



Entidades Empresariais em Saúde e a Política Nacional de Saúde – da Saúde como direito de todos e dever do Estado à Saúde como Serviço não-exclusivo do Estado¹

IALÊ FALLEIROS; SARAH ESCOREL & LÍGIA BAHIA

EPSJV/Fiocruz; ENSP/FIOCRUZ e Universidade Federal do Rio de Janeiro
iale@fiocruz.br, sescorel@ensp.fiocruz.br e ligiabahia@terra.com.br

Resumo:

Este trabalho enfoca as entidades de representação dos empresários da saúde brasileiros na primeira década de 2000, com destaque para a atuação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), buscando compreender valores e ideias presentes nas suas agendas e suas interfaces com a política nacional de saúde. Conclui-se que tais entidades empresariais vêm atuando no direcionamento da política de saúde brasileira nas últimas duas décadas, visando a ampliar sua organização política, graças ao trabalho de difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão privada como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde, sejam eles privados, públicos ou geridos mediante parcerias público-privadas.

Palavras-chave:

Política de saúde brasileira; relação público-privado na saúde; setor privado e saúde; entidades empresariais na saúde.

Abstract:

This work focuses on the representation of business entities in Brazilian health in the first decade of 2000, with emphasis on the work of the National Confederation of Health, Hospitals, Establishments and Services (CNSa in Portuguese), trying to understand the values and ideas present in their agendas and their interfaces with national health policy. It is concluded that such business entities have been working in steering the Brazilian health policy over the last two decades, seeking to increase their political organisation, thanks to the work in disseminating values and ideas related to the ability of private management as a parameter to be followed by health services, whether they are private, public or managed through public-private partnerships.

Keywords:

Brazilian health policy; public-private relationship in health; private sector and health; business entities in health.

¹ Este trabalho apresenta parcialmente os resultados da tese de doutorado de Ialê Falleiros Braga, intitulada “Entidades empresariais e a política nacional de saúde – da cultura de crise à cultura da colaboração” (Braga, 2012), orientada pelas professoras Sarah Escorel e Lígia Bahia, e defendida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Neste artigo, Ialê Falleiros se responsabilizou pela elaboração e redação do texto; Sarah Escorel, pela edição e revisão crítica quanto aos conteúdos conceituais; e Lígia Bahia, pela problematização do tema.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído no Brasil a partir da luta dos movimentos por ampliação de direitos de cidadania pelo Estado, no contexto mais amplo de luta pelas liberdades democráticas na década de 1980. Essa luta foi coordenada pelo movimento da reforma sanitária, cujas bases se assentam nos movimentos de estudantes, médicos residentes e de professores universitários que consolidaram, desde os anos 1970, o campo da saúde coletiva e forneceram as bases para a construção de um projeto de sistema nacional de saúde de caráter desmercantilizado, universalizante, unificado, descentralizado, regionalizado e participativo (Escorel, 1998).

Ao longo do processo de redemocratização, a perspectiva de criação de um aparato estatal capaz de atuar mais fortemente na garantia dos direitos sociais no país possibilitou a aproximação às propostas do movimento sanitário por um amplo contingente de sindicalistas, secretários de saúde e grupos parlamentares. Ao defender o investimento na ampliação do sistema público de saúde e um maior controle público sobre os serviços privados contratados, esse projeto se confrontava diretamente com os interesses econômico-corporativos dos empresários da área. Para se contrapor a esse projeto, as entidades empresariais de saúde se moveram, ao longo das duas décadas seguintes, na direção de uma ampliação de sua representação política, como se discute a seguir.

É importante destacar que, a partir dos anos 1990, o avanço do capitalismo neoliberal no país, com a reforma da aparelhagem estatal, fomentou o desenvolvimento de novas formas de articulação público-privadas no provimento das políticas sociais. A opção política pela transferência de recursos financeiros para a rede de saúde privada conveniada ao SUS foi complementada pelo estímulo a “formas heterodoxas de contratação de pessoal, fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos, e contratação de consultores e consultorias”, disseminando uma “adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema de saúde público” (Bahia, 2008: 149). Ainda, os serviços privados de saúde passam a ser regulados, a partir de 2000, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência estatal autônoma ante o Ministério da Saúde e o órgão máximo de controle social, o Conselho Nacional de Saúde.

A criação da Confederação Nacional da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSa), em 1994, expressa a ampliação da organização política desses empresários que, por meio dessa organização sindical patronal de grau superior², podem fazer representar conjuntamente seus interesses privados hospitalares, de clínicas, laboratórios e empresas vendedoras de planos de saúde. Esta análise tem como propósito avaliar o campo de forças políticas e a correlação de forças no atual contexto, com vistas a ampliar o ângulo de análise dos rumos assumidos pela política de saúde no Brasil.

O artigo investiga as estratégias de difusão acionadas pela CNSa em defesa dos interesses econômico-corporativos de seus afiliados frente aos interesses dos trabalhadores da área e em favor dos interesses ético-políticos do conjunto formado pelas diversas frações

² De acordo com a Constituição Federal brasileira, o Sistema Confederativo é definido hierarquicamente a partir de três instâncias: sindicatos (associações de base ou de primeiro grau, responsáveis pelas negociações coletivas de trabalho), federações (formadas por um grupo de sindicatos, atuantes em âmbito regional ou estadual) e confederações (organizações de cúpula ou de terceiro grau criadas por um grupo de federações, atuando em esfera nacional e tendo como função primordial a coordenação das federações e dos sindicatos do setor que representa). As confederações sindicais podem propor ação de inconstitucionalidade (art. 103) (Brasil, 1988).

empresariais atuantes na área da saúde na primeira década do século XXI. Para situar a atuação da CNSa no âmbito das instituições do Estado e na sociedade civil, são analisadas as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) apresentadas pela entidade ao Supremo Tribunal Federal (STF) entre 1994 e 2010. Ainda, são consideradas as anotações de campo e os documentos coletados durante a observação realizada na Feira + Fórum Hospitalar 2011, organizada pela entidade.

A primeira seção situa, no Brasil no contexto posterior à inscrição do SUS na Constituição de 1988, as principais estratégias empresariais empreendidas para negociação com as demandas articuladas pelos trabalhadores – por redução da carga de trabalho e reajuste salarial – e com o poder público – por repasses, isenções e regulamentações. Este será o tema de discussão da segunda seção, na qual se analisam as formas organizativas assumidas capazes de se sobreporem às divergências internas entre frações empresariais hospitalares e de planos de saúde, em nome de um projeto empresarial comum para a área, fundamentado na cultura da ‘colaboração’.

Nas considerações finais, avalia-se que as estratégias de difusão de uma cultura da colaboração público-privada no provimento dos cuidados à saúde da população brasileira nos últimos 25 anos vêm se constituindo motor fundamental para o recente aumento do dinamismo empresarial na área da saúde.

1. Da saúde como direito de todos e dever do Estado à saúde como serviço não exclusivo do Estado

A agenda neoliberal, amplamente difundida para os países latino-americanos na década de 1990, tinha como itens centrais o controle do gasto público, a privatização de empresas estatais e a restrição das funções do Estado, e incidiu sobre mercados financeiros e conquistas sociais alcançados pela classe trabalhadora, fundando, sob os imperativos da acumulação financeira, uma nova fase na qual se verifica o maior processo de concentração de capital da história. O discurso neoliberal de crise irrompeu na década de 1990 reconfigurando a noção de qualidade na saúde, pautando-a cada vez mais pela relação custo-benefício. Nesse sentido, a solução para a crise econômica/gerencial estaria no remodelamento do aparato do Estado e das suas funções, bem como na modificação de seu relacionamento com o setor privado, em especial no que tange às políticas sociais (Mota, 1995).

A ascensão da social-democracia reformada às esferas centrais do poder estatal (1995-2002) possibilitou a edificação de uma nova noção de ‘público’, não mais identificada como ‘estatal’, mas como ‘de interesse público’. Sustentada pelo movimento coordenado em âmbito mundial pela Cúpula da Governança Progressista, a chamada Terceira Via reconfigurou o neoliberalismo, recompondo o consenso acerca do modo de vida capitalista como única via, mediante a constituição de uma nova relação Estado-sociedade baseada na democracia como colaboração e na coesão social para o pleno avanço do capital na virada do século XXI (Neves, 2005). No Brasil, a reforma da aparelhagem estatal promovida pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), a partir de 1995, projetou a transição de um modelo de Estado tido como burocrático para o modelo gerencial. A justificativa apresentada era sua suposta capacidade de garantir maior eficácia frente ao velho aparelho, que, segundo o Plano

Diretor da Reforma, “de agente de desenvolvimento, se transformava em seu obstáculo” (Bresser-Pereira, 1997: 14).

A saúde passou a figurar como “serviço público não exclusivo do Estado”, devendo ser financiado e regulado pelo poder público, e executado, competitivamente, pelo chamado setor público não estatal (Brasil, 1995). Consta no segundo Cadernos Mare da Reforma do Estado, que “a implementação de Organizações Sociais é uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado”. A figura jurídica das Organizações Sociais (OS) (Lei n. 9.637/1998), expressa as ‘organizações públicas não estatais’ que, por serem de direito privado, tenderiam “a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado” (Brasil, 1997: 7) e estariam qualificadas a se habilitarem a “receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado”, a partir de contratos de gestão (Brasil, 1997: 14).

Não sem resistência organizada na sociedade civil, esse novo modelo vem sendo implementado nas unidades de atenção básica e em hospitais públicos nas últimas duas décadas no país. A criação de agências estatais autônomas é outro pilar da reforma. Entidades históricas do movimento sanitário, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), além de diversas entidades sindicais de trabalhadores, conselhos regionais profissionais, associações e fóruns populares organizados no Brasil, bem como o próprio Conselho Nacional de Saúde, vêm se manifestando contra o modelo de administração pública via OS, bem como contra a indicação de representantes empresariais para a diretoria da ANS. Ainda assim, a ANS vem sendo dirigida, desde 2009, por ex-funcionários de empresas de planos e seguros de saúde, nomeados pela presidência da República.

O apoio aos hospitais filantrópicos continua sendo fomentado, articulado à nova noção de público, por meio da abertura de linhas de crédito junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para sua reestruturação financeira e do aporte adicional de recursos para financiamento de débitos de tais hospitais com o Estado e com fornecedores, por meio de programas governamentais. Ainda, a quantidade de leitos públicos estipulada para concessão do certificado de filantropia foi diminuída pelo Decreto n. 4.481/2002, que criou a categoria “hospitais estratégicos” e reduziu o percentual de atividades voltadas ao atendimento universal (Bahia, 2008).

Ao mesmo tempo, o aparato estatal brasileiro vem estabelecendo programas de empréstimos para a rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS, que é majoritariamente privada. O maior desses programas, denominado Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus – empréstimo n. 4.047/BR), iniciado em 1996, contou com cerca de US\$ 600 milhões disponibilizados pelo Governo Federal e pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), para recuperação da rede física dos hospitais públicos e privados conveniados. Esses recursos possibilitaram que tais estabelecimentos de saúde comprassem equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis e realizassem obras de reforma, ampliação e conclusão de suas instalações. Parte desse montante também foi aplicada em projetos para a adequação da gestão desses estabelecimentos aos padrões gerenciais.

Em 2011, o BNDES disponibilizou linhas de crédito de R\$ 1,2 bilhão para seis hospitais privados filantrópicos definidos pelo Ministério da Saúde como “estratégicos”, ainda que

possam não ofertar nenhum leito público. Com nove anos para pagamento, esse crédito pode ser utilizado para melhoria da infraestrutura hospitalar (construção, reforma e modernização) e compra de equipamentos para exame. De acordo com o suplemento “Valor Setorial”, do jornal Valor Econômico, publicado em novembro de 2011 e intitulado “Hospitais, equipamentos e serviços médicos”, a contrapartida oferecida por esses hospitais pelo investimento estatal pode envolver transferência de tecnologia de gestão, cursos, pesquisa e, até a construção de hospitais comunitários.

Essas novas articulações público-privadas vêm se dando em meio à crescente incorporação de inéditas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e de informação, que abrem oportunidades de negócios na área, a ponto de, nos anos finais da primeira década do século XXI, a saúde ser afirmada como um poderoso e virtuoso setor da economia, por ser capaz de gerar empregos diretos e indiretos, na área assistencial e nas áreas de produção de medicamentos, equipamentos, tecnologia, inovação e insumos estratégicos. As novas tecnologias da informação vêm se difundindo na área, por meio dos prontuários eletrônicos e da padronização de terminologias e tabelas de procedimentos. Essas são formas de facilitar o fluxo de informações sobre os pacientes e a comunicação entre prestadores de serviços, empresas de planos e seguros e órgãos financiadores e reguladores, bem como de instituir um maior controle sobre os processos de trabalho. Bases informatizadas com dados médicos e de utilização de insumos, assim como registros de toda ordem sobre procedimentos e resultados, incluindo números sobre ‘satisfação do cliente’, passam a indicar novos ordenamentos para as práticas profissionais.

Destacam-se, ainda, o aperfeiçoamento e a criação de novas tecnologias aplicadas à área terapêutica, permitindo “a realização de procedimentos menos invasivos, expondo os pacientes a menos riscos, bem como diminuindo a permanência dos pacientes nos hospitais”. A medicina baseada em evidências e a qualificação dos hospitais segundo padrões internacionais de gestão empresarial, entre outras inovações no modo de produzir assistência à saúde, ganham projeção a partir da incorporação dessas tecnologias pelos hospitais privados (Lima, 2010: 364). As mudanças nas relações de trabalho nessas instituições, desde os anos 1990, podem ser observadas, entre outros elementos, a partir da terceirização, da incorporação de incentivos ao salário dos trabalhadores contratados e do aumento da produtividade do trabalho. Tais valores, ideias e práticas vêm obtendo êxito graças à atuação orgânica das entidades patronais na área da saúde nas últimas duas décadas.

2. Entidades empresariais e a difusão da cultura da colaboração na área da saúde

Expressando o aquecimento dos negócios que envolvem a área da saúde, a criação da CNSa, em 1994, pode ser compreendida como uma ampliação do grau de organização política desse bloco econômico. Representando os interesses empresariais dentro e fora do local de trabalho, a CNSa tem atualmente como filiadas todas as entidades prestadoras de serviços privados de saúde ligadas aos seus sindicatos patronais, bem como a associações tradicionais representantes de hospitais filantrópicos, como a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), e associações mais recentes, como a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Representa, ainda, empresas de planos de saúde e de autogestão, com exceção dos planos vinculados a seguros. A análise a seguir procura

demonstrar de que forma a criação de uma entidade sindical de terceiro grau própria vem garantindo a tais empresários maiores possibilidades de defesa de seus interesses tanto corporativos como ético-políticos na área da saúde.

Foram localizadas 14 Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) impetradas pela CNSa ao Supremo Tribunal Federal entre 1994 e 2010. A partir delas, foi possível mapear confrontos importantes de âmbito econômico-corporativo na relação entre empresários e trabalhadores, bem como frente à perspectiva do exercício constitucional dos entes estatais de regular, controlar e fiscalizar as atividades privadas de saúde.

De acordo com a investigação realizada, a CNSa consolidou seu papel sindical patronal de âmbito nacional, com a apresentação das ADI relacionadas aos interesses empresariais dos planos e seguros de saúde e das entidades assistenciais privadas não lucrativas. A mais expressiva – ADI n. 1.931/1998 (Supremo Tribunal Federal, 1998) – incide contra a regulação pública, em âmbito federal, das atividades desenvolvidas pelos planos e seguros de saúde, questionando o atributo estatal de regulamentá-lo e de exigir ressarcimento ao SUS por essas empresas pelo uso de infraestrutura pública de saúde pelos seus clientes. O questionamento geral expresso na ADI n. 1931 tem por base o argumento de que é dever do Estado brasileiro prover assistência universal à saúde. Cumpre ressaltar que o ressarcimento proposto na lei em questão não deve incidir sobre os clientes dos planos, mas sobre as empresas que exploram esses serviços, obtendo lucro com sua comercialização, realizada por pré-pagamento, e que são favorecidas por sua subutilização.

A maioria das ADI impetradas fazem apelo à noção de parceria e à ideia de colaboração com o aparato estatal no provimento público assistencial à saúde. Incidem contra as sucessivas leis criadas para disciplinar a imunidade de contribuições sociais às entidades filantrópicas ou beneficentes de assistência social e de saúde, bem como contra a gratuidade dos serviços ofertados para concessão do título de filantropia. Os argumentos da CNSa são os de que tais entidades são “eficientes parceiros do setor governamental para enfrentar os tremendos desafios do terceiro milênio”, e expressam iniciativas de a “sociedade colaborar com o Estado no desempenho das atividades de interesse público” (ADI n. 2.621/2002) (Supremo Tribunal Federal, 2002) devendo, nessa perspectiva, ser isentadas da cobrança de impostos, ainda que comercializem parte de seus serviços. Representam, nesse caso, os interesses econômico-corporativos da fração empresarial conveniada ao SUS, tendo em vista a garantia, manutenção e ampliação dos incentivos financeiros governamentais para o desempenho de suas atividades. As ADI impetradas pela CNSa que incidem contra as demandas dos trabalhadores questionam a legitimidade tanto da obrigatoriedade de vinculação de profissionais a conselhos regionais (ADI n. 4.399/2000) (Supremo Tribunal Federal, 2000) quanto da eliminação da negociação coletiva na definição de carga de trabalho pela fixação da sua duração, “comprometendo o equilíbrio econômico do setor de saúde brasileiro” (ADI n. 4468/2010) (Supremo Tribunal Federal, 2010).

Embora esta pesquisa não tenha mapeado o conjunto de Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) encaminhadas pela CNSa, registram-se duas dessas arguições direcionadas ao Tribunal Superior do Trabalho. A primeira alega inconstitucionalidade das decisões judiciais em favor do pagamento de adicional noturno (20% a mais) em prorrogação de jornada noturna cumprida após as 5h da manhã (ADPF 227, de 29 de março de 2011, aguardando julgamento) (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a); e a segunda se apresenta a favor do

pagamento de adicional de periculosidade para exposição à radiação ionizante (ADPF n. 229, de 5 de abril de 2011, segmento negado) (Tribunal Superior do Trabalho, 2011b). O que a CNSa considera como “bem maior a ser tutelado e a necessidade de decisão liminar” são os graves prejuízos financeiros que as medidas causarão aos estabelecimentos de saúde do país, principalmente os hospitais beneficentes e/ou que prestam serviços ao SUS, em seus termos, em face da “caótica situação financeira do setor saúde neste País”, que tem levado ao “atraso de repasse do pagamento dos serviços prestados” e ao “desacato ao princípio do equilíbrio financeiro dos contratos, em razão do baixo valor remuneratório dos serviços, fixados de forma unilateral e totalmente descompromissada com a realidade das instituições” (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a: 16; Tribunal Superior do Trabalho, 2011b: 14). Ainda, afirma-se que os pisos salariais dos profissionais da saúde são “consideravelmente elevados”, em função da qualificação exigida, e que a categoria patronal “não dispõe de condições financeiras sequer para conceder reajustes salariais anuais”, o que torna a prestação de serviços de saúde, em todo o país, “financeira e operacionalmente inviável” (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a: 17; Tribunal Superior do Trabalho, 2011b: 14-15).

A leitura dessa documentação possibilita verificar que, a despeito da concorrência entre estabelecimentos privados de saúde, e mesmo entre hospitais e empresas de planos de saúde, a CNSa vem buscando organizar os interesses econômicos das várias frações empresariais na área. Autorizada a se manifestar em nome do conjunto desses interesses, a CNSa detém argumentos que envolvem a problemática dos repasses financeiros públicos, diretos ou indiretos, acionando um ou mais argumentos sem a necessidade de explicitar as frações que, mais diretamente, delas se beneficiariam em cada circunstância.

Em paralelo às disputas em nível econômico-corporativo frente ao Estado e aos trabalhadores, um ‘pacto de colaboração’ pode ser verificado nas publicações e nos eventos que a CNSa organiza, como a Feira + Fórum Hospitalar, uma feira de negócios em equipamentos, produtos e serviços, e de fóruns de discussão de políticas setoriais, reunidos em torno do Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (Classaúde). Evento anual desde 1994, o Classaúde apresenta como objetivo nortear a saúde no país e contribuir para melhor gerenciar e otimizar os recursos financeiros e humanos dos estabelecimentos da área. Seus organizadores afirmam que a rede de atendimento à saúde brasileira é exemplar por sua composição público-privada, formada pelo sistema universal de assistência pública (SUS) e pelo sistema de saúde suplementar (planos corporativos). Para melhoria da gestão e da assistência ao paciente, contudo, determinam que é preciso investir em uma agenda conjunta de discussões de políticas de saúde (Confederação Nacional de Saúde, 2009).

Essa estratégia de propagação de uma cultura da colaboração potencializa a noção de público não estatal na área, borrando antigas distinções entre interesses envolvidos na assistência à saúde prestada por entes públicos e privados. Por meio da difusão da ‘colaboração’ como padrão de relacionamento público-privado, a resolução dos problemas ligados à saúde da população brasileira passa a ser compreendida a partir da união de esforços entre consumidores/clientes, trabalhadores da saúde, empresários e instituições estatais. Tal visão de mundo pressupõe que os conflitos entre interesses públicos e privados são, necessariamente, superados em prol desse pacto de colaboração, remetendo à ideia de “sociedade de bem-estar”, como definida pela social-democracia reformada (Giddens, 2001), e apresentada no plano de

reforma gerencial do Estado brasileiro (Brasil, 1995). Tal projeto vem, de fato, promovendo a expansão e a sustentabilidade do mercado privado de serviços públicos não estatais – em contraponto ao modelo de saúde pautado nos princípios de um Estado de bem-estar social.

Considerações finais

A Constituição Federal de 1988 foi construída no mesmo contexto em que o neoliberalismo se difundia nos países capitalistas latino-americanos. A democracia, que correspondia ao direito de participação nas decisões políticas e ao dever do Estado na implementação das políticas sociais, foi tomada e realinhada pelo projeto capitalista atualizado pela social-democracia mundial, transmutando-se em “neoliberal de Terceira Via” (Neves, 2005). Tal inflexão das políticas sociais seguiu uma tendência mundial, mas, no Brasil, vem reeditando relações público-privadas nas quais o privado patrocinado pelo poder público sempre foi regra.

As forças políticas empresariais atuantes na área da saúde, valendo-se da cultura de crise, bem como das novas modelagens para o Estado brasileiro (Brasil, 1995), vêm abrindo novos caminhos para um pacto de colaboração com as forças sociais em defesa dos valores, ideias e práticas instituídos pelo movimento sanitário. Suas estratégias promovem o enfraquecimento das lutas pelo SUS como sistema público de saúde universal e regulado pelo controle social, assim como do ideário mais amplo da proposta da reforma sanitária de democratização da saúde pela intersectorialidade e pela mudança da cultura médica e tecnológica centrada nos interesses empresariais.

Embora a harmonia, o equilíbrio e o otimismo sejam a tônica do ideário da ‘colaboração’, verifica-se que esta não vem sendo capaz de superar problemas fundamentais nos cuidados à saúde da população brasileira. Se – como indica Gramsci – a hegemonia é sempre provisória, é papel dos estudiosos da saúde coletiva empenhados na construção de um sistema de saúde desmercantilizado e gerido por valores socialmente referenciados compreender as estratégias de obtenção do consenso que vão na sua contramão.

Referências

- BAHIA, Lígia (2008), “A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal – 1998-2008”, in: MATTIA, Gustavo & LIMA, Júlio (orgs.), *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/EPSJV, 123-185.
- BRAGA, Ialê Falleiros (2012), *Entidades Empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*, Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- BRASIL (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*, Diário Oficial da União, 6 out.
- BRASIL (1995), *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- Brasil (1997), *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Organizações Sociais. Cadernos Mare da Reforma do Estado, 2*, Brasília, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos (1997), "A reforma do Estado nos anos 90: lógicas e mecanismos de controle", *Cadernos Mare da Reforma do Estado*, 1, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (2009), "Hospitalar 2009: o mundo deve se voltar para o sistema de saúde brasileiro, Brasil", *Revista + Saúde*, 9(1): 12-13 [Online], disponível em www.cns.org.br/cns/_msau/2009/ed_01_09.pdf [consultado em 12 maio 2011].
- SCOREL, Sarah (1998), *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- GIDDENS, Anthony (2001), *A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*, Rio de Janeiro, Record.
- GRAMSCI, A. (2022), *Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Vol. 3.
- LIMA, Júlio César França (2010), *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- MOTA, Ana Elizabete (1995), *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*, São Paulo, Cortez.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley (2005), *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*, São Paulo, Xamã.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (1998), *Ação Direta de Inconstitucionalidade* n. 1.931, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2000), *Ação Direta de Inconstitucionalidade* n. 4.399, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2002), *Ação Direta de Inconstitucionalidade* n. 2.621, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2010), *Ação Direta de Inconstitucionalidade* n. 4.468, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (2011a), *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental* n. 227, movida pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (2011b), *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental* n. 229, movida pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Segmento Negado.