introduction.

**keywords:** Unified Health System - Foreign capital in health - Neoliberalism

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Investimento estrangeiro direto (em US\$) - 1961- 1965 .....	39
--	----

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Principais legislações sobre o ingresso de capital estrangeiro na saúde e assuntos correlatos .....	63
Tabela 2- Argumentos contrários à abertura ao capital estrangeiro da saúde brasileira .....	71

## **Lista de siglas e abreviaturas**

Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN

Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES

Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO

Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME

Associação do Ministério Público para a Saúde – AMPASA

Associação Paulista de Saúde Pública – APSP

Banco Nacional de Desenvolvimento e Social – BNDE

Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES

Centro Brasileiro de Economia da Saúde – CEBES

Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

Contribuição para o Financiamento da Previdência Social – Confins

Contribuição Provisória Sobre Movimentações Financeiras – CPMF

Contribuição sobre Movimentações Financeiras – CPMF

Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP

Desvinculação das Receitas da União – DRU

Emenda Constitucional – EC

Fundo Monetário Internacional – FMI

II Plano Nacional de Desenvolvimento – IIPND

Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA

Instituto Nacional de Previdência Social – INPS

Medida Provisória – MP

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE

Plano Nacional de Desenvolvimento – PND

Programa de Ação Imediata – PAI

Programa de Financiamento Estudantil – FIES

Programa de Interação Social – PIS

Programa Universidade Para Todos – PROUNI

Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA

Sindicato dos Médicos de São Paulo – SIMESP

Sistema Único de Saúde – SUS

Unidade de Serviço – US

Unidade Real de Valor – URV

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 A TRANSIÇÃO DO ESTADO DESENVOLVIMENTISTA PARA O ESTADO NEOLIBERAL NO BRASIL.....	17
1.1 A ADOÇÃO DO MODELO NEOLIBERAL NO BRASIL.....	23
1.2 A DESNACIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA BRASILEIRA.....	27
1.3. O PROCESSO DE FINANCEIRIZAÇÃO DA ECONOMIA BRASILEIRA.....	29
CAPÍTULO 2 CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL E NA SAÚDE.....	35
2.1 CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL – DO GOVERNO JUSCELINO KUBISTCHEK ATÉ 1988.....	35
2.2 O CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL E NA SAÚDE A PARTIR DE 1988 ...	42
2.3 O SUS E SUA DINÂMICA.....	46
CAPÍTULO 3 UMA PERSPECTIVA CRÍTICA DO INGRESSO DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA ÁREA DA SAÚDE.....	57
3.1 OS IMPACTOS JURÍDICOS DA LEI 13.097/2015.....	57
3.2 OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS E PRÁTICOS DO INGRESSO DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA SAÚDE.....	64
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

## INTRODUÇÃO

A área da saúde ao longo da história do modo de produção capitalista tem sido fundamental para a manutenção e reprodução da força de trabalho. No início do capitalismo, a saúde não era tratada como uma política pública e sim como um cuidado que muitas vezes servia para separar determinado indivíduo da sociedade com objetivo de restringir a proliferação de determinadas enfermidades. As pessoas geralmente ficavam confinadas em um local e este seria também o seu leito de morte, uma vez que os hospitais, em sua origem, serviam para os mais pobres. Do outro lado, os mais ricos tinham tratamento domiciliar e individualizado.

Após inúmeras lutas dos trabalhadores em prol de melhores condições de vida e de trabalho foi possível iniciar a construção em torno de direitos universais e inalienáveis. Esses direitos foram consolidados principalmente nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Nos países do terceiro mundo, como é o caso do Brasil, a consolidação do direito ao acesso à saúde ocorreu de maneira tardia. Foi somente a partir do final da ditadura militar na década de 1980 e da promulgação de uma nova Constituição que o Estado ganhou a obrigação de fornecer acesso à saúde para o conjunto da população brasileira.

A partir da década de 1990 ocorre o início o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema cujo financiamento e a administração são de incumbência do Estado, com recursos e fontes previstas na própria Constituição. Por outro lado, a implementação do SUS ocorre quando o Brasil ingressa na chamada “onda neoliberal” que se expandiu pelos países da América Latina entre os anos 1980 e 1990. O ingresso do país nas políticas de cunho neoliberal vai de encontro à proposta do SUS em garantir acesso à saúde pública e gratuita de maneira universal.

O que se observa a partir dos anos 1990 no âmbito das políticas públicas da saúde é a contradição entre o modelo idealizado pela Constituição Federal de 1988, com um amplo sistema de assistência à saúde gerido e mantido pelo

Estado com políticas de privatização e desnacionalização da economia brasileira.

Há, portanto, uma relação direta entre os aspectos econômicos e como eles interferem nas políticas públicas, nesse caso, em específico, na saúde pública. Diante disso, é possível observar que a implementação do SUS não ocorreu de maneira pacífica, nem no âmbito jurídico-orçamentário nem na aplicação das políticas públicas de saúde.

Apesar de sua relevância em uma sociedade desigual, cujo acesso aos serviços de saúde gratuito é pré-requisito para boa parte da população, o SUS sofre com o problema de subfinanciamento estrutural, uma vez que uma parcela dos recursos que deveria ser destinado ao Sistema são desviados para o pagamento da dívida pública, e por outro lado convive com uma rede privada de assistência à saúde que também recebe uma parte dos recursos que deveriam ser destinados à saúde pública.

A existência de um sistema privado de saúde possui algumas peculiaridades, uma vez que é regido por uma legislação específica e regulado por uma agência do governo.

Até o ano de 2001 era proibida a presença de capital estrangeiro para a oferta de planos e seguros de saúde e até 2014 também era proibida a presença de capital estrangeiro na assistência à saúde. Com a modificação da legislação, essas barreiras à vinda do capital estrangeiro acabaram sendo suprimidas da lei.

A existência de um sistema privado de saúde já representa uma ameaça ao funcionamento do SUS, com a possibilidade de participação do capital estrangeiro. Constata-se que o avanço da concepção neoliberal da sociedade se impõe com maior robustez. Diante dessa perspectiva, a presente dissertação tem por objetivo expor e analisar a transformação do Estado brasileiro a partir do período de redemocratização e a partir da promulgação da Constituição de 1988, e do avanço da concepção neoliberal no Estado brasileiro, avaliando os impactos dessa transformação para a área da saúde no Brasil.

O objetivo da análise busca compreender quais os impactos na mudança de legislação que permitem o ingresso de capital estrangeiro na área da saúde,

considerando os trabalhos acadêmicos e o posicionamento das entidades que atuam no setor, bem como consideram os precedentes da abertura ao capital estrangeiro em outras áreas.

O primeiro capítulo da presente dissertação aborda a transformação do Estado brasileiro a partir do processo de redemocratização ocorrido nos anos 1980. Será feito com uma contextualização do período e a análise do processo de adoção do modelo neoliberal.

No segundo capítulo é analisado o processo de ingresso do capital estrangeiro na economia brasileira a partir da intensificação ocorrida nos anos 1950, avançando para a análise da presença desse capital após a Constituição de 1988 e na década de 1990 com a reconfiguração da contrarreforma do Estado. E, por fim, relaciona o processo de transformação do Estado com a área da saúde, apresentando o processo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua dinâmica de funcionamento. Além disso, destaca-se a aprovação da Lei 13.097 que permite, desde janeiro de 2015, a participação do capital estrangeiro na área de assistência à saúde.

O terceiro e último capítulo trata da exposição de análises críticas das principais associações que atuam na área da saúde sobre a abertura da área ao capital estrangeiro, bem como de trabalhos acadêmicos que foram dedicados à compreensão dos impactos do ingresso desse capital na saúde e em outras áreas de políticas públicas. Busca-se avaliar os impactos jurídicos, orçamentários e práticos dessa medida.

## **CAPÍTULO 1 – A TRANSIÇÃO DO ESTADO DESENVOLVIMENTISTA PARA O ESTADO NEOLIBERAL NO BRASIL**

O Brasil passou por inúmeras mudanças sociais e econômicas no século XX. As mudanças que diziam respeito a qual projeto seria desejável ou adequado para o Brasil ainda hoje tem impacto nas discussões, principalmente na discussão sobre qual é a função do Estado na economia. Após a crise de 1929, e com a ascensão do governo de Getúlio Vargas, o projeto que defendia um Estado presente na maior parte da sociedade venceu e foi implementado até a metade da década de 1980.

A partir do início da década de 1990, o Brasil, que até então tinha o Estado presente e atuante, decidiu, guiado pelos ditames de órgãos internacionais como FMI (Fundo Monetário Internacional), BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), adotar políticas de cunho neoliberal para o desenvolvimento social e econômico. Essas políticas neoliberais impactam diretamente em toda a sociedade, e a influência delas no âmbito da saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são fundamentais para a compreensão da dinâmica do SUS.

A criação do SUS na Constituição Federal de 1988, regulamenta um sistema de saúde baseado em um tripé de universalidade, integralidade e gratuidade. Esse modelo tem como inspiração sistemas de saúde universais construídos na Europa pós II Guerra Mundial, onde a classe trabalhadora, através de intensa luta, conquistou direitos universais por meio de inúmeras políticas públicas. Esse contexto de interesses divergentes entre o capital e a sociedade será o fio condutor da discussão sobre o SUS.

O presente capítulo trata de uma análise das políticas econômicas e sociais a partir da consolidação do processo de transição para a democracia, que ocorreu com a eleição de Fernando Collor de Melo como primeiro presidente eleito pelo voto direto, após mais de 21 anos de Ditadura Civil Militar no Brasil.

A ênfase do capítulo é para o processo de mudança nos rumos do Estado brasileiro. As políticas voltadas para o crescimento econômico, a diversificação da economia e a política industrial são deixadas de lado em busca pela

estabilidade da moeda e da redução da participação do Estado como agente que fomenta desenvolvimento econômico.

O processo de industrialização brasileiro foi intensificado a partir dos anos 1930 e tem no Estado um pilar fundamental. Com a criação de empresas nacionais como a Companhia Siderúrgica Nacional, a Petrobras, e outras, a economia brasileira ingressou na dinâmica de reprodução do capital de maneira mais complexa.

As características desse período de início do processo de industrialização dos países da periferia do capitalismo, como é o caso do Brasil, mesclam a participação da iniciativa privada e do capital internacional com o planejamento do Estado (SAWAYA, 2006, p.126-138).

A década de 1980 foi um período com intensas modificações na sociedade brasileira. A transição entre o período ditatorial para a democracia é consequência de um grande e profundo processo de transformações sociais e econômicas. O final do período da ditadura marcou uma imersão do Brasil em uma crise que acentuou os problemas da economia brasileira com altas taxas de inflação (MARQUES e REGO, 2013, p.150).

A crise chegou quando as possibilidades de financiamento internacional do desenvolvimento brasileiro se esgotaram ainda na década de 1970. O aumento da taxa de juros dos Estados Unidos significou o encarecimento do crédito.

A escolha de um modelo de crescimento baseado em altas taxas de lucro e uma política de achatamento dos salários resultou no crescimento da desigualdade social e na retomada de força dos movimentos sociais contrários ao governo militar, com o crescimento das greves e mobilizações ainda nos anos 1970. Esse processo resultou no fim do regime ditatorial na década seguinte. Sobre a crise brasileira do início dos anos 1980, Sawaya diz:

A situação de restrição externa pela qual o Brasil passa a partir do final dos anos 70 e ao longo dos anos 80 é resultado do agravamento da crise econômica internacional que resulta em diminuição dos investimentos no Brasil, bem como da disponibilidade de recursos no exterior para o financiamento do balanço de pagamentos. Grande parte do crescimento da dívida brasileira, a partir do fechamento do mercado externo de

recursos (1979-80), será resultado do crescimento das taxas de juros internacionais que incidem sobre ela (SAWAYA, 2006, p.62).

A crise econômica internacional iniciada nos anos 1970 pode ser interpretada por diversos modos. A teoria marxista, que é a sustentação teórica da presente dissertação, embasa sua interpretação para os processos de crise do capitalismo na perspectiva de que características intrínsecas do modo de reprodução do capital são responsáveis pelas crises, tendo como propulsora a *tendência declinante da taxa de lucro*<sup>1</sup> (MARX, 2011, p.281-304). Os reflexos das crises ocorridas no centro da economia capitalista alcançam dimensões e desdobramentos ainda maiores nas economias periféricas do modo de produção.

O processo de redemocratização com a eleição de um presidente civil após mais de 21 anos configurou uma mudança também nas perspectivas da economia. A busca pela retomada do crescimento econômico do período entre o final dos anos 1960 e o início dos anos 1970, conhecido como “Milagre Econômico”, dá lugar ao controle da inflação e, a partir das mobilizações dos movimentos sociais, à nova busca pelo reestabelecimento dos direitos retirados durante a Ditadura Militar, bem como a conquista de novos direitos. Sobre esse período, Rosa Marques e José Rego (2013) afirmam que:

Quando, no início de 1985, se completou a transição democrática, o Brasil estava imerso em uma crise econômica de grandes proporções, mas não se tinha clara a ideia de sua gravidade. Sabia-se de sua existência desde o início da década, mas o diagnóstico de causas era impreciso e parcial. Só se percebia o aspecto mais aparente: a crise da dívida externa. Mesmo ele foi considerado por muitos como superada quando o Brasil, a partir de 1983, ajustou seu balanço de pagamentos e começou a apresentar substanciais superávits comerciais. (MARQUES; REGO, 2013, p. 151)

Do ponto de vista de política econômica, durante o final da Ditadura civil-militar, com as dificuldades para adquirir créditos e refinarciar as dívidas, a

---

<sup>1</sup> A tendência declinante da taxa de lucro levou grande parte das empresas nos últimos 40 anos a procurarem outras formas de valorização. Tais formas são consideradas contra tendências à lei, e elas em alguns casos são capazes de “empurrar para a frente” à crise do capitalismo. Na história recente, alguns exemplos dessas contra tendências da lei são: a fuga das empresas americanas para a Ásia, a entrada da China na economia mundial, por meio da OMC em 2001, e a expansão do capital financeiro ao redor do globo. (CHESNAIS, 2005, p. 27).

opção do governo militar foi a realização de um ajuste com cortes de investimentos com o objetivo de reduzir o déficit público, até que o governo se viu obrigado a recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e aprofundar ainda mais as medidas de cortes de investimentos e gastos (Idem, idem, p.139).

Após a eleição indireta de Tancredo Neves e com a posse de José Sarney<sup>2</sup>, a crise na economia brasileira se aprofundou. Sarney respondeu à crise com o Plano Cruzado baseado nos chamados “choques heterodoxos”<sup>3</sup> que tinham como ponto central o congelamento de preços para conter a elevada inflação.

A implementação e o fracasso do Plano Cruzado (Idem, idem. p. 166-172) e dos planos subsequentes<sup>4</sup> na contenção da inflação, fizeram a instabilidade social crescer. Nesse período de transição com intensas mobilizações sociais, a sociedade brasileira busca se reestruturar através de uma nova Constituição, com a formação de uma assembleia constituinte.

A constituinte convocada em 1988 refletiu o momento histórico vivido pelo Brasil, com enormes abismos sociais. A Constituição aprovada em 5 de outubro de 1988 significou a manutenção do *status quo* consolidado a partir de mais de 400 anos de sociedade pautada pela exploração de muitos indivíduos em detrimento do lucro de poucos.

Apesar de não possuir interesses em sustentar um arcabouço de direitos, a classe dominante brasileira como um todo se encontrava em crise após mais de vinte e um anos de ditadura, levando o Brasil para uma situação delicada do ponto de vista econômico, no início da década de 1980. A possibilidade de ofertar

---

<sup>2</sup> José Sarney foi eleito vice-presidente na chapa de Tancredo Neves, mas que tomou posse como presidente com a morte de Tancredo.

<sup>3</sup> A proposta de um “choque heterodoxo” foi desenvolvida antes do governo José Sarney: “Em agosto de 1984, publicou-se um boletim do Conselho Regional de Economia um pequeno artigo de Francisco Lopes com uma proposta firme e corajosa de congelamento, denominada ‘choque heterodoxo’”. O artigo chamou a atenção e o nome ‘pagou’, passando a ser usado universalmente, embora muitas vezes de forma equivocada por economistas ortodoxos. Os economistas ortodoxos adotaram a estratégia retórica de identificar heterodoxia com populismo econômico. Não há dúvida de que principalmente os dois primeiros choques heterodoxos latino-americanos – o Plano Austral, na Argentina e o Plano Cruzado, no Brasil – fracassaram, em grande parte, porque foram vítimas de políticas populistas. O essencial na ideia de plano heterodoxo era chamar a atenção para o fato de que as estratégias convencionais ou ortodoxas para combater a inércia inflacionária eram ineficientes, que a situação exigia uma solução inovadora, que neutralizasse a inércia. (MARQUES; REGO, 2013, p. 157-158).

<sup>4</sup> Pode-se citar os planos Bresser e Verão (MARQUES;REGO, 2013, p172-174).

serviços públicos e amenizar as desigualdades criou a máxima “*dar os anéis para preservar os dedos*”, em que a elite teve de ceder, em certa medida, às reivindicações da classe trabalhadora, para manter o *status quo* (IASI, 2017).

A Constituição Federal de 1988 não previa a revisão de privilégios, no entanto, foi a partir dela que se estabeleceram direitos fundamentais como, por exemplo, a capacidade do Estado de oferecer saúde pública de maneira universal, além de criar um amplo e lastreado sistema de seguridade social.

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada a materialização institucional das intensas mobilizações sociais pelo fim da ditadura em conjunto das demandas e necessidades sociais mais básicas como a possibilidade de não morrer de fome, de acesso à saúde, educação e saneamento básico. Conforme afirmou Rocha:

A intensificação da participação social, entendida aqui como a participação da sociedade em espaços públicos de interlocução com o Estado, reflete a configuração de um tecido social que foi se tornando mais denso e diversificado desde meados dos anos 70, período de surgimento dos novos movimentos sociais. A Constituição Federal de 1988, por sua vez, coroou esse processo atribuindo relevância à participação da sociedade na vida do Estado, ao instituir vários dispositivos nas esferas públicas de âmbitos federal e local. (ROCHA, 2008, p. 131)

A promulgação da Constituição em 1988 significou também o início de um embate entre divergentes concepções de Estado. Isto fica evidenciado com a vitória, em 1989, de Fernando Collor de Melo na disputa com Luiz Inácio Lula da Silva, o que representou uma mudança substancial na forma como o Estado brasileiro iria realizar as políticas públicas.

Essa mudança no Brasil ocorreu em um importante momento histórico para o mundo, com a queda do muro de Berlim e a desestruturação da União Soviética, o que acabou por dar fôlego ao bloco de países representados pelos Estados Unidos, que buscavam impor ao mundo todo as formas de pensamento neoliberais que se consolidaram durante o Governo Ronald Reagan. (1981-1989)

Collor adotou o discurso de que combateria privilégios e iria modernizar o Estado brasileiro. Implementou uma série de medidas para abrir a economia

brasileira ao capital estrangeiro e reduzir o papel da participação do Estado na economia. Exemplos dessas medidas podem ser observadas com o Programa Nacional de Desestatização e a desnacionalização de diversos segmentos da economia.

No âmbito dos direitos respaldados pela Constituição de 1988, o governo Collor deveria dar início à implementação daquilo que estava previsto na *carta magna*. Na área da saúde houve a criação e regulamentação do SUS, pela Lei Orgânica n. 8.080/1990. A proposta do SUS consistia na criação de um sistema de saúde universal que abrangesse desde a atenção básica até tratamentos complexos. Tendo o Estado como principal fonte de recursos e de estrutura para o sistema. O que ocorreu, porém, foi uma política pública muito mais voltada ao boicote das principais políticas sociais presentes na Constituição, atendendo mais aos interesses da valorização do capital do que dos direitos sociais do conjunto da população brasileira. (PAIM, 2011)

A proposta do SUS ia de encontro ao viés do governo Fernando Collor, que desejava reduzir o papel do Estado na sociedade, ou melhor colocá-lo muito mais em direção aos interesses do capital. Nesse sentido, pode-se observar que, em diversas áreas onde a Constituição previa uma ampliação de serviços públicos, passa a ser contraditória a necessidade de se oferecer serviços a partir do Estado e a tentativa de transferir a reponsabilidade para o setor privado. Nessa perspectiva, Behring expõe a “contrarreforma” neoliberal após a promulgação da Constituição de 1988:

O que se observa a partir da década de 1990 são as modificações do Estado implementadas pelos governos que se respaldam no neoliberalismo serão um grande entrave para a implementação das políticas sociais previstas na Constituição de 1988. Os anos 1990 até os dias de hoje tem sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência. (BEHRING, 2011, p. 147)

A partir de 1990, o Estado brasileiro deu início à implementação do que está na Constituição Federal de 1988. Nela há algumas lacunas antagônicas a serem preenchidas. Assim, em diversos casos existe a necessidade do governo de optar por beneficiar setores da classe dominante ou os setores dominados.

Exemplo disso são questões como a reforma agrária ou a regulamentação de um imposto para grandes fortunas<sup>5</sup>, previstas na Constituição, mas que carecem de regulamentação ou empenho do governo para que se materializem.

### 1.1 A ADOÇÃO DO MODELO NEOLIBERAL NO BRASIL

Uma diferença entre a possibilidade de Estado liberal e a concepção de Estado neoliberal, é a distância entre as necessidades e demandas do povo e as necessidades e demandas do bom funcionamento da economia. Outro aspecto que se supera no desenvolvimento do neoliberalismo é sobre a intervenção ou não do Estado na economia. O presente trabalho corrobora a concepção de Décio Saes:

Uma análise política que leve em considerações tais ponderações não reservará o qualificativo “neoliberal” tão somente às políticas estatais que se conformarem integralmente com os princípios econômicos defendidos por autores como F. Hayek ou Milton Friedman. Será considerado neoliberal toda ação estatal que contribua para o desmonte das políticas de incentivo à independência econômica nacional, de promoção do bem-estar social (*Welfare State*), de instauração do pleno emprego (keynesianismo) e de mediação de conflitos socioeconômicos (SAES, 2001, p. 81)

Pode-se dizer que a partir de 1990 e durante toda a década, o Brasil imergiu nas políticas neoliberais. Fernando Collor não terminou seu mandato após se envolver em esquemas de corrupção e após os fracassados planos econômicos para tentar conter a inflação. Após o processo de *impeachment*, Fernando Collor foi substituído por seu vice Itamar Franco.

O governo Itamar Franco deu continuidade ao processo de desestatização e desnacionalização iniciado pelo seu antecessor, e com a implementação do plano Real conseguiu controlar a inflação.

O plano Real foi estabelecido em três fases:

Fase 1: Programa de Ação Imediata (PAI) que teve como principal objetivo organizar as contas públicas, com cortes no orçamento e o controle rígido da União sobre os bancos estaduais, além do aperfeiçoamento do programa de privatizações. Durante o PAI foi criado também um tributo que perdurou até

---

<sup>5</sup> Artigo 153, inciso VII da Constituição Federal, o Imposto sobre grandes fortunas ainda não foi regulamentado.

2007: a Contribuição sobre Movimentações Financeiras (CPMF). O objetivo era de complementar o orçamento da saúde pública, defasado pelas políticas fiscais de cortes no orçamento (MARQUES; REGO, 2013, p. 204-205).

Fase 2: A criação da Unidade Real de Valor (URV): uma transição entre o Cruzeiro Real e o Real. Com a conversão de boa parte dos valores da economia em URV (Idem, idem, p. 207-209).

Fase 3: A implementação da nova moeda – o Real: a partir do dia 1 de julho de 1994 o Real passou a circular como moeda corrente na economia, com mecanismos financeiros sofisticados para evitar maiores desequilíbrios. O Real tem como destaque o instrumento da ancora cambial, que praticamente obrigava ao Banco Central e o Conselho Monetário Nacional manter o câmbio com uma paridade de R\$1,00=US\$1,00 (idem, idem, p. 209-210),

A adoção de uma política de câmbio controlado por bandas cambiais, que supervalorizaram a nova moeda em relação ao dólar, pode ser considerado um problema que afastaria qualquer possibilidade de desenvolvimento da indústria nacional a partir de então.

Os efeitos do câmbio valorizado em um contexto de abertura comercial com forte redução das alíquotas de importação e a diminuição relativa das exportações. Há também um forte aumento dos déficits na balança de serviços, com o aumento no pagamento dos juros da dívida externa, aumento da remessa de lucros, aumento dos déficits em transações correntes, que a contabilidade nacional identifica como poupança externa. (idem, idem, p. 212)

O plano real significou a criação de uma atmosfera na qual a inflação seria encarada como um monstro que havia sido aprisionado, mas que estava prestes a fugir do cárcere no menor sinal de fraqueza daqueles que deveriam vigiá-lo. O espectro da inflação fez o país mergulhar em um conceito de “Estado de Emergência Econômico”<sup>6</sup>, no qual os investimentos em saúde e outras áreas seriam colocados em segundo plano em prol da manutenção da chamada “estabilidade econômica”. (PAULANI, 2010)

A implementação do plano Real representou a manutenção de uma política econômica nociva para a indústria brasileira, bem como contribuiu para

---

<sup>6</sup> Termo Usado por Leda Paulani (2010).

o aumento da vulnerabilidade externa e a possibilidade de controle das questões fiscais foi comprometida pelo crescimento do endividamento público durante todo o governo FHC. (MARQUES; REGO, 2013, p.200)

A partir do Plano Real, a prioridade na manutenção de superávits primários no orçamento do governo levou-o a criar, em 1994, um mecanismo com o nome inicial de “Fundo Social de Emergência” que atualmente se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU).

Com a DRU, estabeleceu-se a retirada de 20% do total das receitas da seguridade social (previdência, saúde e assistência social)<sup>7</sup>, para que fossem ampliados os recursos para manutenção do superávit primário – um dos pilares da política macroeconômica restritiva. Ou seja, a DRU consiste em uma manobra orçamentária que desvia uma porcentagem do orçamento da seguridade social previsto e aprovado para o pagamento dos juros da dívida pública. Não há como mencionar o desmonte do Estado sem relacionar a particularidade do tratamento à questão orçamentária. (MENDES 2012, p. 120)

A DRU persistiu durante todos os governos subsequentes à sua implantação. Este mecanismo não foi o único que em consequência do Plano Real resultou na reconfiguração do Estado que caminha para o aprofundamento do processo de financeirização<sup>8</sup>, priorizando o pagamento da dívida pública e buscando manter a inflação em níveis menores.

Outro mecanismo importante para a compreensão da atual dinâmica da economia capitalista é o chamado “tripé macroeconômico”, criado no final da década de 1990. Tal tripé consistia em três normas que o governo deveria seguir:

1. A adoção de uma meta fiscal, que consistia na obrigação de o governo economizar parte do orçamento primário (excetuando-se as contas financeiras), para o pagamento dos juros da dívida pública – o que se convencionou denominar de superávit primário. O valor economizado deveria ter como parâmetro uma porcentagem do orçamento anunciada

---

<sup>7</sup> Até o ano de 2015, a DRU tinha a capacidade de desviar 20%. Esse percentual foi aumentado para 30% com a edição da Emenda Constitucional, n. 93, que a prorroga até 2023.

<sup>8</sup> O termo financeirização será tratado nas seções seguintes, adianta-se que se trata de uma percepção da fase atual do capitalismo em que o capital financeiro se torna fundamental para a manutenção do sistema de produção capitalista, cunhado por Karl Marx em *O Capital*, livro III.

previamente pelo governo, e permanecer constante ao longo dos anos. A partir dessa meta fiscal o governo estaria comprometido com a responsabilidade fiscal. (MENDES, 2016)

2. A adoção de uma meta de inflação, a partir de uma porcentagem, demonstra que o governo direcionou a sua política econômica para a manutenção da inflação naquele patamar. A partir da meta de inflação, as políticas monetárias e fiscais deveriam se voltar para a manutenção da inflação na meta que possui uma margem mínima e máxima de tolerância (LACERDA, 2004). A principal maneira que os governos que sucederam a adoção do tripé macroeconômico encontraram para alcançar esse objetivo, ainda que com sucesso questionável<sup>9</sup> foi por meio da política de manutenção de elevadas taxas de juros. A consequência imediata desse processo é o encarecimento do acesso ao crédito que por sua vez possibilita aos capitalistas a manutenção de seus ganhos de capital, movimentando-se exclusivamente na esfera financeira. (MARQUES; REGO, 2013, p. 220-221)
3. A adoção de uma política cambial flutuante, com o câmbio sendo regulado pela relação entre oferta e procura de mercado. Essa política de câmbio flutuante foi adotada logo após a reeleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência da república e resultou na quebra de alguns bancos nacionais. A desvalorização do câmbio, pode ser vista como um auxílio à economia nacional, auxiliando na balança comercial. Após alguns anos de câmbio flutuante a economia brasileira viu novamente o real se valorizar frente ao dólar, fruto do mercado especulativo que viu no Brasil e nas elevadas taxas de juros um potencial de fazer o capital se reproduzir com poucos riscos e muito retorno. (idem, idem, p. 218-219)

A DRU e o Tripé macroeconômico, alinhados à política de privatizações, foram as formas como o Brasil passou a alterar sua estrutura do ponto de vista das políticas econômicas, que já não tinham por objetivo dar dinamismo à economia brasileira para que ela pudesse se desenvolver. Em síntese, a busca,

---

<sup>9</sup> A política de controle da inflação varia de acordo com o diagnóstico da origem da inflação, e é preciso considerar a proporcionalidade das consequências de tais políticas, como por exemplo a manutenção de elevadas taxas de juros que colocam o Brasil como um dos países com os juros reais mais altos do mundo, é um esforço razoável e eficiente para a manutenção do controle da inflação.

a partir de então, é pela estabilidade econômica, como se, por meio dela, naturalmente, a economia brasileira fosse alcançar um estado aceitável de desenvolvimento.

A partir da política neoliberal, o equilíbrio orçamentário irá exigir a centralidade dos cortes de gastos, investimentos e o controle da dívida pública, mesmo que isso signifique a defasagem na oferta de serviços públicos. Carchedi e Roberts apontam que para o “*mainstream*” econômico. A solução da crise será sempre em detrimento das conquistas dos trabalhadores para amenizar a redução na taxa de lucro dos capitalistas:

Eles pedem reduções nos déficits orçamentários e nos níveis de dívida pública, obviamente reduzindo os salários. Eles se opõem à “*quantitative easing*” e, em vez disso, propõem-se a subir as taxas de juros na primeira oportunidade. O objetivo dessas políticas é claro: restabelecer a rentabilidade por meio de uma transformação de valor do trabalho para o capital, evitando ao mesmo tempo medidas políticas que interferem no funcionamento do mercado. (CARCHEDI & ROBERTS, 2013, p. 101, tradução nossa)<sup>10</sup>

Para Carchedi e Roberts (2013), portanto, medidas como a redução do nível salarial e cortes no orçamento público para equilíbrio fiscal significam uma redistribuição do excedente favorecendo o capital.

## 1.2 A DESNACIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA BRASILEIRA

O processo de abertura da economia iniciado nos anos 1990 é peculiar por somar uma série de características, o que não exclui a possibilidade de encontrar características nesse período que já existiam antes. Trata-se do caso da desnacionalização da economia brasileira.

Durante o Governo Juscelino Kubistchek (1956-1961), a modernização desenvolvimentista abriu mão do nacionalismo observado nos governos anteriores, com destaque para o governo de Getúlio Vargas (1930-1945 e 1951-1954). A entrada de indústrias estrangeiras que instalaram parques industriais

---

<sup>10</sup> Original: *They urge reductions in budget deficits and levels of public debt, obviously by cutting wages. They oppose “quantitative easing” and instead propose to hike interest rates at the first opportunity. The purpose of these policies is clear: to restore profitability through a shift of value from labor to capital, while at the same time avoiding policy measures that interfere with the working of the market.*

no país, com destaque para a indústria automobilística, pode ser considerada um grande exemplo de desnacionalização da economia.

As indústrias estrangeiras instaladas no país possuíam vantagens competitivas se comparadas às empresas nacionais, como tecnologia mais elevada e a possibilidade de acesso a financiamento nos seus países de origem, significando o sepultamento de parte dos segmentos da indústria nacional. O principal motivo para essa abertura era a busca pela industrialização pelo governo J.K., mesmo com a instalação de capital internacional.

A desnacionalização da economia brasileira irá se aprofundar nos anos 1990. Esse processo de desnacionalização estava atrelado agora, não mais à necessidade de industrialização da economia brasileira, pois se estenderia pelos mais diversos setores, como por exemplo, o sistema bancário. A base teórica para esse processo é o pressuposto de que o livre mercado é capaz de suprir as necessidades de uma sociedade da maneira mais eficiente, e a partir daí é possível sanar os problemas encontrados na economia. (FRANCO, 1999)

A chegada de empresas multinacionais na economia brasileira teve como consequência um processo de concentração e centralização de diversos setores. Isto fez com que se aprofundasse a formação de oligopólios na economia brasileira na década de 1990.

A consequência desse processo de desnacionalização não foi alcançar o objetivo de dinamizar a economia e reduzir os preços e os custos, mas o de manter as elevadas taxas de lucros e com salários pequenos. Isso resultou no diferencial para o capital estrangeiro usufruir das benesses da estrutura brasileira para as elevadas taxas de lucros.

O capital internacional atuou de maneira direta no processo de reprodução de capital no Brasil. Na realidade, esse processo apresentado até aqui não foi realizado de maneira divergente do capital nacional, mas sim associado. Apenas os setores diretamente afetados pela desnacionalização demonstraram alguma insatisfação com o processo. Por outro lado, mesmo os segmentos afetados se adaptaram à nova realidade, buscando manter as elevadas taxas de lucro em outros mercados, como a especulação financeira. (SAWAYA, 2005)

O setor bancário também foi afetado pelo processo de desnacionalização da economia, com a possibilidade de ingresso de capital estrangeiro:

A abertura bancária verificada no Brasil aconteceu com defasagem de mais de meia década em relação à abertura financeira e comercial e só tomou corpo na segunda metade dos anos 1990. De um nível de 9,6% em 1988, a participação estrangeira nos ativos totais do sistema havia recuado de 9,6% em 1988 para 7,2% em 1994, mas em 2000 já alcançava 33,1%. A expansão da participação de bancos sob controle estrangeiro no setor é um fenômeno recente e decorre do ingresso de novos capitais no sistema: em 2000, dos 71 bancos privados com controle estrangeiro, 29 iniciaram atividades antes de 1988, enquanto os outros 42 tinham menos de 11 anos de atividade no Brasil. (CARVALHO; VIDOTTO, 2007, p. 398)

Outros setores, como a indústria automobilística, já eram dominados pelo capital estrangeiro desde muito antes do projeto de desnacionalização. O que se verifica é que após a década de 2000 poucos setores continuaram com algum tipo de barreira à entrada de capital estrangeiro. Um deles é a saúde, que até o ano de 2015 havia restrições legais na administração direta de instituições de saúde por capital estrangeiro. Isso não significa que as empresas não se utilizam de mecanismo e brechas na lei para superar essas barreiras.

### **1.3. O PROCESSO DE FINANCEIRIZAÇÃO DA ECONOMIA BRASILEIRA**

A desnacionalização da economia é consequência de um período e de um processo histórico característico do modo de produção capitalista nas economias periféricas. A força motriz desse processo vem das economias centrais do modo de produção capitalista, que sob o discurso da necessidade de expansão do comércio irão pressionar os países a derrubarem suas barreiras à entrada de suas empresas. (MARQUES; REGO, 2013)

Além desse processo de instalação de parques fabris e da vinda de estruturas físicas para os países, há uma intensificação da busca por quebrar as barreiras da livre mobilidade de capitais em um modelo que se intensifica a partir dos anos 1970/1980 nos Estados Unidos e na Inglaterra.

O capital financeiro irá se libertar das amarras impostas no final da segunda guerra mundial, expandindo-se e sobrevalorizando-se em escalas exponenciais. Os países periféricos da economia mundial, com destaque para a América Latina, passaram a integrar a lógica da financeirização como

dependentes de financiamento externo para refinar suas dívidas. (MARQUES, 2009 p.06 – 18) (SAWAYA, 2005, p. 111- 147). Além desse processo, a busca pela desregulamentação da economia será uma constante. (CHESNAIS, 2005). Nas economias periféricas, como é o caso do Brasil, esse processo será observado com ênfase a partir da década de 1990.

A dinâmica de reprodução do capital se intensifica nos anos 1990 com o avanço de uma série de pautas que se sintetizam no chamado *Consenso de Washington*<sup>11</sup>. Por meio desse *Consenso*, assiste-se à expansão do processo de privatização de empresas públicas, do fim do subsídio estatal a setores considerados chaves para o desenvolvimento da economia e aprofundamento da política de enfraquecimento do Estado frente ao mercado.

Da implementação do Plano Real em 1994 até 1999, o Brasil passou por um período de supervalorização de sua moeda, com a busca de auxílio para o pagamento de sua dívida junto ao FMI. Nesse quadro, o país estava diante da necessidade de aceitar as imposições do Fundo para o acesso ao crédito internacional.

Após o fim do mecanismo da âncora cambial e da desvalorização do Real, o país sofreu alguns ataques especulativos. Além disso, a implementação do plano Real e seus desdobramentos representaram a perda de boa parte da indústria nacional, bem como déficits consideráveis no Balanço de Pagamentos, com um crescimento das importações e uma perda relativa de participação das exportações. O resultado disso foi a migração de parcelas dos setores produtivos brasileiros para o mercado financeiro. (MARQUES; REGO, 2013)

O aparente esgotamento do modelo neoliberal na economia brasileira deu sinais com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva para a presidência da república

---

<sup>11</sup> “Segundo Williamson (1990, p. 8-17), o “consenso de Washington” é constituído de 10 reformas: a) disciplina fiscal visando eliminar o déficit público; b) mudança das prioridades em relação às despesas públicas, eliminando subsídios e aumentando gastos com saúde e educação; c) reforma tributária, aumentando os impostos se isto for inevitável, mas “a base tributária deveria ser ampla e as taxas marginais deveriam ser moderadas”; d) as taxas de juros deveriam ser determinadas pelo mercado e positivas; e) a taxa de câmbio deveria ser também determinada pelo mercado, garantindo-se ao mesmo tempo em que fosse competitiva; f) o comércio deveria ser liberalizado e orientado para o exterior (não se atribui prioridade à liberalização dos fluxos de capitais); g) os investimentos diretos não deveriam sofrer restrições; h) as empresas públicas deveriam ser privatizadas; i) as atividades econômicas deveriam ser desreguladas; j) o direito de propriedade deve ser tornado mais seguro.” (BRESSER-PEREIRA, 1991, p.6)

em 2002. Lula foi eleito sob uma pauta crítica ao modelo neoliberal aplicado até então pelos presidentes na década de 1990. O Partido dos Trabalhadores (PT), naquele momento, era crítico das políticas neoliberais.

Quando se mostrou favorito a vencer a eleição, ainda durante a fase da campanha, Lula buscou sinalizar ao mercado que, apesar do discurso ser contrário à política econômica então em vigor, era importante manter o seu conteúdo a fim de tranquilizar o mercado. Esse compromisso se materializou na carta ao povo brasileiro destinada ao mercado. Lula buscou esclarecer que ele não seria uma ameaça ou um entrave para a manutenção das políticas neoliberais implementadas até o momento. As intenções do então candidato ficam explícitas no trecho:

Premissa dessa transição será naturalmente o respeito aos contratos e obrigações do país. As recentes turbulências do mercado financeiro devem ser compreendidas nesse contexto de fragilidade do atual modelo e de clamor popular pela sua superação.

À parte manobras puramente especulativas, que sem dúvida existem, o que há é uma forte preocupação do mercado financeiro com o mau desempenho da economia e com sua fragilidade atual, gerando temores relativos à capacidade de o país administrar sua dívida interna e externa. É o enorme endividamento público acumulado no governo Fernando Henrique Cardoso que preocupa os investidores.

Trata-se de uma crise de confiança na situação econômica do país, cuja responsabilidade primeira é do atual governo. Por mais que o governo insista, o nervosismo dos mercados e a especulação dos últimos dias não nascem das eleições. (Carta do Povo Brasileiro, 2002, p. 1)

A política de transição entre o Governo Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva caminhou no sentido de manutenção do *status quo*. As mudanças que ficaram em evidência com a troca de governo ocorreram principalmente no âmbito das políticas públicas de combate à fome<sup>12</sup> e de expansão do acesso ao sistema de ensino. Por outro lado, os ganhos da elite brasileira foram constantes ao lado dos recorrentes saldos positivos na balança comercial impulsionados pelo elevado preço das *commodities*. Pode-se afirmar que o primeiro e o segundo mandato, principalmente entre 2003 e 2008, foi de um acentuado crescimento. (LASTRES & CASSIOLATO, 2016)

---

<sup>12</sup> Com projetos como o Fome Zero e o Bolsa família.

A fórmula adotada pelo governo Lula acabou não surtindo efeitos mais significativos sobre a desigualdade social, isto é, mesmo reduzindo a pobreza, as elites também expandiram consideravelmente a sua renda. Esse processo foi interrompido com os fatos ocorridos em 2008, quando os Estados Unidos se viram diante de problemas com o mercado de *derivativos*, significando a eclosão de uma crise de dimensões mundiais.

A crise financeira de 2008 trouxe novamente à tona o neoliberalismo como pré-condição para a estabilidade econômica. A pressão dos órgãos internacionais para que os países realizassem “ajustes na economia” se alastrou até por países da periferia da zona do Euro, como a Grécia. Esse país se viu diante de uma grave crise e de diversos ataques ao sistema de seguridade social do país, além de privatizar diversas empresas públicas e cortar investimentos nas mais diversas áreas. (VAROUFAKIS, 2016)

O Brasil passou pelos primeiros princípios da crise de maneira menos impactante que os europeus e os Estados Unidos, porém a desaceleração da economia chinesa fez com que a economia brasileira também reduzisse seu ritmo.

A partir do desafio de manter a estabilidade e o crescimento econômico que garantiu o acesso ao consumo da população de menor renda, o Governo Lula apostou em duas frentes: a primeira visava fomentar a manutenção do consumo diante da crise com uma política de expansão do crédito, com destaque para a chamada “linha branca”<sup>13</sup> e a segunda visava dar folego à indústria para continuar produzindo, com as chamadas desonerações fiscais para a produção de mercadorias. (LASTRES& CASSIOLATO, 2016)

A política de desonerações fiscais e a redução de impostos teve início no governo Lula, com a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) da chamada “linha branca”, que constituiu a segunda frente para atenuar os efeitos da crise. As desonerações fiscais vieram com maior intensidade durante o primeiro governo Dilma Rousseff, atrelada à outra frente em que o governo buscava manter o nível de consumo acelerado e que consistiu em baixar os juros

---

<sup>13</sup> São considerados produtos da “linha branca” eletrodomésticos como geladeira, forno micro-ondas, fogão e produtos similares.

reais da economia via redução das taxas de juros dos bancos públicos, que foi acompanhada pelos bancos privados no primeiro momento, e voltou a se expandir com a desaceleração da economia e a contração do crédito. (SINGER, 2015)

O fracasso da política econômica implementada para amenizar os problemas da crise foi potencializado pela crise política instaurada após a eclosão das manifestações contrárias ao aumento das passagens de ônibus nas maiores cidades do Brasil, em junho de 2013. (SAMPAIO, 2017, p. 170 – 180)

De um lado o incentivo ao consumo surtiu um efeito instantâneo, mas insustentável no longo prazo, já que o acesso ao consumo via crédito com elevadas taxas de juros impediu um desempenho melhor. Por outro lado, os capitalistas deixaram de investir na economia real para aplicar no rentável mercado financeiro com o excedente das desonerações.

Com o passar do tempo, configurou-se uma bomba relógio para o governo, uma vez que a crise significou uma redução das exportações. Somado a isso, ocorreu uma redução da arrecadação do governo, fruto da desaceleração da economia e, essa queda de arrecadação, foi potencializada pela política de desonerações. (SINGER, 2015)

Dilma Rousseff, reeleita em 2014, reagiu cedendo às pressões do mercado financeiro, nomeando Joaquim Levy para o Ministério da Fazenda e anunciando uma série de cortes de investimentos, além de diversas reformas.

A crise política potencializou a crise econômica. Com o auxílio dos setores reacionários da sociedade, como o sistema financeiro e os grandes veículos de imprensa, foi disseminado um processo de pressão pela saída da presidente, além da articulação de parte do congresso nacional com o então vice-presidente da República Michel Temer. (Idem, Idem)

Diante da crise instaurada no governo, Dilma Rousseff cedeu à pressão do capital com cortes de investimentos. Como exemplo, na saúde, o corte foi de R\$6 bilhões em março de 2016. Além disso, durante o início do segundo mandato de Dilma Rousseff, ocorreu uma modificação na Constituição brasileira no âmbito desse setor. Permite-se a presença direta de capital internacional no

âmbito do setor saúde, com a promulgação da Lei Federal 13.097, em 2015, quebrando uma barreira de um dos últimos setores que possuía fortes restrições.

A possibilidade de participação do capital estrangeiro na área da saúde abre caminho para o ingresso de empresas multinacionais e fundos de investimentos no setor. Por outro lado, o SUS vinha sofrendo dificuldades com o seu financiamento, por meio dos constantes desvios institucionais de verbas como a DRU e com cortes recorrentes no seu orçamento.

O segundo mandato da presidente Dilma Rousseff, portanto, marca um divisor nas políticas sociais, pois configura a retomada do processo de políticas neoliberais profundas.

## **CAPÍTULO 2 CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL E NA SAÚDE**

A perspectiva apresentada no primeiro capítulo ilustra como a transição do período da Ditadura Militar para a democracia resultou em um processo de alteração da política econômica, alterando a visão dos governantes sobre o papel do Estado na economia. Essa alteração não significa que todo o conjunto de políticas econômicas se alterou. O que se observa é que enquanto alguns processos foram alterados outros foram continuados e intensificados.

O presente capítulo tem por objetivo expor como o processo de ingresso do capital estrangeiro na economia brasileira ocorreu de maneira geral e especificamente na área da saúde. Salienta-se que no item 1.2 abordou-se a questão da desnacionalização da economia brasileira e, portanto, de maneira geral, já se referiu à questão do ingresso de capital estrangeiro na economia brasileira de maneira superficial. O que se pretende neste capítulo é aprofundar a discussão sobre essa questão a partir de uma perspectiva histórica, iniciando com o governo Juscelino Kubistcheck até o momento atual.

### **2.1 CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL – DO GOVERNO JUSCELINO KUBISTCHEK ATÉ 1988**

O século XX pode ser entendido como um período de intensas modificações da economia e da sociedade brasileira, desde a transição da produção cafeeira para um processo de industrialização que se intensificou nos anos 1930, até a formação de grandes metrópoles que evidenciaram ainda mais a extrema desigualdade social presente na sociedade brasileira.

Até a década de 1950, a presença de capital estrangeiro na economia brasileira tinha por característica ser baseada no financiamento de grandes obras, como a construção de ferrovias, ou a distribuição de energia elétrica em grandes cidades. Até esse período, o Estado brasileiro buscava criar meios de fomento e incentivo ao desenvolvimento da economia nacional e via no capital estrangeiro apenas um meio de financiamento ou de estruturação inicial do desenvolvimento brasileiro. Sobre essa busca intensa pelo desenvolvimento, Otavio Ianni diz:

O poder público passara a atuar no sistema econômico do país lançando mão de todos os recursos disponíveis. Essa atuação destinou-se a acelerar o desenvolvimento econômico, particularmente a industrialização, e a impulsionar o setor privado nacional e estrangeiro. (Ianni, 1971, p.142).

A partir do suicídio do então presidente Getúlio Vargas em 1954, há um processo conturbado para as eleições de seu sucessor, com a posse do presidente eleito Juscelino Kubistchek. O governo JK marcou o processo de modernização do Brasil iniciado por Getúlio Vargas ainda na década de 1930.

JK deixou um conjunto de obras e uma alteração importante na estrutura do país, alterando a capital do Brasil do Rio de Janeiro para uma cidade planejada e construída durante seu mandato: Brasília. Além disso, o governo JK foi responsável por uma alteração substancial na forma como a indústria brasileira se organizava. Alterando os preceitos do desenvolvimento industrial brasileiro:

Note que o ideário não deixa de ser desenvolvimentista, mas deixa de ser nacionalista e preocupado em cristalizar os centros internos de decisão. Também, a transformação abrupta da matriz industrial brasileira, a forte presença do capital estrangeiro nos setores dinâmicos do processo de industrialização e a ruptura com a estratégia nacional de desenvolvimento encabeçada pelo governo Vargas, tanto trariam efeitos imediatos quanto exerceriam impactos na dinâmica de longo prazo da economia. A política econômica nacional teria que lidar agora com um novo arranjo de forças, já que os setores dinâmicos do processo de industrialização, internalizados, estavam de posse do capital internacional. (AREND, 2009, p.134)

Portanto, pode-se dizer que o capital internacional ganha destaque no âmbito da política industrial. Outro aspecto que pode ser considerado como determinante para o legado deixado por JK, com destaque para a participação estatal, foi o chamado “plano de metas”, que eram respaldados pela criação de fundos como o Fundo Ferroviário Nacional, o Fundo Aeronáutico e Portuário, entre outros. Uma instituição importante para a captação de recursos além desses fundos foi o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE).

O Plano de Metas possuía cinco eixos sendo energia, que demandava as cinco primeiras metas: transportes, que estava detalhado nas seis metas subsequentes; alimentação, que vai da meta treze à meta dezoito; a indústria de base, que vai da meta dezenove à vinte e nove; a educação, com a meta número

trinta e, além dessas metas, há a construção de Brasília como meta adicional. (REGO; MARQUES, 2013, p. 82-85)

Além da vinda de capital estrangeiro para atuar diretamente na produção industrial brasileira. O financiamento das grandes obras, como a construção de Brasília, ocorreu com investimentos provenientes de empréstimos e financiamentos de capital estrangeiro. JK, portanto, impôs um viés de industrialização no qual o Estado seria associado ao capital estrangeiro e nacional. Pode-se afirmar que o desenvolvimento econômico do período JK e até a Constituição de 1988 possui como característica um tripé para o desenvolvimento que envolve a participação do Estado como principal protagonista, do Capital Estrangeiro como protagonista secundário e o capital nacional como coadjuvante do processo. (LEOPOLDI, 1994; DRAIBE, 1985). Sobre o Tripé para o desenvolvimento Rosa Marques e Jaime Morales afirmam:

A presença de capital estrangeiro sempre foi significativa no Brasil, principalmente devido à sua inserção na atividade industrial. Essa presença foi o resultado da opção feita na década de 1950 para promover o processo de substituição de importações através do tripé formado pelo Estado, capital nacional e capital estrangeiro, que permaneceu em vigor nas décadas seguintes. Desde o início da década de 1990, com a administração Collor, uma série de medidas definiu uma nova inserção da economia brasileira no mercado internacional e promoveu a intensificação da presença de capital estrangeiro no país, tanto em atividades produtivas quanto em atividades produtivas. Na esfera financeira. Além do processo de desestatização lançado pela criação do Plano Nacional de Desnacionalização (PND), que resultou na privatização de empresas anteriormente consideradas estratégicas para o desenvolvimento da Nação, a abertura comercial e financeira ao resto do mundo foi promovida. (MARQUES; MORALES, 2013, p.9-10)<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Tradução nossa: La presencia del capital extranjero siempre fue significativa en Brasil, fundamentalmente debido a su inserción en la actividad industrial. Dicha presencia fue fruto de la opción efectuada en los años 1950 de impulsar el proceso de sustitución de importaciones mediante el trípode formado por el Estado, el capital nacional y el capital extranjero, que permaneció vigente durante las siguientes décadas. A partir de comienzos de los años 1990, con la administración Collor, una serie de medidas define una nueva inserción de la economía brasileña en el mercado internacional y promueve la intensificación de la presencia del capital extranjero en el país, tanto en las actividades productivas como en la esfera financiera. Aparte del proceso de desestatización puesto en marcha mediante la creación del Plan Nacional de Desestatización (PND), que resultó en la privatización de empresas anteriormente consideradas estratégicas para el desarrollo de la Nación, se impulsó la apertura comercial y financiera al resto del mundo.

Sobre o ingresso de capital estrangeiro no país, diversos questionamentos são levantados sobre a utilidade e as intenções desse capital em explorar e extrair as riquezas produzidas no Brasil, sobre esse aspecto Bandeira reflete:

De acordo com as cifras oficiais, US\$ 1,814 milhões, em investimentos e empréstimos, entraram no Brasil, entre 1947 e 1960, e saíram, no mesmo período, US\$ 2,459 milhões, sob a forma de remessas de lucros e juros, deixando um saldo negativo da ordem de US\$ 645 milhões, que na realidade, era muito maior, pois, sob a rubrica Serviços, mais US\$ 1,022 milhões ainda se evadiram, como remessas clandestinas de lucros. (BANDEIRA, 2001, p. 101)

A transição do governo JK para o seu sucessor representou um período de intensos distúrbios políticos no país. O sucessor de Juscelino na presidência foi Jânio Quadros, e o vice foi eleito por outra chapa adversária de Jânio, João Goulart.

O Governo Jânio Quadros foi marcado pelo breve período de tempo em que ficou no poder. Quando o então presidente decidiu renunciar em uma manobra para ganhar mais apoio popular e no congresso, o plano acabou dando errado e sucumbiu, abrindo uma crise institucional, até a posse do então vice-presidente que assumiu com funções limitadas.

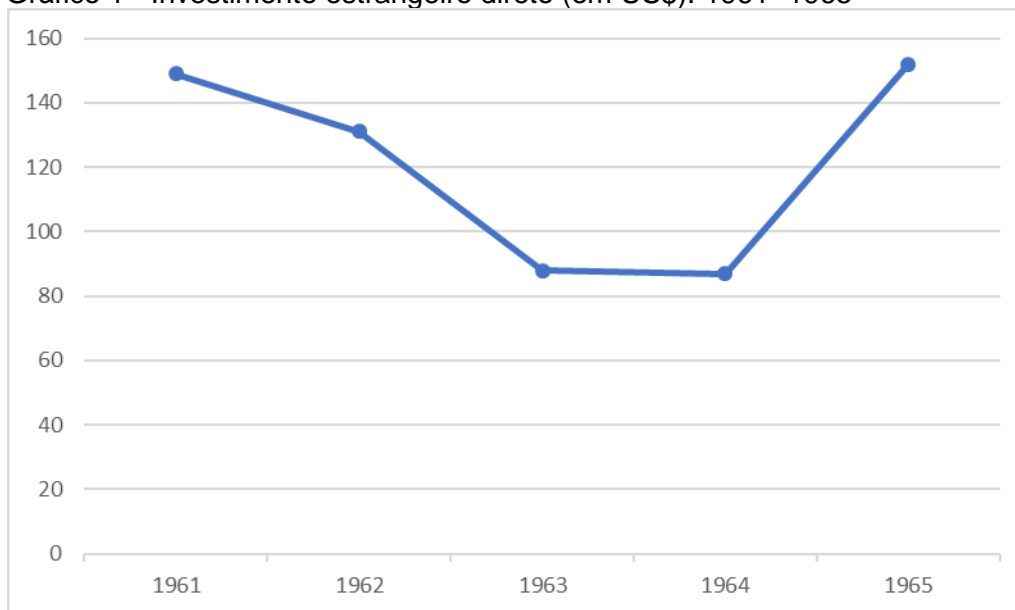
No início dos anos 1960, a economia ainda mantinha sua trajetória de crescimento, mas já em 1962, dos dados sobre o nível de investimento e sobre o ritmo de crescimento industrial apontavam para a recessão de 1963. A sociedade brasileira atravessou, a partir da posse e da precoce renúncia de Jânio Quadros, um período de grande instabilidade, que resultou na interrupção do processo político democrático e na instauração da ditadura militar em 1964. (REGO; MARQUES, 2013, p.92)

O Governo João Goulart desenvolveu-se no âmbito de um intenso embate entre as forças sociais. De um lado as camadas mais progressistas que almejavam mudanças na estrutura social brasileira e do outro a elite nacional que se movimentava para a manutenção do *status quo*.

Além dos embates sociais, a situação econômica do país deteriorava-se. O processo de crescimento do período JK significou uma dependência do capital estrangeiro, o que significou o aumento das dificuldades do Governo João Goulart que não era bem quisto em Washington, e, tendo os Estados Unidos como principal fiador dos investimentos do período JK, o Brasil passou por

problemas para conseguir novos créditos e refinar suas dívidas. Além disso é notável a queda do investimento estrangeiro direto, como o gráfico abaixo demonstra.

Gráfico 1 - Investimento estrangeiro direto (em US\$): 1961- 1965



Fonte: Banco Central do Brasil

Além da redução do investimento, os problemas do desequilíbrio entre a remessa de lucros e outras maneiras de saída da capital em relação ao investimento estrangeiro ficaram ainda mais evidentes:

[...]. Conforme também a subcomissão do hemisfério Ocidental, da Comissão de Relações Exteriores do Senado norte-americano, comprovaria os investimentos diretos dos EUA no Brasil, entre 1961 e 1962, somaram apenas US\$ 21 milhões, enquanto as transferências de lucros de suas empresas montaram a US\$ 59 milhões, dando-lhes um saldo positivo de ordem de US\$ 38 milhões, naqueles dois anos. Em 1963, além das remessas de lucros, no valor de US\$ 13 milhões, as companhias norte-americanas retiraram do Brasil como retorno de capital mais de US\$8 milhões. (BANDEIRA, 2001, p.101)

Os números trazidos por Luiz Muniz Bandeira (2001), sobre o papel dos investimentos estrangeiros dos Estados Unidos na economia brasileira dizem respeito ao comprometimento dos EUA com a manutenção dos seus interesses, e os investimentos são dosados de acordo com as relações e os interesses políticos dos norte-americanos no Brasil.

Para além dos benefícios e do fomento à indústria que se obteve com a política industrial, é possível perceber que os investimentos estrangeiros não ocorrem sem um planejamento, no caso do governo norte-americano, os investimentos estrangeiros estão ligados à sua política externa, e podem servir de auxílio quando esses desejarem alterar ou desestabilizar a estrutura política de um país, como ficou evidente no Brasil com o golpe civil-militar.

A partir de 1 de abril de 1964, com a destituição de João Goulart por um golpe articulado pelas forças conservadoras e por setores do exército, contando com apoio dos Estados Unidos, pode-se dizer que a elite dominante se consolidou novamente no poder. Sem que o presidente deposto representasse um risco de alteração brusca do *status quo* como se fez parecer pela mídia e os opositores do presidente na época.

A ditadura se estabeleceu com o apoio do governo dos Estados Unidos. Diante disso, nota-se o retorno do investimento estrangeiro norte-americano no Brasil. Com a implementação do Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), diversas medidas são tomadas para adequar o sistema financeiro nacional às imposições do Fundo Monetário Internacional (FMI). (Idem, Idem, p. 98-100)

Então, o Brasil volta a ser um local que receberia investimentos estrangeiros, e as cooperações não se limitaram aos investimentos e financiamentos, mas se expandiram para outras áreas, como a intensificação dos chamados “acordos MEC-USAID” para a área da educação, por exemplo.

A cooperação com o capital estrangeiro não se limitou também aos acordos e as parcerias estatais. As empresas privadas também se consolidaram na economia nacional, com a presença de montadoras de veículos e outros ramos da indústria brasileira. O nacionalismo propagado pelos articuladores do golpe não passou de retórica.

Durante o regime militar, o Brasil passou pelo chamado “Milagre Econômico” que consistiu no período entre 1967 e 1974 em que a economia brasileira cresceu a uma média elevada. Auxiliado pelo crescimento do investimento estrangeiro direto e por baixas taxas de juros para o financiamento, a Ditadura realizou obras importantes de infraestrutura, como por exemplo, a

construção da ponte Rio-Niterói, a Usina Hidroelétrica de Itaipu entre outras. (Idem, Idem, p. 104-110)

Nessa fase de bonança para a economia, a população brasileira viu sua renda encolher na maior parte das famílias, fruto de uma política de arrocho salarial e inflação elevada, que possibilitou o aumento da concentração de renda no país (Idem, Idem, p. 110-113). Em linha gerais, a Ditadura brasileira não alterou o tripé estabelecido no governo Juscelino Kubistchek tendo como pilares fundamentais para o desenvolvimento, o Estado, o capital estrangeiro privado e o capital nacional privado.

Com o esgotamento do “Milagre Econômico” brasileiro, a economia deu sinais de esgotamento do modelo de desenvolvimento. E atrelado a isso, ao final dos anos 1970, a ditadura teria de enfrentar a retomada de mobilizações dos movimentos operários e sociais pelo retorno da democracia.

No início dos anos 1980, o Brasil não teria mais acesso ao crédito que tivera no início da década anterior. Com problemas de refinanciar a sua dívida, a ditadura anuncia um ajuste econômico e busca apoio ao FMI. Esse período pode ser considerado o fim do ciclo desenvolvimentista que tinha o Estado como um pilar fundamental.

Nessa fase da história brasileira, a consolidação de empresas privadas estrangeiras na economia nacional não se estendia aos serviços públicos, e a coexistência de empresas estatais de indústria como a Petrobras ou a Companhia Vale do Rio Doce, não excluía a participação de empresas privadas estrangeiras que ganharam espaço no país. O grande exemplo dessa consolidação é a presença de montadoras de automóveis que extinguiram a possibilidade da formação de uma indústria brasileira do setor. Já nos anos 1980, as multinacionais dominaram boa parte do mercado.

Apesar da onipresença do capital estrangeiro na economia brasileira entre as décadas de 1950, 1960, 1970 e 1980, deve-se ressaltar que havia diversas barreiras fiscais que visaram proteger segmentos da indústria nacional com relação ao ingresso de produtos importados, que não eram capazes de ganhar o mercado nacional, pois as barreiras e as tarifas somadas à baixa renda da população brasileira tornava o mercado de produtos importados bastante

restrito. O último ensaio de planejamento por parte do Estado veio com a tentativa de implementação do II Projeto Nacional de Desenvolvimento (IIPND), que consistia em uma série de investimentos em obras por parte do Estado, que não se concretizou como resultado da deterioração política do país. (Idem, Idem, p. 118-124).

Nesse sentido, apesar da política implementada desde o governo JK de estimular o capital estrangeiro, faz-se necessário ressaltar que essa presença ocorria em condições específicas, como por exemplo, na possibilidade de indústrias multinacionais gozarem de benefícios para a instalação de plantas de fábrica em território nacional.

O início dos anos 1980 foram conturbados para o regime político que ocupava o governo desde 1964, com os chamados choques externos, atrelados aos problemas do pagamento da dívida pública brasileira. (Idem, Idem, p. 131-134). Somados ao crescimento do número de manifestações em oposição ao regime, contribuíram para o início do processo de abertura política.

A partir da abertura política, com a retomada de mobilizações e movimentos sociais, o Brasil ingressa na segunda metade da década de 1980 em um período de ebulição política e social, com a convocação de uma assembleia geral constituinte que tinha como missão reestabelecer um pacto democrático após mais de 21 anos de ditadura.

## **2.2 O CAPITAL ESTRANGEIRO NO BRASIL E NA SAÚDE A PARTIR DE 1988**

A constituinte de 1988 pode ser considerada um ponto de inflexão da história brasileira em diversos aspectos, e reflete o momento de transição da sociedade brasileira. Em muitos aspectos a Constituição promulgada em 1988 garantiu a expansão do papel do Estado em áreas de serviços públicos como a saúde, por outro deixou a função da consolidação dessas funções para o processo de retomada da democracia com base em eleições diretas para a presidência da república e da retomada do debate político. (ROCHA, 2008, p. 131)

Um ano após a Constituição, com a eleição de Fernando Collor de Melo para a presidência, é possível afirmar que as contradições e as lacunas deixadas

na Constituição Federal de 1988 para que o próximo presidente eleito executasse significaram o boicote a diversos pontos previstos na própria *carta magna*. A partir do Governo Collor, o Estado iria buscar se submeter ao papel de coadjuvante na sua participação da política econômica, deixando ao capital estrangeiro o papel de protagonista. Esse processo não ocorre de maneira imediata, mas se intensifica ao longo dos anos da década de 1990.

A partir da eleição de Fernando Collor, ocorre um processo de desnacionalização da economia brasileira conforme exposto no capítulo 1.2 da presente dissertação. A partir de 1990 há uma alteração considerável da participação do capital estrangeiro na economia brasileira, que buscara eliminar as barreiras estabelecidas ao ingresso e à atuação.

Com o objetivo inicial de potencializar o crescimento econômico do país, a partir da década de 1990, o capital estrangeiro irá estender sua participação das indústrias pesadas até a prestação de serviços, passando pela oferta de serviços públicos essenciais, como a privatização de empresas de energia elétrica, mineração e telefonia (algumas dessas empresas haviam sido estatizadas pelo financiamento de grandes indenizações nas décadas anteriores). (MARQUES; MORALES, 2013, p.10-13)

Outro setor que se defrontara com a possibilidade de estabelecimento de empresas estrangeiras é o sistema bancário. A chegada de bancos estrangeiros merece destaque, pois mesmo com o aumento do número de instituições, as taxas de juros praticadas pelo mercado dos bancos continuaram elevadas se comparadas a qualquer outro lugar do mundo.

Outros setores que fazem parte das políticas públicas observaram a abertura econômica vivida na década de 1990 de maneira menos intensa, como é o caso da saúde. Uma área que ganhou importância como uma política pública a partir da Constituição de 1988 que previa a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento de meios de financiamento do setor.

O SUS foi implementado a partir da Lei nº 8.080/90, no governo Collor, na contramão da política de privatizações desse governo. Ao mesmo tempo, o SUS foi se desenvolvendo no âmbito da transição da economia brasileira para um modelo em que o Estado vai tendo sua participação reduzida. A Implementação

do SUS veio junto da possibilidade de existência de um sistema privado, que auxiliaria o sistema público, por sua vez isso representa que parte dos recursos destinados ao SUS seriam repassados a um sistema privado de saúde.

Apesar das contradições e das limitações impostas pelas ambiguidades na implementação do SUS, um aspecto que pode ser considerado importante é a existência de barreiras consolidadas na Constituição Federal ao ingresso de capital estrangeiro no setor. Essas barreiras impediam, por exemplo, que algum tipo de capital estrangeiro administrasse instituições de saúde no Brasil, eliminando, com isso, a possibilidade de apropriação direta do fundo público de saúde que mantém o SUS.

O SUS nasceu e se desenvolveu com problemas para se financiar, apesar da Constituição estabelecer a origem dos recursos para a manutenção do Sistema, manobras contábeis e brechas nas legislações auxiliaram os governos a drenarem recursos da saúde para outras áreas, principalmente para o pagamento dos juros da dívida pública.

Porém, o modelo neoliberal impõe aos países periféricos a submissão completa ao capital multinacional. E diante disso, nenhum setor com alguma potencialidade de lucro deve se ver livre da presença desse capital. Entretanto, a presença de capital estrangeiro em serviços públicos com uma grande abrangência e com grande complexidade de administração não ocorre de maneira tão acelerada como no caso da privatização de indústrias estatais ou na atuação do sistema bancário.

O ingresso do capital estrangeiro na saúde ocorreu quando em 2001 a medida provisória nº 2.177 alterou a lei 9.659 que regulamentava planos de saúde privados, e permitia a participação de capital estrangeiro na saúde em seu parágrafo terceiro:

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (BRASIL, 1998)

Com a abertura ao capital privado para a exploração de planos de saúde, a participação de capital estrangeiro ainda era vedada pela lei nos casos de

assistência à saúde, com base no artigo 23 da Lei Federal nº 8.080, salvo em casos específicos previstos na própria Constituição.

A consolidação da presença do capital estrangeiro na administração direta de planos de saúde não ocorreu de maneira tão rápida. As maiores empresas de planos de saúde permaneceram sob a administração nacional até a recente entrada da empresa norte americana *United HealthCare* no mercado brasileiro com a aquisição da empresa brasileira Amil<sup>15</sup>, umas das maiores empresas em número de clientes no país. Com isso, o capital estrangeiro passa a fazer parte de maneira incisiva do mercado brasileiro de saúde<sup>16</sup>.

O sistema de saúde brasileiro pode ser observado como um mercado em potencial com mais de 207 milhões de clientes. Esse número fica ainda mais interessante para o capital privado nacional e estrangeiro uma vez que a existência do SUS implica garantia de recursos para quem não possui renda suficiente para arcar com os elevados custos de tratamentos de médicos.

Para as instituições de saúde que atendem pacientes do SUS significa oferecer o serviço à população que não teria renda para arcar com os custos e receber dinheiro que deveria ser destinado à saúde pública. A partir de 2014, com a edição da medida provisória n. 656 convertida na lei 13.097 de 2015 ocorreu a concretização da abertura do capital estrangeiro para a área da saúde.

Até a lei supracitada, conforme já foi mencionado, era vedado ao capital estrangeiro a participação direta na área de assistência à saúde. A edição da MP e a transformação da medida provisória em Lei Federal chamam a atenção, pois trata-se de um conjunto de parágrafos desconexos que alteram diversas outras leis diferentes. Assim, observa-se desde a desoneração tributária de aerogeradores, até a cobrança de PIS/CONFINS, chegando finalmente ao seu ponto mais polêmico no artigo 142 que altera o artigo de outra lei, o 23 da lei 8.080, no texto original da lei citada está previsto:

---

<sup>15</sup> A aquisição da Amil pela *United HealthCare* só pode ocorrer após a anuência da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS). Ver: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/1790-ans-aprova-aquisicao-da-amil-pela-unitedhealthcare>

<sup>16</sup> Segundo dados da ANS, a Amil possuiu um total de 5.618.544 beneficiários no ano de 2016. Ver: [http://www.ans.gov.br/portal/site\\_novo/quali\\_consui/informacoes\\_operadora.asp?co\\_operadora\\_para\\_m=326305](http://www.ans.gov.br/portal/site_novo/quali_consui/informacoes_operadora.asp?co_operadora_para_m=326305)

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. (BRASIL, 1990)

A redação dada ao mesmo artigo pela Lei 13.097 de 2015 é:

Art. 142. A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [...]”. (BRASIL, 2015)

A alteração da Lei significa que a partir de então a presença do capital estrangeiro poderá ocorrer de maneira indiscriminada na área da saúde, rompendo a barreira inicial da possibilidade de apropriação do fundo público por parte do capital estrangeiro. Como a possibilidade de ingresso do capital estrangeiro é recente, ainda não é possível expor os impactos de tal medida, porém diversas entidades e organizações ligadas à área da saúde se posicionaram de maneira crítica a essa abertura, conforme será tratado no capítulo 3 da presente dissertação. O que se pode afirmar de antemão é que chama a atenção a postura do governo em alterar as regras justamente quando uma grande empresa norte americana adquire um plano de saúde brasileiro, em um intervalo de dois anos entre a compra da Amil pela *United HealthCare*. A empresa norte americana vê a possibilidade de ir mais adiante na exploração do sistema de saúde brasileiro.

Diante do exposto sobre as alterações no sistema de saúde brasileiro e as relações entre a presença de capital estrangeiro na economia de uma maneira geral e de maneira específica à saúde, é necessário compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde para avançar nas perspectivas do próximo período com relação ao contexto de abertura da área da saúde ao capital estrangeiro.

### **2.3 O SUS E SUA DINÂMICA**

Uma característica do movimento neoliberal que se instalou na América Latina é o ataque a qualquer perspectiva de oferta de serviços públicos e gratuitos, como a saúde, por exemplo.

O Brasil prevê em sua Constituição<sup>17</sup> o acesso à saúde como um direito e suas diretrizes para a criação de um sistema de saúde universal e gratuito. Desse direito garantido pela Constituição deriva a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de política pública que se propõe a alcançar o conjunto dos habitantes residentes no Brasil, o que atualmente representa atingir mais de 200 milhões de pessoas.

Ao longo das mais de duas décadas de implementação, o SUS enfrenta os problemas estruturais de desigualdade na sociedade brasileira e todas as investidas da linha adotada no *Consenso de Washington* que enxergam nas premissas e na aplicação do SUS uma “heresia” aos “mantras” do Estado mínimo e do livre mercado. (MENDES, 2012, p. 113)

A história das políticas públicas voltadas para a saúde no Brasil é recente, uma vez que, antes da Constituição de 1988, não havia uma política pública que se propusesse a oferecer serviços que iam desde o tratamento de doenças simples ou acompanhamento médico até as doenças mais complexas. A escassa e pouco acessível oferta de serviços de saúde se limitava a instituições privadas que ofereciam os serviços de saúde mediante pagamento direto e a instituições filantrópicas, geralmente de ordem religiosa que realizavam atendimentos gratuitos e se financiavam através de doações. (PAIM 2011, p.30 – 38)

No Brasil, entre 1889 até 1930, não existia sistema de saúde, muito menos um Ministério da Saúde. A desorganização sanitária não permitia uma interação em conjunto entre os órgãos responsáveis pela saúde, gerando um desencontro entre a demanda e a oferta de saúde. Esse momento é resultado da separação da saúde pública e assistência médica hospitalar. O Estado possuía uma concepção liberal que só cabia a ele intervir quando a iniciativa privada e o indivíduo não fossem capazes de encontrar uma resolução para o problema. E a partir de epidemias nos portos brasileiros o Estado é obrigado a tomar

---

<sup>17</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf). Último acesso 05/12/2016.

providências em relação ao saneamento, implementando medidas obrigatórias nas cidades e o combate a vetores. (Idem, Idem)

Ao longo da história do Brasil, alguns episódios marcaram de forma trágica a política pública de saúde no Brasil. Destacam-se episódios como a Revolta da Vacina<sup>18</sup>, ocorrida em 1904, ou a expulsão dos cortiços em cidades como o Rio de Janeiro<sup>19</sup>. Todos eles podem ser considerados os feitos mais relevantes como formas de política pública voltada para a saúde até meados do século XX.

Nas primeiras décadas do século XX surge um movimento pela mudança da organização sanitária no Brasil encabeçado por médicos, políticos e intelectuais, resultando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por Carlos Chagas (1920), com o objetivo de expandir para todo o território nacional estruturas permanentes nas áreas rurais e códigos sanitários de caráter universal. (Idem, Idem)

A partir da década de 1930 com a Ditadura Vargas, o DNSP sai do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde. Nesse momento, a saúde fica relacionada ao mundo do trabalho, ou seja, o desenvolvimento de serviços de saúde estava ligado diretamente a quem possuísse carteira de trabalho assinada e estivesse na zona urbana. Esse movimento é um reflexo do momento e dos interesses do Estado em desenvolver uma indústria nacional. Assim a maior parte dos brasileiros possuía o atendimento de saúde respaldado pela previdência social, responsável pela saúde dos trabalhadores que contribuíam e por seus dependentes como afirma PAIM:

---

<sup>18</sup> Uma campanha liderada pelo Médico Sanitarista Oswaldo Cruz tornou a vacinação contra a varíola obrigatória no país, e médicos e enfermeiros adentravam a força nas residências das pessoas e tinham a ordem de vacinar todos, em um período onde havia pouco conhecimento dos efeitos da vacina e algumas lendas sobre seu uso eram bastante difundidas. Com isso, iniciou-se uma revolta na cidade do Rio de Janeiro contra a vacinação obrigatória que forçou o governo a voltar atrás. (PAIM 2011, p. 28)

<sup>19</sup> Nesse caso, sob o pretexto de combate a doenças e condições precárias de vida nos cortiços que se espalhavam pelo centro das grandes cidades brasileiras, como o Rio de Janeiro e São Paulo, houve uma intensa desarticulação desse sistema precário de moradia. Os motivos dessa política de “higienização social” tinham como pano de fundo a especulação imobiliária, que buscava apropriar-se dos espaços centrais da cidade. O resultado disso foi a formação de favelas em regiões periféricas das cidades, em condições tão ou mais precárias que a dos cortiços, porém nesse momento sem receber a mesma atenção do poder público na figura do ministério da saúde, por exemplo. (Lilian Fessler Vaz, 1994, p.583)

[...] Antes de 1988 somente trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Inamps. (PAIM, 2011, p. 41)

Em 1950, os gastos com saúde a partir de recursos federais tinham como destino 80% para a saúde pública e 20% para assistência individual. Essa proporção muda drasticamente a partir de 1964 com o Golpe Civil-Militar criando a *medicina de grupo*, que tem como base a privatização do serviço de saúde através do orçamento da previdência, reduzindo os investimentos em saúde que não conseguem alcançar 1% dos gastos federais. Assim, ao longo do século XX, a capitalização obtida a partir das contribuições previdenciárias teve como destino investimentos na economia. Durante a ditadura Vargas, foi a Siderurgia Nacional; durante a Ditadura Civil-Militar, a partir de 1964, foi a construção de mega-obras (muitas delas inacabadas). E durante o período democrático, os recursos foram destinados para a construção de Brasília no governo JK, e para o pagamento de juros da dívida no governo FHC, Lula e Dilma. (Idem, Idem)

Segundo PAIM (2011), durante a década de 1970, quando o Brasil cresceu e industrializou, empregando boa parte da mão de obra disponível, ao mesmo tempo, o número de casos de meningite, entre outras epidemias, e o número de cesárias crescia exponencialmente. Ou seja, durante o Milagre Econômico, o Brasil viveu umas das suas maiores crises na saúde da história. O modelo de saúde da Ditadura Civil-Militar foi baseado na privatização do sistema através das Unidades de Serviço (US), que realizaram procedimentos e atendimentos pagos. De acordo com PAIM (2011), os hospitais e instituições a partir do SUS sempre solicitavam os serviços mais caros mesmo que a qualidade do mais barato fosse superior, como foi o caso das cirurgias cesárias que cresceu exponencialmente por que era mais caro e assim mais vantajoso para a instituição que prestava o serviço.

A busca pela universalização de um sistema de saúde demanda um alto nível de recursos e a articulação da saúde com outros segmentos como a educação, por exemplo, uma vez que a formação de profissionais da área da

saúde é até hoje um desafio para o país, à medida que os médicos existentes não estão dispostos a atuar nas regiões periféricas.

É somente na segunda metade do mesmo século XX que começa a se estruturar, através do movimento da reforma sanitária, o que no final da década de 1980 se tornaria o Sistema Único de Saúde.

A Constituição estabeleceu um marco para a construção do sistema de saúde, transmitindo ao Estado a responsabilidade de organizar um sistema que atenda a todos os brasileiros. Entretanto, os problemas estruturais da sociedade brasileira, no caso da saúde, representados na desigualdade de acesso a saneamento básico, alimentação de qualidade e água potável, que são alguns exemplos de acesso aos itens mais básicos para a possibilidade de execução de qualquer política pública, se refletem no SUS, impossibilitando o sistema de atender às demandas e necessidades da população. Junto a esse contexto, a falta de investimentos e a escassez de profissionais abriu caminho para a oferta de um serviço universalmente precário.

O Estado brasileiro, a partir dos anos 1990, passa a ofertar serviços públicos de saúde, e essa busca por construir um sistema que abrangesse todo o país resultou em um sistema “misto”, em que há a presença de hospitais e serviços controlados e mantidos diretamente pelo Estado, e outros que são custeados por esse, mas administrados pela iniciativa privada. (MENDES, 2012)

Segundo, Santos e Amarantes (2010), durante a construção da Constituição Federal de 1988 houve uma disputa entre o setor privado e o setor público sobre como o SUS deveria ser estruturado. O setor público conseguiu garantir a maior parte da disputa, através das conquistas do SUS como a universalidade, gratuidade e integralidade. No entanto, o setor privado também obteve algumas conquistas, como o artigo nº. 199:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

A partir dessas conquistas, a iniciativa privada irá, ao longo da década de 1990 até 2000, expandir no interior do SUS. Marques (2017) lembra que é a partir dessa *simbiose* entre público e privado é que o setor privado se expandiu através do financiamento público. Assim, essa *simbiose*, a falta de luta da saúde pelos partidos políticos e a inserção do Brasil como país dependente em um mundo financeirizado e globalizado corroboram para subfinanciamento estrutural<sup>20</sup> do SUS:

O primeiro fator ou razão que contribuiu para que o SUS trilhasse a trajetória que seguiu tem a ver com a simbiose público/privado. Esta, existente desde os primórdios da atenção médica previdenciária – Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), 1967 – e reforçada com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social (Inamps, 1974), nunca foi rompida. A implantação dos equipamentos públicos em saúde foi realizada considerando o investimento privado existente, o que definiu e condicionou os investimentos que se seguiram, fossem eles públicos ou privados. (MARQUES, 2017, p. 43)

Após a implementação do SUS, a iniciativa privada irá buscar manter a oferta do serviço de saúde. Porém, com o financiamento do SUS, em um processo de terceirização do Sistema, o estado deixa de administrar os hospitais e postos de saúde e transfere para as Organizações Sociais (OS) e para os planos de saúde, e a responsabilidade da oferta dos serviços se torna mediante a repasses dos custos dos procedimentos. (MENDES, 2012)

O financiamento e a administração da saúde passam por uma discussão sobre a necessidade de universalização do acesso. No Brasil, a opção pela universalização ficou evidente na Constituição de 1988, quando se definiram diretrizes e mecanismos de financiamento do SUS. Consta nas diretrizes do Ministério da Saúde do Governo Federal que o objetivo do SUS é:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a

---

<sup>20</sup> O subfinanciamento do SUS já foi exaustivamente debatido por Aquilas Mendes (2016), Sergio Francisco Piola (2016) e Rosa Marques (2017) e é caracterizado por duas mensurações a primeira a partir da porcentagem do PIB e a segunda em comparação com os outros países da OCDE. Em relação a porcentagem do PIB o Brasil gastou 3,9% (2014), em comparação com países que possuem sistema similar é 8,0%.

população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2009, p. 12)

O Brasil garante e reconhece institucionalmente que possui um sistema público que deve abranger todos os níveis de saúde demandados por sua população. Isto é, um sistema que deve estar pronto para atender o conjunto dos brasileiros. Apesar de ser considerada um divisor importante, a Constituição de 1988 deixou algumas lacunas consideráveis e a situação econômica e política do Brasil nos anos seguintes trouxe muitos embates entre aqueles que defendiam as diretrizes previstas na Constituição e aqueles que defendiam sua flexibilização. (PIOLA, 2013, p.9)

A saúde e o conjunto das demais políticas públicas dependem de recursos que os governos federal, estadual e municipal arrecadam através de tributos. A discussão sobre como esses tributos são arrecadados e como são distribuídos entre os gastos e investimentos que o governo assume ganha contornos que ultrapassam a discussão sobre a obrigatoriedade do governo em garantir o acesso a serviços públicos.

Dentro desse contexto, a saúde ganha contornos ainda mais dramáticos quando incluída num segmento mais amplo de “Seguridade Social” junto com a assistência social e a previdência. Dessa forma, os recursos destinados à saúde são na verdade uma parcela dos recursos destinados a esse setor e desde 1993 essa parcela não chega em sua totalidade. (MARQUES, 2017) (BEHRING, 2009, p. 44)

No início da década de 1990 o Brasil passou por um processo conturbado que envolveu crises de cunho político e econômico, e por esse motivo tornou-se mais vulnerável à guinada do capital portador de juros para o centro das relações econômicas, políticas e sociais. Esse processo ocorreu em meio ao contexto no qual o capitalismo mundial se deparava com suas contradições internas e enfrentava os limites para a acumulação de capital. (PAULANI, 2010, p.114). Como consequência, surge um embate sobre qual política pública se aplicar à saúde: universalização ou a focalização respaldada pelo argumento da carência de recursos e o complemento da necessidade sempre eminente de contenção de gastos públicos e a sustentação de que o

Estado seja também um provedor de recursos para o capital portador de juros.

Mendes argumenta que:

Parece-nos indispensável para detalhar o trajeto do financiamento do SUS, desde a Constituição de 1988, identificar o contorno mais amplo de sua discussão, a partir da existência de duplo movimento em seu caminho, resultado da ação permanente e contraditória de dois princípios que se imbricam, embora cada um deles aponte para propósitos específicos. De um lado, o “princípio da construção da universalidade”, que se expressa pelo direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, permitindo o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, o “princípio da contenção de gastos”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas constitui-se instrumento chave para combater o déficit público propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. (MENDES, 2012, p. 116–117)

Conforme afirmado por Paulani (2010), o antagonismo apresentado se desenvolveu em um cenário de crise econômica e instabilidade política, sobretudo no início da década de 1990, marcado por um forte processo inflacionário e pelo impeachment do primeiro presidente eleito pelo voto direto pós-ditadura. Ainda que tenha se alcançado a estabilidade política com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e a econômica via estabilização monetária com o Plano Real, estas só foram atingidas através da adoção de uma série de medidas econômicas e políticas que iam claramente na contramão das conquistas sociais garantidas pela Constituição de 1988 – conhecida como a Constituição Cidadã. A adoção destas medidas tem como consequência o aprofundamento do antagonismo entre as classes, uma vez que sua adoção tinha como objetivo último conter gastos de todas as naturezas, inclusive gastos com políticas públicas e reduzir o papel do Estado. (MARQUES, p.18, 2015; PAULANI, 2010)

Com a estabilidade econômica e política, a justificativa para a manutenção de políticas que iam à contramão dos direitos sociais encontrava um fim em si mesmo. As medidas implantadas em caráter emergencial, como os cortes e o orçamento reduzido na saúde, por exemplo, tornaram-se permanentes. A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações

Financeiras (CPMF), que foi um mecanismo criado para preencher os buracos deixados no orçamento da saúde que eram deslocados para a previdência social tornou-se emblemático, pois foi criado com o objetivo de ser, como o próprio nome indica, “provisório” de se estabilizar e garantir o orçamento da saúde de forma concreta no médio prazo. Na realidade, tornou-se um imposto “semipermanente<sup>21</sup>”, uma vez que havia uma previsão inicial de durar três anos, mas acabou durando mais de dez.

No ano de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 29 – EC29 – que regulamentou o financiamento do SUS. A partir dela ficou estabelecido no texto constitucional em seu artigo 198 que trata do financiamento do SUS:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - No caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - No caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - Os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

---

<sup>21</sup> A CPMF foi criada pela Lei nº9.311/96 com seus recursos previstos sendo destinados integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o Artigo 18º da lei. Foi prorrogada diversas vezes até ser extinta em 2007. A lei está disponível na íntegra em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9311.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm). Acesso em: 09/11/2016 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9311.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm). Acesso em: 09/11/2016

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (BRASIL, 1988) [1].

A EC29 só foi regulamentada mais de 12 anos após a sua promulgação pela Lei Complementar n. 141 de 2012 (BRASIL, 2012). Ou seja, da implementação do SUS em 1990 até a regulamentação passaram-se 24 anos. Na regulamentação estabeleceu-se um valor mínimo do orçamento que os entes públicos, união, estados e municípios devem aplicar na área da saúde.

Para além das especificidades do SUS na disponibilização de seu financiamento, existem outros mecanismos que intensificam o *subfinanciamento* do Sistema, como por exemplo, o estabelecimento da DRU – Desvinculação de Receitas da União, que surgiu como um mecanismo que permitia ao governo federal retirar recursos destinados à saúde, sob o pretexto de cumprir a meta do superávit primário, para o pagamento de juros da dívida pública, evidenciando as prioridades do governo. (MENDES 2012)

A fase mais recente dos problemas de funcionamento do SUS podem ser observados a partir da promulgação da Lei Federal 13.097 de 2015. A partir dessa lei, o SUS e o sistema de saúde brasileiro terão de conviver com a presença do capital estrangeiro sem a existência de barreiras para seu ingresso.

A Lei 13.097 em seu artigo n.142 altera uma parte importante da lei que foi responsável por criar o SUS e estabelecer o funcionamento do sistema de saúde no Brasil, a Lei Federal n. 8.080. A íntegra do artigo em questão diz:

#### **CAPÍTULO XVII DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE**

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

- a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e
- b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.”  
(NR)

“Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.” (BRASIL, 2015)

As implicações de tal lei serão debatidas no capítulo seguinte da presente dissertação. Ressalte-se que o artigo da lei apresentado acima traz impactos relevantes e diretos tanto no arcabouço jurídico sobre a saúde quanto implicações práticas para o sistema de saúde brasileiro.

## **CAPÍTULO 3 UMA PERSPECTIVA CRÍTICA DO INGRESSO DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA ÁREA DA SAÚDE**

Com base na análise sobre a dinâmica da economia brasileira a partir década de 1990, e diante da mudança de política em relação à entrada de capital estrangeiro, as entidades do setor de saúde se posicionaram sobre os efeitos dessa alteração no sistema de saúde, avaliando os impactos dessa alteração na lei. Diante desses posicionamentos, o presente capítulo tem por objetivo analisar as reflexões trazidas por essas entidades, relacionando as diferentes perspectivas e os impactos de ingresso do capital estrangeiro.

### **3.1 OS IMPACTOS JURÍDICOS DA LEI 13.097/2015**

Diante do processo de ingresso do capital estrangeiro na administração direta de hospitais e outras instituições de saúde, tais como as filantrópicas, uma reflexão inicial que deve ser colocada é que o capital estrangeiro será “parceiro” do SUS na prestação de serviços, assim como o restante da iniciativa privada nacional que já atua na área. Com isso, o capital estrangeiro irá se apropriar de uma parcela do fundo público de saúde, como já vem sendo realizada pelo capital de forma em geral.

As justificativas gerais para a abertura de capital estrangeiro para a área da saúde serão identificadas nas diferentes reflexões críticas apresentadas abaixo, uma vez que o debate aprofundado sobre os impactos de tal medida tem como respaldo geral as mesmas justificativas para a abertura econômica em qualquer área. Como por exemplo, o aumento da competitividade, o aumento do capital disponível para investimentos e melhorias e a melhor eficiência no serviço.

Para a abordagem dos questionamentos acerca da entrada do capital estrangeiro na saúde brasileira, relacionam-se os pontos que as entidades associadas ao setor de saúde como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), o Centro Brasileiro de Economia da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação do Ministério Público para a Saúde (AMPASA), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e a

Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), divulgaram por meio de uma nota conjunta, em janeiro de 2015, uma visão crítica.

Antes de apresentar os argumentos contra a entrada de capital estrangeiro é preciso expor em que contexto foi implementada a lei Federal 13.097/15, que contemplava uma série de medidas fiscais que favorecem o capital privado nas mais diversas áreas, como a prorrogação de impostos patronais até isenções e desonerações de impostos para a construção civil e a aviação, além de permitir a entrada e participação do capital estrangeiro sem regulação própria na saúde. Assim a alteração do artigo nº 199 da Constituição Federal entrou no conjunto de medidas provisórias que não tem relação com a discussão sobre o funcionamento do SUS.

A nota das entidades está dividida em três partes, na primeira a nota refere-se à forma como foi conduzido o processo. Isto porque foi editada uma medida provisória em 7 de outubro de 2014, a MP n. 656 que tinha como objetivo inicial reduzir o custo de alíquotas do PIS/PASEP e da Confins entre outros impostos para as empresas brasileiras. Ao reduzir esses tributos, a MP n. 656, contribuiu mais ainda para o capital privado.

Os assuntos que dispõe a MP n. 656 vão desde aeródromos e radiodifusão até o assunto que este trabalho trata, a autorização para que o capital estrangeiro ingresse de maneira direta na saúde no Brasil. A questão da saúde, que conforme prevê a Constituição deveria ser tratada com atenção e muito debate não o foi.

A promulgação da Medida Provisória com esse conjunto de outras modificações na lei transmitiu a ideia de que assim como os outros assuntos trazidos na MP e convertidos posteriormente em lei, a abertura do capital estrangeiro irá beneficiar o capital, não houve um debate específico sobre o assunto, ao mesmo tempo em que a simples autorização do ingresso de capital estrangeiro não veio junto de qualquer tipo de regulamentação própria.

Na mesma nota das entidades, há um segundo questionamento acerca das questões legais sobre a possibilidade de ingresso do capital estrangeiro, citando o parágrafo 3º do artigo 199 da Constituição Federal: “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)

Entre os apontamentos que se pode fazer sobre a lei, em primeiro lugar há um problema de legalidade, à medida em que se procura driblar o que está previsto na Constituição. É neste sentido que a Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) formulou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN nº 5239. Essa se encontra no Superior Tribunal Federal (STF) e aguarda julgamento para que o Tribunal decida se a lei 13.097 está de acordo com a Constituição Federal de 1988.

A ADIN nº 5239 questiona a transformação das exceções a presença do capital estrangeiro presentes no parágrafo terceiro do artigo 199 da Constituição Federal e, além disso, traz a discussão sobre outro artigo da *carta magna* no que diz respeito à concepção das finalidades da saúde. Que segundo prevê a Constituição em seu artigo 196:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Além disso, o artigo seguinte da Constituição diz:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Idem, Idem)

Os artigos supracitados da Constituição colocam em xeque o artigo n. 142 da Lei n. 13.097 uma vez que ele elimina da Lei 8.080 a necessidade de regulação e autorização de poder público para o ingresso de capital estrangeiro na saúde. A ADIN 5239 também traz a questão já apresentada pela nota da Associação Brasileira de Saúde Popular (ABRASP) com relação à abrangência de assuntos presentes na MP convertida na Lei n. 13.097, uma vez que a Lei Complementar número 95 de 1988 diz:

Art. 1º A elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis obedecerão ao disposto nesta Lei

Complementar. Parágrafo Único. As disposições desta Lei Complementar aplicam-se, ainda, às medidas provisórias e demais atos normativos referidos no art. 59 da Constituição Federal, bem como, no que couber, aos decretos e aos demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo.

[...] Art. 7º O primeiro artigo do texto indicará o objeto da lei e o respectivo âmbito de aplicação observados os seguintes princípios:

I – Excetuadas as codificações, cada lei tratará de um único objeto;

II – A lei não conterà matéria estranha a seu objeto ou a este não vinculada por afinidade, pertinência ou conexão; (BRASIL, 1988) [2]

Nesse sentido, além de contrária à Constituição, a Lei 13.097 não está de acordo com o inciso II do artigo 7º da Lei complementar supracitada, uma vez que coloca diversos itens que dizem respeito à desoneração fiscal e outros assuntos relacionados a tributos com uma questão que diz respeito à área da saúde.

A nova legislação e a proibição de participação do capital estrangeiro na Constituição Federal acabam entrando em contradição. Essa possibilidade ocorreu porque no artigo que proíbe a participação desse capital na assistência à saúde há uma brecha que permite a presença de capital em casos autorizados por lei específica. Ocorre que a Lei 13.097 acabou por se valer dessa brecha para autorizar a proibição da presença desse capital em qualquer caso.

Como terceiro aspecto, a nota divulgada pelas entidades de saúde questiona também a exclusão do parágrafo primeiro do artigo 23 da lei Orgânica da Saúde n.8.080/1990, que complementa os artigos da Constituição de 1988 e regulamenta o Sistema Único de Saúde. No parágrafo citado, a participação do capital estrangeiro na área da saúde estaria submetida à autorização do administrador do Sistema Único de Saúde. Conforme já foi citado pelo movimento da ADIN 5239, a exclusão desse artigo na lei deixou as empresas e os grupos estrangeiros isentos da regulamentação para ingressarem no Brasil. Em síntese: o capital estrangeiro pode entrar no país e não será controlado por qualquer legislação específica tendo liberdade de movimentação como qualquer empresa brasileira.

Com argumentos que corroboram a posição da carta divulgada pelas associações de saúde Filippou (2015) traz uma série de reflexões com base nas experiências de ingresso de capital estrangeiro em serviços essenciais. Esse exercício teórico de comparação é importante pois como os parâmetros da lei não estão claros e não existe uma regulação específica, a melhor maneira de compreender quais serão os desdobramentos dessa medida é observando o resultado desse processo em outras áreas.

Filippou (2015) argumenta que dentro das premissas de abertura de serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde, é necessário que existam condições e regulamentação necessária para garantir que a qualidade do serviço, por se tratar de um serviço público, a transparência tanto financeira quanto administrativa deva ser a maior possível e que deve haver um controle mínimo de preços para que os serviços não sejam inviabilizados para a população de baixa renda:

- Necessita efetiva regulamentação por parte do Estado, no sentido da manutenção/ aumento da qualidade e da proteção ao consumidor nos serviços prestados, evitando a formação de monopólio;
- Apresenta alto nível de transparência e *accountability*, mediante a constante publicação de dados e relatórios anuais;
- Se necessária, a regulamentação estatal interfere no sistema de precificação, evitando sobrecarga (*overtariff*). (FILIPPON, 2015, p.1133)

Sobre a regulamentação do Estado no sistema de preços, é possível acrescentar que na área da saúde é necessário que haja também um controle para evitar por exemplo, que a preexistência de doenças ou a idade possam resultar em aumentos excessivos da cobrança de taxas que prejudiquem o acesso a essa área.

A experiência de criação de uma agência reguladora na saúde é abordada pelo autor, uma vez que cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar fiscalizar os planos de saúde privados existentes no Brasil, desde a autorização de criação de novos planos até o controle e a regulamentação dos serviços prestados. A ANS possui funções bem estabelecidas de atuação, porém, o autor ressalta que há uma série de problemas em como agência atua, e esses problemas estão centrados na falta de transparência e no modo que a ANS age

na maior parte dos casos em defesa dos planos de saúde, trazendo prejuízos para os beneficiários do plano:

A experiência da pouca regulamentação da ANS com relação aos planos privados de saúde demonstra a incapacidade do poder executivo e do poder legislativo de favorecer a transparência necessária para que uma real competição entre prestadores se estabeleça. A mínima presença de mecanismos de controle de qualidade de atendimento e a pequena quantidade de dados fornecidos sobre o sistema privado de saúde no Brasil são pouco alvissareiras para um sistema que se propõe a receber o capital estrangeiro, aumentando a competição de maneira desenfreada. O elo mais fraco dessa corrente é o cidadão que, ao necessitar de cuidados em saúde, se dispuser a tentar comprá-los no mercado. (Idem, Idem, p. 1133)

Portanto, a criação de uma agência reguladora e a regulamentação da prestação de serviços não traz a garantia automática de melhora na oferta dos serviços.

Além dos argumentos críticos que comparam o que já existe no sistema de saúde privado, Filippou (2015) argumenta que a presença de capital privado estrangeiro na saúde brasileira e o objetivo aparente de dar mais competitividade ao setor de saúde são uma ameaça à existência de um sistema público de saúde, além das condições em que esse capital irá chegar ao país, como por exemplo, as questões sobre a regulação desse capital:

A maior consequência da abertura do mercado de saúde brasileiro para o capital estrangeiro é a inviabilização do SUS como política pública de saúde. A injeção irrestrita de recursos no setor privado 'inviabiliza o Sistema Único de Saúde brasileiro' ao reforçar a assimetria entre os subsistemas público e privado. O estabelecimento de uma maior concorrência local, a partir de recursos externos, violenta o próprio direito constitucional à saúde, tendo como consequência o desmanche das áreas secundárias e terciárias do SUS, vistas como setores de maior possível margem de lucro e que sofrem cronicamente de pouco investimento público. Seria essa uma manobra governista, na tentativa, de forma precária, de melhorar a situação dos setores secundários e terciários promovendo a competição entre eles? A qualidade dos serviços privados de saúde, já pouco fiscalizada neste momento, como seria controlada? (Idem, Idem, p. 1135)

Além de inviabilizar a saúde pública e contradizer o princípio constitucional do direito à saúde, a autorização do ingresso de capital estrangeiro acaba por trazer questionamentos sobre os objetivos desse capital ao vir para o

Brasil. O capital estrangeiro não irá se instalar no país para praticar filantropia na área da saúde. A real intenção desse capital consiste na obtenção de lucros e dividendos ao explorar a área da saúde:

Infelizmente, a abertura do mercado ao capital externo na saúde é o estabelecimento institucional de cuidados primários para os pobres e a exploração das doenças das classes média e alta, as quais proporcionarão o lucro buscado pelo investimento externo. Ou o investimento externo é feito sem interesse de retorno?

Ingenuidade seria crer que o capital externo investido não será igualmente retornado, com juros, correção e lucro. E o será à custa do SUS, dos bolsos e, muito provavelmente, da saúde de boa parte dos brasileiros. (Idem, Idem, p.1135)

Ao analisar os posicionamentos apresentados e o devido respaldo legal é possível inferir que a promulgação da lei 13.097 está em desconformidade com o que a Constituição Federal e as leis subsequentes preveem para a área da saúde. E com a dificuldade de alterar o conjunto de leis, o governo optou por editar uma alteração na parte mais explícita da proibição de capital estrangeiro na saúde para assim fazer valer a presença desse capital em mais uma área da economia brasileira sem a presença de barreiras ou regulação.

O quadro traz o resumo das principais legislações apresentadas no presente item dessa dissertação:

Quadro 1 - Principais legislações sobre o ingresso de capital estrangeiro na saúde e assuntos correlatos

Legislação	Ano	Artigo	O que diz:
Constituição Federal	1988	199º §3	Proíbe o capital estrangeiro na saúde, salvo em casos específicos previstos em Lei
Lei complementar nº95	1988	1º e 7º	Exige que as leis e medidas provisórias sejam editadas com temas conexos
Lei Federal nº8.080	1990	23º	Proibia (até a publicação da lei 13.097) a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde
Lei Federal 9.656	2000	-	Regulamenta os planos de Saúde privados no Brasil
Medida Provisória 2.177-44	2001	1º §3	Autoriza a participação do capital estrangeiro nos planos de saúde do Brasil
Medida Provisória nº 656	2014	143º	Altera o artigo 23º da lei 8.080 permitindo o ingresso do capital estrangeiro na assistência a saúde
Lei Federal nº 13.097	2015	142º	Converte a medida provisória em Lei Federal, mantendo a liberação do capital estrangeiro na saúde
Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º5239	2016	-	Questiona a constitucionalidade da Lei Federal n. 13.097 em seu artigo 142

Como se pode observar no Quadro 1, os pontos levantados pela presente dissertação possuem uma discussão teórica, prática e jurídica bastante vasta, dada a complexidade e importância do assunto. O que se observa é que a partir da Constituição Federal e até a Lei 8.080, a proibição da presença de capital

estrangeiro na assistência à saúde estava clara. Porém, a partir da regulamentação dos planos de saúde privados até o momento da promulgação da Lei Federal 13.097, o poder público busca subverter o que estava estabelecido e permitir a participação do capital estrangeiro em todos os segmentos da área da saúde.

Ao se comparar o que ocorreu com a alteração na legislação dos planos de saúde privados, o governo criou uma lei regulamentando os planos de saúde, uma agência de saúde para fiscalizar a atuação dos planos de saúde e só então alterou a lei, no caso atual a liberação do capital estrangeiro na saúde não respeitou a mesma lógica.

### **3.2 OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS E PRÁTICOS DO INGRESSO DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA SAÚDE**

No que se refere aos impactos da Lei nº 13.097, há uma discussão sobre os seus aspectos positivos e negativos, Scheffer (2015) afirma que com a chegada de capital estrangeiro para a administração direta de instituições de saúde, coloca-se o problema da mensuração dos impactos positivos e negativos de tal medida para a área da saúde. Torna-se fundamental à área da saúde poder avaliar os efeitos que o SUS irá sofrer com a lei, especialmente nos temas da gestão e do financiamento. Além disso, é preciso considerar que para além do debate no âmbito jurídico, a lei 13.097 traz ainda a discussão acerca da concepção da saúde como uma mercadoria, deixando de lado a questão social que envolve a área (Souza & Mendonça, 2017)

No campo da avaliação dos impactos, as entidades do Movimento da Reforma Sanitária ressaltaram que o governo se valeu de um mecanismo jurídico (a medida provisória) sem os debates necessários que uma Lei demandaria, para autorizar o capital estrangeiro a ingressar no país. Essa decisão foi tratada sem a importância necessária, pois suas consequências podem inclusive inviabilizar a manutenção do SUS.

Além de concorrer com o Sistema público brasileiro, as instituições de saúde privada ligadas diretamente ao capital estrangeiro. Poderão ainda se apropriar do fundo público que mantém o Sistema Único de Saúde, uma vez que

o SUS possui uma parte de sua rede em parceria com a iniciativa privada para a prestação de serviços de saúde. Essa crítica é explicitada por Scheffer:

Com volatilidade e vocação especulativa, investimentos estrangeiros escolherão leitos, exames e procedimentos que geram altos retornos financeiros, principalmente serviços baseados em valores e preferências particulares, e que praticam a seleção adversa, afastando-se do atendimento a populações que vivem em áreas distantes de recursos assistenciais, do atendimento a idosos, crônicos graves, portadores de transtornos mentais e outros pacientes que demandam atenção contínua.

A expansão de rede privada com essas características fará aumentar a individualização das demandas, os pagamentos diretos em clínicas populares e o consumo de planos de saúde baratos no preço, mas com armadilhas contratuais e sérias restrições de coberturas. Mais uma vez o SUS, o fundo público, será utilizado como fiador e resseguro das operações privadas. (SCHEFFER, 2015, p.664)

Nesta perspectiva, portanto, há uma possibilidade de o capital estrangeiro apropriar-se não só de elevadas taxas de lucro, explorando a saúde de forma direta, como do fundo público de manutenção da saúde.

Em artigo na revista *Cadernos de Saúde pública*, Mario Scheffer (2015) resgata reflexões históricas do subfinanciamento do SUS que com a Lei 13.097 irão piorar. Para Scheffer a área da saúde não foi considerada prioritária na Constituição Federal, particularmente no tocante ao financiamento. A implementação das políticas públicas na área da saúde desvirtuou o que diz o texto constitucional, como por exemplo o desrespeito à obrigatoriedade de a União destinar 30% do orçamento da seguridade social para a área da saúde (ADCT/CF). Mais recentemente, esse autor comenta o prejuízo que a Emenda Complementar 86 provocou ao financiamento do SUS. Diz ele:

Ao impor à União o financiamento de emendas parlamentares individuais e ao vincular a despesa federal da saúde à receita corrente líquida, a EC 86 levará à diminuição de recursos em relação aos valores garantidos pela legislação vigente, que já eram por demais restritivos.

Assim, a norma legal potencializa restrições ao financiamento do SUS, que vêm desde o descumprimento da Constituição Federal, que destinava no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde, passando pela retirada do Fundo da Previdência Social da base de cálculo dos recursos, até o desvirtuamento da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), dentre outras subtrações. (Idem, Idem, p. 663)

Scheffer (2015) analisa que a avaliação do impacto do capital estrangeiro pode ser baseada na situação que a área da educação vem enfrentando há anos. A transferência da responsabilidade pela oferta de serviços públicos para a iniciativa privada não significa que o Estado não tenha que continuar dispendendo parte do seu orçamento para a manutenção de tais áreas. Isso fica evidente na área da educação, à medida que o Estado acabou por transferir o serviço à iniciativa privada, ao mesmo tempo em que se manteve como principal provedor e financiador de recursos para a manutenção do sistema de ensino superior. Os programas sociais como o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa Universidade Para Todos (PROUNI) tiveram como objetivo complementar o crescente déficit de vagas no ensino público superior, e como resultado, acabaram por contribuir no crescimento das taxas de lucro de empresas que se dedicaram a explorar o sistema de ensino superior. Dessa política, o Brasil conseguiu como resultado a criação do maior conglomerado empresarial de educação do mundo, o *Grupo Kroton*<sup>22</sup>. Além de sua abrangência, o Grupo anunciou a abertura de capital na Bolsa de Valores<sup>23</sup>.

O retorno em qualidade no sistema de ensino não é tão intenso quanto o crescimento dos lucros das empresas que exploram a área da educação. Scheffer (2015) comenta que:

A experiência na educação é elucidativa. A atração dos fundos internacionais para investir em fusões e aquisições no mercado de ensino superior no Brasil está ligada aos créditos do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e do Programa Universidade para Todos (PROUNI), o que levou à profusão de cursos de graduação privados sem contrapartidas mínimas de qualidade. (Idem, Idem, p. 664)

Considerando as proporções e as diferenças entre as duas áreas, é possível deduzir, de acordo com as experiências da educação, que a saúde terá desdobramentos similares, uma vez que a presença do capital estrangeiro pode ser entendida como a sua busca pelo lucro, com o menor risco e no menor tempo.

---

<sup>22</sup> <https://oglobo.globo.com/economia/negocios/kroton-se-firma-como-maior-empresa-mundial-de-ensino-superior-19622666>

<sup>23</sup> <https://exame.abril.com.br/revista-exame/o-azarao-chegou-ao-topo/>

O SUS não oferece os serviços de saúde apenas na rede estatal pública. Os convênios e os contratos com a rede privada auxiliam o sistema a atender o conjunto da população. Esse processo pode ser observado a partir de uma análise crítica de privatização do SUS, uma vez que o Estado abre mão de ofertar um serviço público estatal, por falta de recursos, e em contrapartida direciona recursos que seriam aplicados no sistema público ao setor privado. Essa relação entre o Estado e a iniciativa privada na área da saúde no Brasil é complexa de compreender.

“No Brasil, excluídos os consultórios particulares de profissionais de saúde não contabilizados na AMS/IBGE-2009, 28,3% dos estabelecimentos privados são conveniados ao SUS e 83,3% a planos de terceiros. A região Sul é aquela que apresenta a maior proporção de estabelecimentos privados credenciados pelo SUS (40%) e por planos de terceiros (86%). Entretanto, 2707 dos prestadores privados com internação (67%), entre os 4036 identificados na AMS, referem convênio com o SUS, o que mostra a importância do SUS para esse segmento, talvez como decorrência das regras que regem a concessão de certificados de filantropia. Ainda assim, houve uma importante mudança de panorama nas últimas décadas, já que na década de 80 quase 100% dos hospitais privados brasileiros eram conveniados ao INAMPS”. (SANTOS & BORGES, 2013, p.86)

O que se observa através dos dados analisados é que mesmo caminhando para uma participação maior do mercado na área da saúde, o SUS é a principal forma de manutenção do sistema de saúde público e privado. A linha de boicote ao Sistema Único de Saúde, seja por meios diretos via cortes de orçamento da área, seja de maneira indireta, com a autorização do ingresso de capital estrangeiro pode significar a acentuação do estado caótico em que a área se encontra.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP) foi outro órgão a adotar uma visão crítica à lei 13.097. Para além das questões trazidas por outras entidades e autores, o SIMESP ressalta um impacto que pode vir a existir na alteração das relações de trabalho, estimulada por uma maior concentração de capital na área da saúde e pela possibilidade de oferta de força de trabalho no setor. Isso pode contribuir para o aumento da exploração dos profissionais da área, como por exemplo com a redução da média salarial. (SIMESP, 2016)

Outro aspecto do arcabouço jurídico econômico que merece atenção é o impacto da Emenda Constitucional 95 – EC95 na atitude do capital estrangeiro frente ao Estado brasileiro. Como se sabe, com a edição da EC95 o governo congelou os gastos primários por vinte anos.

O capital privado, na figura das indústrias farmacêuticas, por exemplo, vem se sentindo ameaçado pela EC 95, à medida que elas têm o SUS como um grande comprador de seus serviços. Com o congelamento de gasto, assiste-se à uma pressão dessas indústrias junto ao Estado pela ampliação das renúncias fiscais de seus medicamentos. Machado (2016) comenta que os gastos tributários para a área da saúde no projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2018 do governo federal, corresponde à cerca de 14% em relação ao total de gastos tributários gerais da PLOA 2018, representando R\$ 39 bilhões de renúncias fiscais em saúde, enquanto na PLOA 2017 disse respeito à R\$ 32 bilhões. Pode-se, então, inferir que a mesma situação pode ocorrer com o capital estrangeiro quando da aquisição de uma Santa Casa, hospital filantrópica. Esta instituição funciona por meio de renúncia fiscal e, mesmo sendo estrangeira, pode continuar com esse estatuto jurídico. Em outras palavras, a Santa Casa (mantida pelo capital estrangeiro) poderá pressionar o governo federal em ampliar suas renúncias fiscais, na medida que o SUS diminuirá os recursos repassados a ela como resultado dos impactos da EC 95.

Scheffer (2015), insiste no argumento de que a concepção do SUS, como um sistema baseado no atendimento universal de saúde e como uma forma de garantir acesso à saúde para indistintas classes sociais, foi distorcida desde o início de sua implementação e se consolidou como um acesso ao sistema único precário. A causa desse problema é associada ao subfinanciamento do SUS, uma vez que há diversos desvios de finalidade dos recursos de que deveriam ser destinados ao sistema de saúde, conforme exposto no item 1.1 da presente dissertação. Os recursos da saúde são drenados para o pagamento da dívida pública como imposição do chamado tripé macroeconômico. Esse mecanismo de retirar o dinheiro da saúde é respaldado pela DRU. Além disso é necessário mencionar que as desonerações fiscais comprometem a arrecadação do governo.

Outro argumento que a literatura aborda diz respeito à natureza do capital estrangeiro, que está associado ao capital portador de juros (capital financeiro). A entrada de capital estrangeiro que visa ofertar serviços públicos no Brasil tem como característica além da busca de altas taxas de lucro, a presença de um capital altamente especulativo, o que pode tornar a saúde mais uma área suscetível dos recorrentes distúrbios do mercado financeiro internacional (SCHEFFER, 2015). Outra característica desse tipo de capital é buscar direcionar seus investimentos para as áreas onde exista a maior possibilidade de retorno no menor espaço de tempo. Essa característica tem o potencial de desfigurar completamente a oferta dos serviços de saúde. (MENDES, 2018)

A saúde não é a única área com a possibilidade do ingresso de capital estrangeiro. A educação também se baseou nessa possibilidade para a expansão massiva da oferta de vagas do ensino superior. Desse processo de expansão, uma característica que pode se repetir na saúde é a presença do Estado como garantidor da rentabilidade do sistema privado. (SCHEFFER, 2015, p.664)

Ligia Bahia *eat all* (2016) buscam colaborar com a discussão em torno do ingresso do capital estrangeiro na saúde trazendo um resgate histórico do processo de desenvolvimento do sistema de saúde privado no Brasil. Os autores dividem em três os períodos de consolidação dos planos de saúde no país:

A trajetória das empresas de planos e seguros de saúde pode ser subdividida em três ciclos. O primeiro é demarcado pelas relações entre as políticas previdenciárias voltadas à proteção de trabalhadores especializados e o surgimento das empresas pioneiras entre os anos 1960 e 1980. O segundo se estende dos anos 1990 até os anos 2000, e tem como marcas a comercialização de planos empresariais e individuais no contexto de implementação do SUS. O período mais recente caracteriza-se pela presença de empresas cuja origem do capital é internacional e que desempenham atividades de intermediação financeira. (BAHIA *eat alli*, 2016, p.3)

Avançando na análise, os autores discutem o caso da seguradora de planos de saúde Amil, que em 2012 foi comprada pela empresa norte americana *United HealthCare*. As diferenças iniciais no processo de financeirização dos planos de

saúde brasileiros e estrangeiros ficam evidentes, uma vez que, no primeiro caso, as empresas, apesar de anunciarem sua capitalização na bolsa de valores, mantêm como administrador o sócio fundador da empresa no caso das empresas norte americanas, como a *Uniterd HealthCare*. Os controladores da empresa são pulverizados e os administradores contratados. A imposição do padrão norte americano ao padrão brasileiro de financeirização tende a acelerar o processo de financeirização brasileiro. (Idem, Idem, p. 10)

Os autores concluem o texto relacionando a presença do capital estrangeiro às fases de crescimento econômico, implicado na saída desse capital em períodos mais conturbados da economia, e tornando a área da saúde suscetível a especulações. O central do argumento é que os investidores e especuladores que administram ou possuem ações de empresa como a *United HealthCare* estão dispostos a extrair o máximo em lucros e dividendos de onde quer que seja, e após a promulgação da Lei 13.097 as portas dos serviços de saúde brasileiro foram abertos à presença desse capital.

O ingresso de capital estrangeiro na saúde é uma discussão que traz implicações em outras áreas, tanto do aspecto político quanto do aspecto econômico. A relação entre os assuntos e sua pertinência teórica não possui uma compreensão fácil. Com o objetivo de facilitar a exposição de maneira clara, buscou-se elaborar uma tabela sintetizando os principais argumentos contrários ao ingresso de capital estrangeiro na saúde expostos na presente dissertação.

O que se observa analisando os argumentos expostos é que a sequência dos fatos ocorridos na economia e na política brasileira ao longo dos últimos trinta anos corroboram para o avanço dessas medidas de cunho neoliberal, uma vez que a saúde faz parte de um projeto de Estado que não se limita a medidas pontuais. A partir dos anos 1990, o desmembramento e a alteração das instituições podem ser observados com mais intensidade nas áreas onde as possibilidades eram maiores e com menos intensidade, como é o caso da saúde, onde as barreiras pré década de 1990 estavam melhor estabelecidas.

O Quadro 2 busca sintetizar os argumentos presentes no texto, trazendo os autores que tratam dos argumentos com perspectivas diferentes:

Quadro 2- Argumentos contrários à abertura ao capital estrangeiro da saúde brasileira

<u>Autores que embasam o argumento</u>	<u>Argumentos:</u>
ABRES (2017); SCHEFFER (2015)	O capital estrangeiro irá se apropriar de um parte do fundo público de saúde
ABRES (2017)	A discussão para a autorização do ingresso de capital estrangeiro no Brasil foi realizada sem a seriedade necessária - Via Medida de Provisória que foi posteriormente convertida em Lei Federal
ABRES (2017)	A autorização do ingresso de capital estrangeiro na saúde é inconstitucional, pois vai de encontro ao artigo 199 da Constituição de 1988
ABRES (2017)	A partir da autorização irrestrita do ingresso de capital estrangeiro com a mudança do artigo 23 da Lei Federal 8.080/90 pela lei 13.047 fica extinta a necessidade de autorização do administrador do SUS para que o capital estrangeiro ingresse no país.
FILIPPON (2015)	Com base em experiência de outras áreas, pode-se concluir que o aumento da concorrência não significa melhora na oferta de serviços
FILIPPON (2015); SCHEFFER (2015); BAHIA <i>eat alli</i> (2016)	O capital estrangeiro que se estabelecer no país para explorar o setor de saúde tem por objetivo central obter elevadas taxas de lucro com o serviço, o que não implica necessariamente na oferta de serviços de qualidade
FILIPPON (2015); BAHIA <i>eat alli</i> (2016)	No longo prazo o ingresso de capital estrangeiro em deferentes setores da economia brasileira resultou em concentração de capital criando um oligopólio
ABRES (2017); FILIPPON (2015); SCHEFFER (2015)	A existência de um sistema privado estrangeiro ameaça a existência do SUS
SOUZA e MENDONÇA (2017)	Os impactos positivos e negativos do ingresso de capital estrangeiro na saúde podem resultar em um saldo negativo
ABRES (2017); SCHEFFER (2015)	O problema do subfinanciamento do SUS, ocasionado pelos desvios orçamentários causados pela DRU, pelo Tripé macroeconômico entre outros poderá se agravar com o ingresso de capital estrangeiro na saúde
FILIPPON (2015); SCHEFFER (2015); BAHIA <i>eat alli</i> (2016)	O capital estrangeiro tem um caráter especulativo e que busca lucros de curto prazo, com isso a oferta dos serviços de saúde poderá ser comprometido por uma alteração na visão da oferta dos serviços de saúde ao invés de buscar excelência, buscaram explorar o sistema de saúde reduzindo ao máximo os seus custos e expandindo ao máximo suas receitas

Os argumentos sintetizados no Quadro 2 ainda não foram esgotados. No âmbito jurídico, conforme exposto acima, há uma ADIN em tramitação no STF que pode alterar a atual condição da Lei 13.097, uma vez considerada inconstitucional, a lei perde sua validade legal e com isso o ingresso do capital estrangeiro na saúde terá de aguardar novas brechas para adentrar no país. Por outro lado, uma vez que o Supremo Tribunal Federal reconheça a constitucionalidade da lei, as barreiras ao ingresso do capital estrangeiro serão derrubadas e qualquer possibilidade de resistência no âmbito jurídico ficará prejudicada.

No âmbito econômico, a pressão do capital estrangeiro para ingressar no país já é perceptível, no caso emblemático do processo de aquisição das empresas de planos de saúde Amil pela multinacional norte americana do setor *Uniter Healthcare* mostra que a partir da legislação atual (no caso específico da lei que regulamenta os planos de saúde), o capital estrangeiro está disposto a expandir sua presença.

A pressão jurídico-econômica do capital estrangeiro para adentrar no país não ocorre de maneira passiva pelas entidades e organizações que lutam por qualidade no sistema de saúde brasileiro. Ocorre que a luta contra o capital estrangeiro não se limita ao âmbito da saúde. Considerando os processos similares de pressão política e econômica desse capital, o debate sobre a reforma da Previdência Social, sobre a Reforma Trabalhista ou sobre as privatizações estão diretamente ligados entre si e à questão da saúde, uma vez que o capital estrangeiro ou nacional ganha espaço em uma dessas áreas. Ele avança de maneira indireta em todas as outras.

## CONCLUSÃO

A contextualização das transições político-econômicas ocorridas no Brasil a partir da década de 1950 auxilia a compreender o assunto analisado pela presente dissertação. A visão aparente de que o ingresso de capital estrangeiro na economia brasileira teve início a partir da adoção das políticas neoliberais não se mostra correta à medida em que se compreende que mesmo as políticas de Estado desenvolvimentistas, que tinham como objetivo dar dinamismo e desenvolver as áreas industriais do país recorreram de maneira intensa ao capital estrangeiro para alcançar esse objetivo.

O período da Ditadura civil-Militar marcado pela propaganda nacionalista também não se furtou à associação ao capital estrangeiro como pilar essencial para o crescimento econômico no país. Constatou-se porém que as mudanças ocorridas no âmbito político e econômico a partir de meados da década de 1980 resultaram em uma transformação do Estado brasileiro.

As contradições sociais do Brasil que foram intensificadas a partir de políticas da Ditadura Militar, que acentuaram a desigualdade social, ficaram evidentes no processo de redemocratização, e os embates entre os anseios populares por melhores condições de vida se chocaram com os interesses da elite que não estava disposta a ceder ou abrir mão de seus privilégios.

Pode-se afirmar que a Constituição de 1988 é um reflexo de um momento histórico peculiar do Brasil, quando as contradições da sociedade ficaram mais evidentes na história recente, e por outro lado, constatou-se que além das barreiras legais, a aplicação das políticas públicas enfrentaria toda a estrutura política econômica pré estabelecida que resistiria as mudanças se valendo do arcabouço neoliberal que se expandiu pela América Latina ainda no começo dos anos 1990.

A saúde como um direito foi conquistada na Constituinte de 1988, mas a consolidação desse direito caminha a passos curtos e em alguns aspectos caminha para trás. Ao mesmo tempo em que na presente dissertação ficou evidente que a consolidação do SUS é um processo em andamento, as possibilidades de retrocesso também são evidentes.

A saúde é uma área de extrema importância para a consolidação do acesso à cidadania, na medida que consta na Constituição Federal como um direito básico do cidadão e um dever do Estado. Diante do que está previsto na Lei, a expectativa dos redatores da Constituição de 1988 caminhava no sentido da criação de um amplo sistema de assistência à saúde, que funcionaria com financiamento público. Ocorre que os desdobramentos políticos a partir de 1990 foram na contramão da ideia inicial.

Mesmo diante de uma situação complexa de desmonte do Estado, o SUS se consolidou como um importante mecanismo de proteção social, garantindo o acesso à saúde à maior parte da população brasileira que é desprovida de recursos para ter acesso ao sistema privado. Portanto, ressalta-se que o debate em torno da melhoria na saúde brasileira não pode excluir a melhoria do SUS.

A experiência do fomento ao ingresso da iniciativa privada em explorar a área da saúde não demonstrou o sucesso esperado e defendido pelos defensores do neoliberalismo. Ocorreu um processo de concentração e centralização de empresas formando um oligopólio com planos de saúde que oferecem serviços em muitos casos inferiores aos do SUS. Portanto, a experiência do livre mercado na área da saúde não se mostrou satisfatória, mesmo com todas as deficiências e carência de recursos, o SUS se mostrou mais capaz de atender às demandas da população brasileira.

A análise dos impactos da abertura de capital estrangeiro na assistência à saúde a partir da alteração da legislação trouxe o indicativo de como o governo e as políticas públicas no Brasil vem sendo tratadas no âmbito do cenário neoliberal. Desde o tratamento no âmbito jurídico, conforme demonstrado pelos artigos acadêmicos e pelas associações que atuam na área, ficou evidente a prioridade dada ao capital estrangeiro. Isso é perceptível na análise da MP n.656 que se converteu na Lei 13.097. Com a sua instituição, foi possível perceber a desarticulação de uma série de artigos de leis anteriores, incluído a própria Constituição Federal.

O que fica evidente no processo de abertura ao capital estrangeiro é que essa medida não está dissociada de outras, como a alteração na legislação

trabalhista, por exemplo. Isso ocorre uma vez que a presença de capital estrangeiro na área da saúde não está separada da garantia de altos ganhos para esse capital, que se valera de condições favoráveis como o fim de direitos trabalhistas para se consolidar no país. Além disso, as alterações na política fiscal do governo com a promulgação da EC95 deixam encurraladas as possibilidades de investimentos maiores na saúde, que tem como perspectiva sofrer novos cortes no orçamento.

Constata-se a partir das evidências empíricas que, apesar das peculiaridades dos diferentes governos que se alteraram no poder, a partir da década de 1990, há uma variação de intensidade dos ataques neoliberais aos serviços públicos.

Por fim, conclui-se que as políticas públicas de saúde no Brasil caminham em consonância com a lógica do Estado capitalista. Não se pode imaginar uma política pública universal em um Estado que caminha para a redução de sua importância na economia. De todo modo, observa-se que a busca pelo capital privado e no caso da análise do presente trabalho, do capital privado estrangeiro não está necessariamente associado à melhor oferta dos serviços de saúde. Os interesses do capital vão no sentido de expandir seus ganhos de maneira insaciável.

A presença desse capital na área da saúde é mais uma etapa da apropriação das políticas públicas, porém, dada a voracidade que esse capital demonstra, as perspectivas são de que ele busque chegar a todas as possibilidades de ampliação de seus lucros.

Realizar uma análise crítica desse processo de avanço do capital sobre as políticas públicas é necessário para combater o discurso ideológico que foi construído a partir da premissa da ineficiência do Estado como uma verdade absoluta. A análise crítica da entrada do capital estrangeiro na saúde permite concluir que para que haja o fortalecimento do SUS universal, público, gratuito e gerido pela sociedade é necessário ampliar a reflexão sobre a relação público-privado na saúde, diminuindo a influência do capital privado nesse setor e fortalecendo um serviço público de saúde com qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRES. Por que somos contrários ao capital estrangeiro na atenção à saúde: Veta Presidenta Dilma!. 2015. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/por-que-somos-contrarios-ao-capital-estrangeiro-na-atencao-saude-veta-presidenta-dilma.html>>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.
- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- \_\_\_\_\_. O fim da história: de Hegel a Fukuyama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992. Crítica Marxista, São Paulo, Brasiliense, v.1, n.1, 1994, p.111-114.
- AREND, Marcelo. 50 anos de industrialização do Brasil (1955-2005): uma análise 28 evolucionária. Porto Alegre: UFRGS, 2009. (Tese de Doutorado em Economia da UFRGS).
- BANDEIRA, Luiz Alberto Muniz. O governo João Goulart: as lutas sociais no Brasil (1961-1964). Edição ampliada. Brasília: UNB, 2001.
- BAHIA, Ligia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. Disponível em: <[http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriuDocumento.aspx?cd\\_documento=1814](http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriuDocumento.aspx?cd_documento=1814)>. Acesso em 10/11/2016.
- \_\_\_\_\_; SCHEFFER, Mario; TAVARES, Leandro Reis; BRAGA, Iale Faleiros. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudança no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro. v.32. 2016
- BEHRING, E. R. *A acumulação capitalista, fundo público e política social*. In: Boschetti I, Behring, E. R, SANTOS SMM, Miotto RCT, organizadoras. Política social no capitalismo: Tendências Contemporâneas. 2.Ed. São Paulo: Cortez; 2009. p. 44-63.
- BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988 [1]
- BRASIL. Emenda Constitucional nº86 de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF. 2015.
- BRASIL. Lei complementar n.º 141 Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização,

avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Lei complementar nº95. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. Brasília, DF. 1988. [2]

BRASIL. Emenda Constitucional nº95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. 2016.

BRASIL. Lei nº 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. Brasília, DF. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 1988 [3]

BRASIL. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; e dá outras providências. Brasília, DF. 2015.

BRASIL. Lei nº13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF. 2017.

BRASIL. Medida Provisória nº 656 de 7 de outubro de 2014. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores, prorroga benefícios, altera o art. 46 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada, e dá outras providências. Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177 de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2001.

BRESSER-PEREIRA. Luis Carlos. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal. Pesquisa e planejamento econômico, ed. 21. Abril de

1991. p.3-23. Disponível em: < <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1991/91-AcriseAmericaLatina.pdf>>. Acesso em: 15/11/2017.

CALLINICOS, Alex. *Bonfire of Illusions: the twin crises of the liberal world*. New York: John Wiley, 2010.

CARCANHOLO, Reinaldo. *A atual crise capitalista. O olho na história*. 2011. Disponível em: <<http://oolhodahistoria.ufba.br/wp-content/uploads/2016/03/reinaldo.pdf>> Acesso em 28/11/2016.

Carta ao povo brasileiro. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u33908.shtml>>. Acesso em 15/11/2017

CARCHEDI, Guglielmo & ROBERTS, Michael. *The long roots of the present crises: Keynesians, Austerians and Marx's law*. 2013. Disponível em: [http://resistir.info/livros/carchedi\\_roberts\\_2013.pdf](http://resistir.info/livros/carchedi_roberts_2013.pdf), último acesso 24/11/20016.

CARVALHO, Carlos Eduardo. Abertura do setor bancário ao capital estrangeiro nos anos 1990: os objetivos e o discurso do governo e dos banqueiros. *Revista Nova Economia*: Belo Horizonte. v.17. n.3 p.395-425.

CHESNAIS, François. *Finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo; 2005. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos economicos e politicos; p.35 – 67.

\_\_\_\_\_. *Finance Capital Today*; Leiden-Holanda: Brill My Book. 2016

Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 16 de junho de 2017

DARDOT, Pierre & LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo*. Trad. Mariana Echalar. São Paulo. Boitempo 1º Edição. 2016.

DATASUS: Sistema Único de Saúde. “Departamento de Informática do SUS”. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso: Novembro/2015.

DRAIBE, Sônia. *Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Vitória, 1964, p.135-136.

FILIPPON, Jonathan. Abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global brasileiro. *Saúde debate*: Rio de Janeiro. v.40. n.10. p. 1127-1137. 2015.

FILGUEIRAS, Luiz. Neoliberalismo e crise na América Latina: o caso de Brasil. CLACSO. Buenos Aires. 2003.  
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100723022522/filgueiras.pdf>. Último acesso: 10/11/2017.

\_\_\_\_\_. “O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico.” In: BASUALDO, Eduardo M. & ARCEO, Enrique. *Comp. Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales*. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p.176-206. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em: 28/11/2016

FUNCIA, Francisco. Terror Fiscal e Desmonte do SUS: uma ameaça à democratização da saúde. Domingueira da Saúde, Campinas. Disponível em:  
<http://www.idisa.org.br/img/File/DOMINGUEIRA%202016/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%2020023%202016%20-%2021%2008%202016%20ANEXO%20Terror%20Fiscal%20e%20Desmonte%20do%20SUS%20uma%20amea%C3%A7a%20%C3%A0%20de%20mocratiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 28/11/2016

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE: Publicações. Disponível em:  
<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=14>. Acesso em: 10/11/2016.

GOBETTI, Sérgio Wulff ; ORAIR, Rodrigo Octávio. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 2016. p.60

HOBBSAWN, Eric. *Era dos extremos. O breve século XX 1914 – 1991*. Companhia das Letras. São Paulo, 2015.

IANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A, 1971.

IASI, Mauro. Política, Estado e ideologia na trama conjuntural. Instituto Caio Prado Junior – ICP: São Paulo. 2018.

KEYNES, John Maynard. *Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*. Relógio d' Água Editores, São Paulo, outubro de 2010.

LACERDA, Antônio Correa de. *Globalização e investimento estrangeiro no Brasil*; Editora Saraiva, São Paulo, 2004. p.78-112.

LAPAVITSAS, COSTAS. *et al. Crisis in the Eurozone*. London: Verso, 2012.

\_\_\_\_\_. *Financialisation and Capitalist Accumulation: Structural accounts of the crises of 2007- 9*. Discussion Paper n.16, Research on Money and Finance, Feb. 2010. Disponível em: <[http://www.ereensep.org/images/pdf/rmf/discussion\\_papers/RMF-16-Lapavitsas.pdf](http://www.ereensep.org/images/pdf/rmf/discussion_papers/RMF-16-Lapavitsas.pdf) > Acesso em: 28/11/2016.

LEOPOLDI, Maria Antonieta. O deficit caminho do meio: Estado, burguesia e industrialização no segundo governo Vargas (1951-54). In: GOMES, A. (Org.). Vargas e a crise dos anos 50. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MACHADO, Felipe Galvão. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no estado brasileiro: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo. 2017. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Saúde Pública Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. *A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: 1985 a 2008*. Economia e Sociedade, Campinas, v.21, n.2, p.345 – 362, ago. 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. *A saúde pública brasileira sob a batuta as nova ordem*. In: MARQUES; FERREIRA, M. (Org.) *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2009.

MARQUES, Rosa Maria; ANDRADE, Patrick Rodrigues. *O capital como “antivalor”: considerações sobre a mercadoria-capital e o fetiche-perfeito*. 2016. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/acadex.articles/Articles/56d9d6c3856af8ea20c0efe0-fileidentified.pdf>> . Acesso em: 28/11/2006.

MARQUES, Rosa Maria; NAKATANI, Paulo. *O que é capital fictício e sua crise*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2009.

Jaime; MORALES, Josefina; MARQUES, Rosa Maria (coord.). Desarrollo y crisis en el capitalismo. *.El capital ficticio y los capitales extranjeros en Brasil*. Puebla: BUAP, Facultad de Economía; México: UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas, 2013. Disponível em: [http://resistir.info/livros/crisis\\_global\\_y\\_capital\\_ficticio.pdf](http://resistir.info/livros/crisis_global_y_capital_ficticio.pdf). Acesso em: 27/01/2018

MARQUES, Rosa Maria. *O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo*. Vitória, Argumentum, v. 7 n° 2, 2015.

MARQUES, Rosa Maria; Sergio Francisco Piola e Alejandro Carrilo Roa. *Associação Brasileira da Saúde (ABRES)*. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento. Athalaia. Rio de Janeiro, 2016. p.36 – 168.

MARQUES, Rosa Maria. *A proteção social e o mundo do trabalho*. Tese de Doutorado. Fundação Getúlio Vargas, 1996.

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4650/1199700542.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. ultima visualização: 10/11/2017.

MARX, Karl. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro I, Volume I. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro I, Volume II. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro II, Volume III. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro III, Volume IV. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro III, Volume V. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Livro III, Volume VI. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

\_\_\_\_\_. *Grundrisse. Manuscritos econômicos de 1857 – 1858*. Esboços da crítica da economia política. Duayer M, supervisão de edição. São Paulo: Boitempo, 2011.

\_\_\_\_\_, Engels F. *A ideologia alemã*. Sader E, prefaciador. Enderle E, Scheider N, Martorano LC, tradutores. Konder L, supervisor de edição. São Paulo, 2007.

MENDES, Áquilas. *A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?*. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, v. 24, p. 66-81, 2015.

MENDES, Áquilas. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Áquilas. *Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise*. In: Helton Saragor de Souza; Áquilas Mendes. (Org.). *Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco*. 1ed. Rio de Janeiro: Doc Content, 2016, v. 1, p. 15-41.

MENDES, Áquilas. MARQUES, R. M. *O GOVERNO LULA E A CONTRA-REFORMA PREVIDENCIÁRIA*. *SÃO PAULO EM PERSPECTIVA*, 18(3): 3-15, 2004. Disponível em: [http://www.sindifisconacional.org.br/images/justica\\_fiscal/RGPS/textos\\_artigos/o-governo-lula.pdf](http://www.sindifisconacional.org.br/images/justica_fiscal/RGPS/textos_artigos/o-governo-lula.pdf). Ultimo acesso em: 10/11/2017.

MENDES, Áquilas. *A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa*. *Futuro do Brasil Ideias para Ação*. Centro de Estudos Estrategicos da Fio Cruz. 2017. Disponível em: <[www.cee.fiocruz.br/?q=node/611](http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/611)>. Acesso em: 27/01/2018.

- MÉSZÁROS, I. Para além do capital. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2002.
- NAKATANI, Paulo. Estado e acumulação do Capital. Análise Econômica: Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre. v.8. p.35-65. 1968.
- NETO. Eduardo Haydem Carvalhaes. Lei Federal autoriza capital estrangeiro no setor de assistência à saúde. [online] 2015. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI215558,41046-Lei+Federal+autoriza+capital+estrangeiro+no+setor+de+assistencia+a>>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Org. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. CEBES. 2010, p. 68 – 86. Disponível em: <<http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017
- SCHEFFER, Mário. O capital financeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Caderno de Saúde Pública. [online]. Rio de Janeiro: Perspectivas., 2015.p. 663-666.
- SINDSIP. Manifesto: Não à entrada do capital estrangeiro na Saúde!. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Disponível em: <<http://www.sindypsipr.com.br/site/manifesto-nao-a-entrada-do-capital-estrangeiro-na-saude/>>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.
- NOGUEIRA, Leonardo Gomes. A Saúde nas mãos do capital estrangeiro. Revista Carta Capital [online]. São Paulo. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/a-saude-nas-maos-do-capital-estrangeiro>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.
- OCKÉ-Reis Carlos Octavio, SANTOS FP dos. Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003 -2006. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. (Texto para discussão, nº. 1637). Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/130528\\_notatecniciadiest05.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecniciadiest05.pdf). Acesso: 28/11/2016.
- PACHUKANIS, Evguiéni B. Teoria Geral do Direito e Marxismo. São Paulo: Boitempo, 2017.
- Paim JS. O QUE É SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009, p. 12 - 76
- PAULANI, Leda M. “Capitalismo Financeiro, Estado de Emergência Econômico e Hegemonia às Avessas no Brasil”. In: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy & RIZEK, Cibele. Hegemonia às Avessas - Economia, Política e Cultura na Era da Servidão Financeira. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010. p.116-42.

- \_\_\_\_\_; PATO, C. G. G. (2005). Investimentos e servidão financeira: O Brasil no ultimo quarto de século. In Paula J.A (org). Adeus desenvolvimento: A opção do governo Lula. São Paulo. Autentica Editora.
- PIOLA, S. Francisco. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de um rumo. Brasília (DF): IPEA, 2013. ( Texto para discussão, n 1846)
- PLIHON, Dominique. *As grandes empresas fragilizadas pela finança*. In *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. Org. François Chesnais. São Paulo, Boitempo, 2005.
- PRESIDENCIA DA REPÚBLICA: Casa Civil. “Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: Novembro de 2016.
- ROBERTS, Michael, The long depression: How it happened, Why it happened and What happens next. Haymarket Books, 2015. p.25.
- \_\_\_\_\_. Endencies, triggers and tulips - The causes of the crisis: the rate of profit, overaccumulation and indebtedness - Presentation to the Third Economics seminar of the IIRE, 14 February 2014, Amsterdam, Netherlands. Disponível em: <https://thenextrecession.files.wordpress.com/2014/02/presentation-to-the-third-seminar-of-the-fi-on-the-economic-crisis.pdf>, ultimo acesso em 24/11/2016.
- ROCHA, Enid. A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. 20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social, Anfip, Brasília, 2008.
- SANTOS, Isabela Soares; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; BORGES, Danielle das Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131
- SHILLER, Robert. Irrational Exuberance, 2000. Disponível em: <http://digamo.free.fr/shiller2000.pdf>. último acesso: 24/11/2016.
- SILVA, Francisco Carlos Teixeira da. Os fascimos. In: REIS FILHOS, Daniel; FERREIRA, Jorge; ZENHA, Celeste (Org.). O século XX. Rio de Janeiro, civilização brasileira 2000.
- SIMESP. REVISTA DR!. São Paulo: SIMESP. nº86. 2016. Trimestral.

- SOUZA, Diego de Oliveira & MENDONCA, Henrique Pereira Freitas de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.62, pp.543-552. Disponível online: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000300543&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000300543&script=sci_abstract&tlng=pt). último acesso em 12/11/2017.
- VAROUFAKIS, Yanis. *O Minotauro Global: A verdadeira origem da crise financeira e o future da economia global*. Trad. Marcela Werneck. São Paulo. Editora Autonomia Literária, 2016. 32 p.
- Vaz, Lilian Fessler Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos — a modernização da moradia no Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: [http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/art\\_1994\\_corticosp\\_favelas\\_edifícios\\_apartamentos\\_modernização\\_moradia\\_Rio\\_Janeiro.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/art_1994_corticosp_favelas_edifícios_apartamentos_modernização_moradia_Rio_Janeiro.pdf) . Acesso : 20/08/ 2017
- WILLIAMSON, John. A short history of the Washington Consensus. Paper commissioned by Fundación CIDOB for a conference “From the Washington Consensus towards a new Global Governance. Barcelona, Sept. 24-25th, 2004. Disponível em: <https://piie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf>. Acesso: 28/11/2016.