XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

BENEDITO CEREZZO PEREIRA FILHO

SÉRGIO HENRIQUES ZANDONA FREITAS

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Benedito Cerezzo Pereira Filho; Saulo De Oliveira Pinto Coelho; Sérgio Henriques Zandona Freitas - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-451-8
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Cooperativismo. 3. Cotas.

4. Vulnerabilidade. XXVI EncontroNacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O XXVI Encontro Nacional do CONPEDI foi realizado em Brasília – Distrito Federal, em parceria do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI) com o Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da UNB - Universidade de Brasília, a Universidade Católica de Brasília – UCB, o Centro Universitário do Distrito Federal – UDF e com o Instituto Brasiliense do Direito Público – IDP, no período de 19 a 21 de julho de 2017, sob a temática DESIGUALDADES E DESENVOLVIMENTO: O papel do Direito nas políticas públicas.

O Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas III desenvolveu suas atividades na data de 21 de julho de 2017, no Centro Internacional de Convenções do Brasil (CICB), em Brasília-DF, e contou com a apresentação de vinte artigos científicos que, por suas diferentes abordagens e aprofundamentos científico-teórico-práticos, possibilitaram discussões críticas na busca de aprimoramento do renovado sistema de políticas públicas brasileiro.

Os textos foram organizados por blocos de temas, coerentes com a sistemática do respectivo Grupo de Trabalho, podendo-se destacar nas pesquisas:

1 - O trabalho desenvolvido por Jordana Viana Payão, “Políticas Públicas em tempos de crise”, aborda as questões relativas aos discursos jurídico e político relativo a políticas públicas frente ao atual cenário de crise econômica e política;

2 - Marina Fagundes de Araújo e Fernando Rodrigues de Freitas buscam, em seu trabalho, responder se “é possível a judicialização de Políticas Públicas?”, pelo que defendem que o uso excessivo do instrumento do controle judicial de políticas públicas possui efeitos “anti-democráticos”, já que, segundo os resultados das análises dos autores, a judicialização estimula o abandono no debate, no plano político, sobre as políticas públicas e seus desenhos institucionais;

3 - O trabalho de Ludmila Kolb de Vargas Cavalli e Rodrigo Garcia Schwarz investiga se a reserva do possível atende ao modelo constitucional brasileiro de Estado e se é compatível com o tratamento conferido aos direitos fundamentais sociais. Os autores concluem que a aplicação irrestrita da reserva do possível fere não apenas o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais mas também atenta contra o modelo eleito pela Constituição de 1988;

4 - Carolina de Moraes Pontes e Everaldo Tadeu Quilici Gonzalez tratam das limitações à iniciativa parlamentar para regulação de políticas públicas no modelo constitucional brasileiro. O trabalho argumenta que o sistema constitucional estabelecido limita a atuação parlamentar na definição e aprimoramento de políticas públicas de promoção de direitos fundamentais, já que o poder executivo assume um papel protagonista no modelo brasileiro;

5 - O trabalho de Rafael Araújo de Sousa e Clara Cardoso Machado Jaborandy trata da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil. Aborda também as insuficiências na compreensão do conceito de serviços públicos e de direito subjetivo frente ao serviço público, na dogmática jurídica brasileira. O trabalho busca demonstrar o fracasso das tentativas de solução dos problemas das políticas públicas de saúde por meio da judicialização, bem como busca evidenciar o potencial dos meios dialogais de tratativa dos conflitos relativos a políticas públicas;

6 - O trabalho apresentado por Guilherme Emmanuel Lanzillotti Alvarenga, discute a crise de efetividade constitucional nas políticas públicas, a partir da análise específica da crise de representatividade democrática no caso da política de serviço de saúde prevista na Lei 13.097 de 2015, que prevê a abertura ao capital estrangeiro no setor da prestação de serviço de saúde no Brasil;

7 - O trabalho dos autores Romário Edson da Silva Rebelo e Raimundo Wilson Gama Raiol, aborda a tratativa acerca do contexto, do imaginário e do e das linguagens que estão na base das políticas públicas do SUS para os cuidados da pessoa com deficiência, buscando apresentar as implicações dessas formas de abordagem para a efetividade dessas políticas, com enfoque na realidade de Belém do Pará. O trabalho analisa também o estado da arte do subsistema de cuidados da pessoa com deficiência no sistema SUS, na busca por um diagnóstico das disparidades e insubrasileiras e esse respeito;

8 - Na sequência, o trabalho de Ana Paula Oliveira Avila e Karen Cristina Correa De Melo analisa a introdução de novas drogas no sistema de saúde brasileiro, comparando as práticas nacionais, com o modelo propugnado pela Organização Mundial de Saúde. São enfocados dois problemas principais no contexto brasileiro: a intervenção do legislativo nas práticas estabelecidas pelo executivo e a intervenção do judiciário nessas mesmas práticas;

9 - O trabalho de Andreza Casanova Vongrapp Santos e Loiane da Ponte Souza Prado Verbicaro apresenta uma análise do ciclo de formação de política pública na questão do fornecimento de medicamento de alto custo. Por meio de uma abordagem empírica, procura

demonstrar que o controle judicial dessa política opera com tomadas de decisão do judiciário sem uma consideração consistente sobre a questão enquanto políticas públicas na fundamentação das decisões. Em outras palavras, o trabalho defende que o Judiciário aborda essa temática de modo atomizado, sem uma consideração como política pública, linguagem quase ausente nos discursos de fundamentação judicial;

10 - Para Michel Belmiro Ilibio e Reginaldo de Souza Vieira, o texto apresentado objetiva analisar, com base nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, o tratamento dado à participação popular nas Conferências Pós Constituição 1988. Ressaltam que as Conferências remontam a década de 30, porém, foi somente a partir da promulgação da Constituição de 1988 que assumiram o caráter de espaço público;

11 - No trabalho de Claudio Antonio Marques da Silva e Jaime Meira do Nascimento Junior, as políticas públicas relativas à promoção do direito à moradia e à promoção da proteção à pessoa idosa são analisas tendo em vista a busca por verificar as questões-problema quanto ao acesso ao direito à moradia, pelo idoso, no Brasil;

12 - No texto de Joao Ricardo Vicente e Paulo De Tarso Ferreira De Carvalho, demonstrada a importância da Educação e do Direito em prol do desenvolvimento e redução de desigualdades, com destaque para a educação ambiental, que leva ao exercício da cidadania;

13 - Os autores Marisa Rossignoli e Pedro Antonio de Oliveira Machado abordam a expansão do Ensino Superior no Brasil e a meta no Plano Nacional de Educação- PNE 2014-2024, com o investimento de recursos públicos em política de acesso, principalmente através do FIES e PROUNI;

14 - O trabalho de Abgail Denise Bisol Grijo e Maurinice Evaristo Wenceslau trata das políticas públicas para educação para a cidadania e os direitos humanos e sua relação com a efetividade de práticas de sustentabilidade socioambiental, por meio de uma pesquisa acerca da participação da sociedade brasileira em atividades de educação para a cidadania no âmbito da sustentabilidade e do meio ambiente;

15 - Já o trabalho de Claudiane Silva Carvalho trata do tema da política pública de inserção social pelas ações afirmativas relativas às cotas de acesso ao ensino superior no Brasil. Nessa temática, aborda especificamente as potencialidades da aplicação do modelo de coalizões de advocacia (MCA) na questão da política de cotas, num horizonte de treze anos, a partir da

tratativa das atuações dos grupos e bancadas parlamentares, seus interesses e suas dinâmicas. Busca-se, como um dos resultados, apresentar a formação de duas principais coalizões sobre a questão, a “humanística” e a “meritocrática”, assim identificadas no trabalho;

16 - No texto de Roseana Ciliao Sacchelli as políticas públicas de educação tem papel relevante na redução da pobreza, no aumento das oportunidades de trabalho e na prosperidade econômica, com destaque para os avanços tecnológicos e o ensino à distância como mecanismo de inclusão da educação de qualidade para grande número de pessoas, que estão distantes de centros de formação;

17 - Dalmo Vieira Pedrosa aborda, pela análise dos princípios constitucionais inerentes à solidariedade tributária, a obrigatoriedade do exercício da competência tributária para instituição do imposto sobre grandes fortunas, com destaque para a efetivação dos direitos sociais, ampliação do mínimo existencial e, responsabilidade do estado pela não implementação de políticas públicas;

18 - No trabalho de Domingos do Nascimento Nonato e Maria das Graças Tapajós Mota destaque para o reconhecimento e promoção da diversidade etnicorracial brasileira na Lei 10.639/2003, com foco na efetiva contribuição da cultura africana e afro-brasileira para as formações histórico-cultural-social e na necessária garantia do direito fundamental à igualdade etnicorracial aos alunos negros no Brasil;

19 - Para Andrea Silvana Fernandes de Oliveira e Soraya Braga de Sousa Dantas a pesquisa atingiu a possibilidade da responsabilidade civil do Estado por omissão, especificamente quando ocorre a falta de prestação do mínimo existencial e a pratica dos furtos famélicos para o indivíduo saciar suas necessidades básicas, como forma de reação do rompimento com as regras sociais;

20 - Finalmente, o texto de Simone Oliveira Flores da Silva e Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann analisa a natureza obrigacional do Estado em prestar assistência integral ao direito de gerar observado o planejamento familiar, na perspectiva da efetividade dos direitos reprodutivos, em especial às reproduções assistidas em cotejo ao direito à saúde na concepção do liberalismo político rawlsiano, para daí chegar na concepção humanística do estudo ligado às políticas públicas.

Como se viu, aos leitores mais qualificados, professores, pesquisadores, discentes da Pós-graduação, bem como aos cidadãos interessados nas referidas temáticas, a pluralidade de relevantes questões e os respectivos desdobramentos suscitam o olhar sobre os avanços e

retrocessos das políticas públicas no Brasil e a necessidade de se evoluir na discussão sobre os Direitos Sociais no país.

Assim, os coordenadores do Grupo de Trabalho - Direitos Sociais e Políticas Públicas III, agradecem a colaboração dos autores dos artigos científicos e suas instituições multiregionalizadas, pela valorosa contribuição ao conhecimento científico e ideias para o aprimoramento democrático-constitucionalizado do Direito brasileiro.

Brasília, julho de 2017.

Prof. Dr. Benedito Cerezzo Pereira Filho (USP)

http://lattes.cnpq.br/2965843631678123

cerezzo@usp.br

Prof. Dr. Saulo De Oliveira Pinto Coelho (UFG)

http://lattes.cnpq.br/6725961067847325

saulopintocoelho@yahoo.com.br

Prof. Dr. Sérgio Henriques Zandona Freitas (FUMEC/IMDP)

http://lattes.cnpq.br/2720114652322968

sergiohzf@fumec.br

MAIS UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NÃO DEBATIDA: CASO DA LEI Nº 13.097 DE 2015 E AS CONSEQUÊNCIAS DA AUSÊNCIA DA DELIBERAÇÃO DEMOCRÁTICA.

ANOTHER UNPUBLISHED PUBLIC HEALTH POLICY: CASE OF LAW 13.097 OF 2015 AND THE CONSEQUENCES OF THE ABSENCE OF DEMOCRATIC DELIBERATION.

Guilherme Emmanuel Lanzillotti Alvarenga [1]

Resumo

A prestação do serviço de saúde é tema polêmico, gerando debates que pretendem solucionar a inefetividade do direito social, reduzir as falhas na prestação do serviço e tentar expandi-lo na maior medida possível. A participação direta e indireta do capital estrangeiro na assistência à saúde traz consigo tanto riscos a prestação do serviço, como possíveis benefícios elencados pela corrente neoliberal que acredita que a participação externa poderá propiciar na melhor prestação do direito fundamental. O presente artigo analisará referidos argumentos, apresentando ainda uma crítica à ausência de deliberação democrática e efetiva participação social na tomada de decisões realizadas pelo governo.

Palavras-chave: Saúde, Participação estrangeira, Política pública, Neoliberalismo, Democracia, Efetividade do direito

Abstract/Resumen/Résumé

The provision of health service is controversial, generating debates that aim to solve the ineffectiveness of social law, reduce failures and try to expand it to the greatest extent possible. The direct and indirect participation of foreign capital in health care entails both risks to provision of the service and possible benefits listed by the neoliberal current that believes that external participation can provide the best provision of the fundamental right. The present article will analyze said arguments, also presenting a criticism to the lack of democratic deliberation and effective social participation in the decision making realized by the government.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health, Foreign participation, Public policy, Neoliberalism, Democracy, Effectiveness of the right

[1] Procurador municipal, advogado e mestrando em Direito Público pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL

Introdução

O direito social à saúde, garantido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) pode ser prestado diretamente pelo Poder Público ou indiretamente por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, com vias a ser garantido de forma universal e com acesso integral.

A bancada do governo, ao final do ano de 2014, realizou emenda a Medida Provisória 656/2014 (BRASIL, 2014), e a converteu na Lei n. 13.097/2015 (BRASIL, 2015), permitindo a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na assistência a saúde, onde as empresas estrangeiras podem adquirir ou operar hospitais comerciais e filantrópicos, clínicas, laboratórios e serviços como planejamento familiar. Referida alteração gerou debates na sociedade civil, com argumentos prós e contra governo, especialmente por adotar política neoliberal, já que até então, era considerado um governo do povo com ideais de fomento aos projetos sociais e fortificação de direitos.

O presente artigo irá traçar os riscos da abertura do capital estrangeiro na assistência à saúde, os possíveis benefícios elencados pela corrente neoliberal que acredita que a participação externa poderá propiciar na melhor prestação do serviço público, apresentando ainda uma crítica à ausência de deliberação democrática e efetiva participação social na tomada de decisões realizadas pelo governo.

O estudo mostrará que, mesmo com a crise de representatividade democrática crescente no país, há formas de participação dos movimentos sociais nos programas e projetos que afetam os direitos sociais, não somente através dos conselhos federal, estaduais e municipais de saúde, mas nos movimentos independentes como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

O artigo revelará que a saúde não é um produto a disposição no mercado, mas direito fundamental social conquistado democraticamente pela sociedade, que almeja tê-lo concretizado e prestado em sua melhor forma possível pelo Estado.

O poder de regulação, fiscalização, controle e execução dos serviços públicos prestados está nas mãos de quem maior detém o poder da sociedade: os movimentos sociais.

1. Breve histórico

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem início nos anos 1980, encontrando-se expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual explicita que a saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e

num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas (SILVA, 2014). De acordo com este documento, verificou-se que as reformas da saúde ultrapassam transformações administrativa e financeira, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde. O projeto de RSB da década de 1980 foi formulado com base nos princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase na descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (SILVA, 2014).

Todavia, cabe registrar que desde o surgimento da RSB, havia dicotomia de concepções acerca do projeto: uma concebia a RSB como projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo e outra que defendia a democratização do Estado sob os limites do capital, numa perspectiva social democrática ou racionalidade política emancipatória (SILVA, 2014).

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, liderado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação social e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), por intermédio das conferências e dos conselhos (BRAVO, CORREIA, 2012). A partir da década de 1990, o movimento sanitário passou a priorizar a institucionalização do SUS.

Bravo e Correia (2012) informam o início da participação do capital no serviço de saúde, a partir dos anos 1990, num cenário de globalização do capital que teve na financeirização da economia uma nova etapa de acumulação capitalista. Enquanto existia uma conjuntura de mobilização e efervescência política crescente nos anos de 1980, em que a sociedade civil era hegemonizada por forças progressistas e lutas contra a ditadura, as décadas seguintes foram marcadas por um progressivo refluxo dos movimentos sociais, no contexto de reestruturação capitalista, e de consequentes contrarreformas do Estado (BRAVO, CORREIA, 2012).

Na proposta de contrarreforma do Estado brasileiro, a sociedade foi convocada para ser sua parceira, mas com o objetivo de contribuir financeiramente

com os custos dos serviços prestados, enquanto que o primeiro se desresponsabiliza, justificando que necessita encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários (BRAVO, CORREIA, 2012).

Bravo e Correia (2012) informam que no século XXI, os valores que passam a prevalecer no projeto de RSB são o enfoque na responsabilidade social, na solidariedade, na equidade e na justiça social que são embasados no novo desenvolvimentismo.

2. A participação direta e indireta do capital estrangeiro na assistência à saúde

A Lei n. 8080/1990 (BRASIL, 1990), também conhecida como Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentação, fiscalização e controle. Em janeiro do ano passado fora publicada a Lei n.13097/2015 (BRASIL, 2015), no qual art. 142, alterou os artigos 23 e 53-A da lei do SUS, permitindo a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na assistência a saúde, onde as empresas estrangeiras podem adquirir ou operar hospitais comerciais e filantrópicos, clínicas, laboratórios e serviços como planejamento familiar. Referida alteração legal gerou debates acerca não só da constitucionalidade da norma, mas também dos riscos que esta abertura pode gerar no sistema de saúde.

Matias (2015), na reportagem intitulada “Interesses empresariais fecham o cerco ao SUS” veiculada no Jornal Brasil de Fato, edição de 19 a 25 de março de 2015, revela os argumentos do governo federal, favoráveis e os contrários, apresentados pelas entidades de Reforma Sanitária e militância do SUS à sanção da Lei n. 13.097/2015 (BRASIL, 2015).

O Ministro da Saúde à época, Artur Chioro, defendeu a sanção presidencial da mencionada lei sob os seguintes argumentos: a) a permissão da entrada do capital estrangeiro no Sistema Único de Saúde (SUS) iria legalizar uma situação que já vinha ocorrendo, e uma vez legalizada, poderia haver uma regulação por parte do governo; b) quem se posiciona contra a medida sofre de um antagonismo político inadequado, faltando capacidade de análise a fundo da matéria; c) ao longo dos vinte e sete anos da promulgação da Constituição e criação do SUS houve mudanças no mundo e um processo lento de abertura do capital estrangeiro; d) a Constituição prevê um sistema de saúde público, mas não estatal, não podendo ser ignorado o fato

de 52 (cinquenta e dois) milhões de pessoas terem planos de saúde; e e) o Executivo teria sido atropelado por sua base parlamentar.

Esta declaração impulsionou o descontentamento dos representantes das entidades de Reforma Sanitária e militância do SUS, que prontamente refutaram as justificativas do então ministro. O presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) Luis Eugênio Portella refutou o primeiro e último argumentos do ministro, informando que a entrada do capital estrangeiro na assistência a saúde ajudaria na regulação é falaciosa, uma vez que há falha no ponto de vista dos interesses do SUS, como problemas no ressarcimento e a chamada porta giratória, na qual os diretores da Agência Nacional de Saúde (ANS) desvinculam-se e assumem cargos nas operadoras e vice-versa, ou seja, o próprio órgão regulador é dirigido por membros do setor regulado, demonstrando a falha do sistema e a existência de interesses financeiros na prestação do serviço público de saúde. Portella alegou também que o Executivo teria sido atropelado por sua base parlamentar, pois o assunto já havia sido transitado por diversas áreas do governo com pareceres que permitiram que fosse adiante o projeto (MATIAS, 2015).

O presidente da ABRASCO vê como efeitos da lei um processo de segmentação do SUS e abdução do sentido constitucional do direito à saúde. Juntamente com Ana Costa, presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), aduzem que a brecha legal facilita a defesa dos interesses privados das empresas que financiam as campanhas eleitorais, como operadoras de planos, seguradoras e indústrias farmacêuticas que investem nas eleições dos representantes do povo que, naturalmente, conduzem seus mandatos em favor de seus financiadores.

3. Riscos da abertura do capital estrangeiro no SUS

A possibilidade legal de participação do capital estrangeiro na assistência a saúde, pode trazer riscos na regulação da prestação do serviço e principalmente no seu funcionamento.

Primeiramente, saliente-se que a decisão de abertura da assistência à saúde ao capital internacional foi tomada no fim do ano legislativo e sem debate algum, através de emenda parlamentar à Medida Provisória n. 656/2014 (BRASIL, 2014) da bancada governista no Congresso (MATIAS, 2015). Causou estranheza o modo célere em que foi conduzida e a ausência de deliberação democrática, que seria mais justificada pela relevância da alteração legal. Pinho (1998) assinalava que a ausência dos canais sociais de deliberação do processo político permitiu o surgimento de

novas formas de articulação e relacionamento entre a burocracia pública e os interesses privados, abrindo margem à corrupção generalizada nos altos escalões do Estado, e representando uma vitória do patrimonialismo e sua expansão também para a Administração Indireta. Transportando essa afirmação para os temos atuais, a ausência de deliberação, pode ser interpretada não mais como a falta de análise dos projetos de lei pelo Congresso Nacional, mas a não participação efetiva dos segmentos diretamente afetados nos processos deliberativos sobre questões que atingem seus direitos, como no caso da saúde.

Filippon (2015) apresenta que as liberalizações de serviços em prol da comunidade em países europeus possuem características básicas como: a) 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; b) apresenta alto nível de transparência, mediante a constante publicação de dados e relatórios anuais; e c) em caso de necessidade, a regulamentação estatal interfere no sistema de precificação, protegendo da sobrecarga.

O direito à transparência e controle social dos temas dos projetos de lei propostos e das finanças públicas se consolida cada vez mais na sociedade civil, encontrando amparo jurídico no art. 23.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos (COSTA RICA, 1969), na qual o Brasil é signatário, e no *caput* do art. 37 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), em que enumera os princípios regedores da Administração Pública, como o da publicidade.

Entretanto, em que pese à existência das garantias jurídicas nacionais e estrangeiras de participação da sociedade nas discussões dos projetos de políticas públicas para concretização de direitos sociais, na prática, há inobservância deste direito, seja por disponibilização nebulosa e incompleta de dados e gastos oficiais, o que dificulta o controle social das verbas seja, no caso específico, por aprovação de emenda parlamentar à Medida Provisória 656/2014 (BRASIL, 2014) da bancada governista no Congresso no fim do ano legislativo e de forma célere, como forma de evitar o debate social da abertura do capital estrangeira nas ações e serviços de saúde.

Não é demais atentar que com a crise de representatividade vivida hodiernamente em nossa sociedade política, surgem dúvidas acerca da legitimidade da aprovação desta alteração legal que autorizou a participação do capital estrangeiro na saúde brasileira. Além disso, abre margem ao risco de subordinação do serviço

público de saúde aos interesses privados, identificado no apoio do poder público na proteção de áreas de exclusividade e criação de monopólios para as atividades comerciais, visto que pode ser formado possível cartel internacional da saúde com intuito de atender locais que melhor lhes forneça lucros, e não os anseios sociais pela saúde pública. Explique-se.

O economista Carlos Octávio Ocké-Reis do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na mesma linha de pensamento do presidente da ABRASCO, ao rebater os argumentos do governo favorável à figura de um regulador que preza pela competição dos mercados, afirmou que a concorrência não é para favorecer o consumidor, tornando os preços mais baratos, mas na realidade, os objetivos das empresas é crescer ganhando novos mercados e albergando uma fatia maior de usuários saudáveis, sob o ponto de vista econômico (MATIAS, 2015). O especialista exemplifica que alguns mercados como Rio de Janeiro e São Paulo são mais relevantes que outros, pois tem populações com nível mais alto de renda e maior concentração de médicos, insumos e serviços, ou seja, a competição destas empresas é pela fatia maior deste mercado, chamado de *market share* ou cota de mercado.

A advertência realizada por Ocké-Reis quando critica a falsa possibilidade de regulação pelo governo brasileiro ao adotar esta política neoliberal prevista na Lei 13.097/2015(BRASIL, 2015) não pode ser ignorada, pois abre espaço para criação de uma nova modalidade de regulação, não mais pelo governo eleito democraticamente, mas pelas normas impostas pelos oligopólios que controlam os mercados e fixam regras que lhes melhor interessam (BORON, 2001).

Sendo confirmada a tese na prática, os próprios detentores do capital financeiro dominante que irão regular unilateralmente o mercado e principalmente a prestação do serviço de saúde, priorizando os centros de atendimento que lhes melhor proporcionará lucro e não os setores que sofrem lacunas assistenciais da rede privada como a pediatria, mas em setores lucrativos como neurocirurgia, ortopedia, cardiologia e oncologia, por exemplo. Matias (2015) relata que no período da sanção da lei fora noticiada as negociações de compra de hospitais privados como que a rede *D´or* estava em negociação com o fundo americano Carlyle e também a expectativa do capital estrangeiro não construir hospitais no país, mas comprar os já existentes, demonstrando um intuito meramente mercantilista e não preocupado com a saúde efetiva da população. Com volatilidade e vocação especulativa, Scheffer (2015) crê que os investimentos externos selecionarão leitos, exames e procedimentos que

geram altos retornos financeiros, principalmente serviços baseados em valores e preferências particulares, 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 tratamento continuado. Já ocorre, desde o início de 2015, a prospecção de mercado, e o interesse volta-se às regiões Sul e Sudeste, as mais ricas e saturadas de profissionais e de oferta de serviços do País, derrubando o argumento de maior acesso à saúde no subsetor privado em todo o território nacional (FILIPPON, 2015).

O sistema universal, baseado na saúde como direito, na redistribuição da riqueza, financiado por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições sociais, cede espaço ao sistema segmentado, incapaz de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção em todas as regiões, para populações vulneráveis e negligenciadas, onde e para quem o setor privado não tem interesse em ofertar serviços. Abadia Barrero (2006) informa que neste sistema baseado no mercado e que considera o serviço de saúde como mercadoria de consumo privado com preço decidido nas leis da oferta e da procura, responsabiliza a cada pessoa por seus cuidados e pela busca de serviços para seu tratamento.

Percebe-se que a relação entre desigualdades sociais e saúde é umbilical, visto que pessoas com mais recursos e maiores condições de vida tem menos possibilidades de se adoentarem, enquanto as com menores condições tem mais chances de acoimaram com enfermidades. Se se destinam mais recursos e serviços aos pobres, pode-se compensar os efeitos da pobreza e diminuir as desigualdades sociais, mas por outro lado quando as políticas de saúde diminuem os subsídios sociais e criam barreiras econômicas para o acesso as serviços de saúde, marcas registradas das políticas neoliberais de mercantilização do serviço, aumentam as desigualdades sociais. (ABADIA BARRERO, 2006).

Em sistemas de serviço de saúde que seguem as leis do mercado é possível entender como a condição socioeconômica do paciente determina o tratamento que recebe. Um paciente que sem capacidade de pagar, não receberá o mesmo tratamento daquele que tenha condições, apesar de que os tratamentos sejam os indicados no protocolo clinico (ABADIA BARRERO, 2006).

Resta claro que a Lei 13.097/2015 (BRASIL, 2015) produzirá efeitos apenas à parcela da população: aos cidadãos residentes nos grandes centros comerciais do país e que tenham capacidade financeira para suportar o custo da prestação do

serviço de saúde pelas entidades internacionais, ou seja, os reais consumidores da sociedade de consumo. Todos podem desejar ser consumidor e aproveitar as oportunidades que esse estilo de vida fornece, mas nem todos podem ser assim considerados: não basta somente desejar, deve-se ter uma esperança racional de chegar mais perto do objeto desejado para assim desfrutá-lo (BAUMAN, 1999). A sociedade de consumo é estratificada, o que influi diretamente em seu grau de mobilidade e consequentemente sua liberdade de escolher os produtos que querem ou podem consumir. Os indivíduos que não detém da faculdade de escolha, se movem não para o local desejado para realizar seu tratamento de saúde, mas para o disponível conforme sua capacidade econômico-financeira.

É de se indagar também a "mitigação" da soberania nacional em prol da abertura do capital estrangeiro na prestação do serviço de saúde. Explique-se: a possibilidade legal das empresas multinacionais participarem direta ou indiretamente na assistência à saúde facilitam não só a internalização de regramentos alienígenas no setor, como a criação de normas não estatais voltadas a regular a prestação deste direito fundamental social.

Arnaud (1999), estudando os efeitos da globalização e sua nova regulação, identifica o aparecimento de um direito de textura aberta com deslocamento de suas fontes para os poderes privados econômicos, com efetiva participação dos atores econômicos e uso de valores oriundos dos sistemas econômico ou técnico científico, evocando um recuo do Estado através do desenvolvimento da normalização e cientificidade e da associação do setor privado com os poderes públicos na produção do direito. O sociólogo francês interpreta este fenômeno como uma nova forma de organização política global, com tendência a perda da autoridade exclusiva dos Estados em reconhecer a soberania, a transferência de sua autoridade metapolítica para agentes e instituições não-estatais, fim do monopólio do Estado sobre a coerção legítima e à desterritorialização das reivindicações de autoridade por parte dos Estados (ARNAUD, 1999).

A Lei 13.097/2015 (BRASIL, 2015), que ensaia a privatização estrangeira da saúde abre espaço para uma nova forma de regulação por normas não estatais do setor, que a primeira vista pode ser interpretada como uma mitigação da soberania nacional, mas com sua sanção, demonstra a conduta do próprio Estado, exercendo sua soberania de permitir a ingerência de interesses capitalistas internacionais, sem

regulação estatal previamente definida, enaltecendo a mercantilização do direito fundamental à saúde de todos.

Aos cientistas defensores da concretização dos direitos sociais e acesso universal aos serviços públicos de qualidade soa paradoxal o envio deste projeto de lei que culminou na abertura do capital estrangeiro a assistência da saúde por um governo dito como popular. Já à corrente neoliberal há justificativas plausíveis para este início de privatização.

4. Argumentos favoráveis à abertura do capital estrangeiro

Devido à crise capitalista de produção enfrentada a partir do final das décadas de 1970 e 1980, os mercados americanos voltaram-se ao setor de empregos e serviços como possibilidade real de lucro. O chamado *Gats (General Agreement on Trade in Services)* cobre acordos de comércio de serviços em telecomunicações, transporte, distribuição de produtos, serviços postais, seguros, meio ambiente, turismo, entretenimento e lazer. Além desses, os serviços (agora produtos) incluem: cuidado à saúde, serviço social, educação, habitação, entre outros (Filippon, 2015). Boa parte desses serviços é administrada e paga com dinheiro público, como o caso do *Welfare State* europeu, ou parcialmente dividida entre os setores público e privado, caso de países tardiamente industrializados como o Brasil e alguns países asiáticos. O processo de escolha sobre quais serviços serão liberalizados e quais mercados serão protegidos é negociado em cada *round* da Organização Mundial do Comércio (OMC), dando ênfase a quatro aspectos de cada nicho de mercado: oferta entre fronteiras, consumo externo, presença comercial de entes jurídicos e presença de pessoas físicas (Filippon, 2015).

A promoção do mercado livre e irrestrito vem sendo capitaneada pela OMC, da qual o Brasil é país signatário desde sua criação, assim como grande parte das nações do mundo, a partir de 1994/95. Apesar da globalização da economia estar inicialmente restrita à liberalização das *commodities* físicas *(physical goods)*, o setor de serviços vem, desde a metade da década de 1990, aumentando sua participação nas relações econômicas internacionais, sendo considerado o setor da economia internacional de maior taxa proporcional de crescimento (FILIPON, 2015). A imagem-objetivo da organização tem sido a liberalização de bens e serviços como *commodities* em um mercado com a menor participação possível de regulamentações/restrições público-governamentais.

Durante a década de 1990, os investimentos em saúde nos EUA, realizados em *Wall Street*, tiveram lucro recorde, de cerca de US$ 700 milhões, em 1996, seguidos da perda recorde acumulada de US$ 768 milhões, em 1998. As perdas deram-se, principalmente, pela saturação do mercado e pelo aumento das restrições comerciais (regulamentação do setor), ocasionando diminuição de prêmios pagos e enfoque em nichos de mercado que ofereciam maiores margens de lucro (POLLOCK, PRICE, 2013). Além disso, a indústria recebeu o auxílio do Banco Mundial e do governo americano para incentivar a política de investimentos externos, principalmente a aquisição de serviços públicos de saúde dentro ou fora do território americano.

E no Brasil não foi diferente. No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a política de privatização dos serviços públicos ganhou relevo a partir da Contrarreforma do Estado de Bresser Pereira em 1995. O argumento comum na abertura do capital para os serviços de saúde é a regulamentação da Lei 9656/1998 (BRASIL, 1998), promovendo maior competição entre provedores de saúde, acarretando, como consequência benéfica, maior oferta de serviços a preços mais baixos (FILIPPON, 2015). As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) surgem, com a pretensão de transformar a gestão pública da saúde, mas numa modelo de privatização do setor, já que são organizações privadas que recebem recursos públicos para a gestão do serviço, não assumindo a responsabilidade pelo ônus econômico intrínseco da atividade. Consequência desta política neoliberal está expressa nos seguintes números: na saúde em dois anos foram fechados 11 mil leitos públicos e criados 8 mil privados; o Brasil, considerada a sexta economia mundial, ficou em 72º lugar em saúde, conforme a OMS em 2008 e a absurda quantidade de 70% de terceirizados ou funcionários de OSs, dentro número global de 1 milhão de servidores do SUS (TENDLER, 2014).

Posteriormente a oito anos de governo (FHC) e doze anos de gestão do Partido dos Trabalhadores que se autointitulou social e do povo, verifica-se, por um ponto de vista, uma ruptura de modelo político-econômico do Estado brasileiro com a abertura do capital estrangeiro na prestação do serviço de saúde, mas por outro, uma continuidade da política neoliberal que permaneceu presente nos governos petistas, mas de forma camuflada. Não houve uma ruptura do modelo de Estado da era FHC com a instituição do governo petista, mas um processo gradativo de

implementação social, sem deixar de lado as práticas capitalistas. Fora verificada uma continuidade nas diretrizes da contrarreforma de Bresser Pereira, reeditadas em variadas formas nas políticas de privatização da gestão de unidades públicas de saúde. Andreazzi e Bravo (2014) identificam contradições no governo Lula, mas com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. Metas do programa implicaram uma aceleração da construção de novos equipamentos de saúde, como as unidades de pronto atendimento (UPAs), muitas delas gerenciadas por Organizações Sociais (OS) e Parcerias Público-Privadas (PPP) para investimentos na atenção à saúde e Fundação Estatal de Direito Privado (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Neste contexto, vem ocorrendo um crescente processo de privatização por dentro do SUS, através da participação complementar do setor privado conforme estimativa da Organização Panamericana de Saúde. Em 2004 o gasto total em saúde do Brasil correspondia a 7,9 do PIB, sendo que o gasto privado era de 51,9% do total (OPS, 2008). Bravo e Correia (2012) informam que os recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, por meio de convênios e compras de serviços privados e pelo repasse da gestão do SUS para entidades privadas, através dos denominados novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), além do incremento das parcerias público privadas. Trata-se, na visão das autoras, da privatização do que é público, na medida em que o Estado deixa de ser o executor dos serviços públicos, por meio da abertura à iniciativa privada como fornecedora desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento, instalações públicas e de pessoal para entidades privadas.

Segundo dados apresentados pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, 70% do orçamento empregado pelo governo do Estado do Rio com a saúde são direcionados para 45 contratos firmados com as OSs, e no período entre 2012 e 2015 foram destinados R$ 5,5 bilhões de recursos públicos para essas organizações de direito privado(ANDREAZZI, BRAVO, 2014). No estado de São Paulo, de acordo com o Relatório da CPI da Assembleia Legislativa (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008), constatou-se que sob o manto do estatuto jurídico de organização sem fins lucrativos, abriga-se uma intensa contratação de

serviços específicos para empresas lucrativas. Ao terem a permissão de contratar todo tipo de serviços, sem controle público, as empresas que prestam serviços hospitalares são convidadas a atuar dentro dos hospitais públicos e subcontratando outras, sem nenhuma fiscalização (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Diante aos problemas existentes no SUS como falta de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência e relacionados à baixa qualidade dos serviços prestados, gerados pelo sucateamento da rede pública com falta de pessoal, infraestrutura e insumos necessários para os procedimentos mais elementares, o modelo de gestão do SUS é apresentado como fracassado, onde a saída para a melhora na qualidade dos serviços se encontra na gestão por entidades privadas. Bravo e Correia (2012) demonstram que a propaganda da eficiência do setor privado associada aos problemas enfrentados pelo SUS estimulam o "consentimento ativo" de muitos trabalhadores e usuários ao projeto privatista da saúde, o que enaltece a importância de fazer o debate no conjunto da sociedade.

Arnaud (1999) revela que o direito possui o poder de coerção de que dispõe o Estado para exercer o controle que a ele pertence com exclusividade, ressaltando que a regulação social não pode se libertar das disposições jurídicas fundamentais que definem o caráter público da ação, repartição dos papéis institucionais e legitimidade das autoridades de decisão e de controle. O Estado brasileiro deve fiscalizar os acordos e negociações realizadas entre as instituições estrangerias na assistência à saúde, e na aquisição e operação de hospitais comerciais e filantrópicos, clínicas e laboratórios, a fim de evitar e coibir os abusos do poder econômico eventualmente praticados no setor, direcionando as multinacionais prestadoras deste serviço à concretização do direito a saúde nas suas formas preventiva e curativa, cabendo aquelas realizar políticas públicas de prevenção e promoção da saúde e do bem estar social. Entretanto, o Estado é deficitário neste mister já que sequer regulamentou a regulação da privatização externa da saúde, segundo Filippon (2015), foi-se de um extremo ao outro sem a proposta de qualquer tipo de regulamentação. Cabe aos movimentos sociais realizar a regulação.

5. Participação social nas deliberações políticas: a democracia na regulação do serviço

Não há como negar que a alteração legal que possibilitou a participação do capital internacional na assistência a saúde deveria ter sido debatida amplamente com

a sociedade civil, organizações, associações e representações sindicais, devido a relevância e controvérsia da matéria.

Anota-se que fora proposta a ADI 5.239 (STF, 2015) pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) que pede a suspensão liminar do artigo 142 da Lei 13.097/2015 (BRASIL 2015), e no mérito a inconstitucionalidade do dispositivo por ferir os artigos 199, §3º e 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), tendo como efeito prático a impossibilidade de abertura do capital estrangeiro na assistência a saúde. Referida ação direta encontra-se em conclusão com a relatora Ministra Rosa Weber, com parecer da Procuradoria Geral da República pelo não conhecimento da ação, e no mérito, por sua improcedência por não vislumbrar as ofensas constitucionais arguidas, mas por respeitar a livre iniciativa, o incentivo à iniciativa privada e à livre concorrência e existência de entidades privadas na assistência à saúde, como atuação complementar à do estado, subordinada à fiscalização e controle do estado.

Entretanto, conforme revela Matias (2015) há parecer da AGU, divulgado pelo jornal O Estado de São Paulo em 03 de fevereiro de 2015, em que argumenta que o dispositivo constitucional prevê vedação expressa a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência a saúde no país, devendo as ressalvas previstas em lei ser entendidas como alusão a casos excepcionais, que justifiquem objetivamente a abertura ao capital estrangeiro das ações e serviços de saúde previstos constitucionalmente.

Arnaud (1999) sugere a participação efetiva dos cidadãos na elaboração de normas jurídicas de regulação social ou regulação de direito no âmbito de sua atuação específica, o que leva a desenvolverem as organizações não governamentais, por meio das quais, as forças sociais organizadas se elevam ao nível de tomada de decisões intergovernamentais.

Na saúde, movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 possibilitaram a criação dos conselhos de saúde como espaços para promover a participação popular. Entretanto, Breilh (2015) relata que tem se dado mais atenção no modelo de representação individual do que no de efetiva participação popular.

O controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização (BRAVO, CORREIA, 2012). As autoras defendem que as lutas

políticas não se dão apenas na sociedade civil, mas na totalidade da estrutura social e da formação social, devendo haver projeto societário das classes subalternas pela busca da construção de uma cultura política de uma nova hegemonia, com vistas à superação da racionalidade capitalista.

Bravo e Correia (2012) alertam pela a necessidade de qualificar a expressão controle social a partir da compreensão da relação entre Estado e sociedade civil, a depender das concepções que se investiga. Na liberal, sociedade civil é considerada homogênea e portadora de interesses universais, implicando práticas sociais que visam superar os antagonismos de classes, estabelecendo-se negociações e parcerias entre Estado e sociedade para resolver problemas que se apresentam como universais, formando-se relações colaboracionistas baseadas em consensos interclasses. Por esta perspectiva, os conselhos e conferências são espaços de compromissos em torno das dificuldades das gestões, com intuito de gerar propostas para "bem comum" da sociedade. Os conselheiros tendem a ser responsabilizados pela gestão da saúde, como em inúmeros casos se veem pressionados a aprovar prestações de contas pouco transparentes, sob o argumento dos prejuízos ao município ou estado com a não aprovação das mesmas (BRAVO, CORREIA, 2012). Assim, os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados.

Entretanto a sociedade civil não é homogênea, estando presentes interesses das classes antagônicas. Bravo e Correia (2012) apresentam as seguintes organizações que representam a sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde como: Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), Confederação das Misericórdias do Brasil, Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), que defendem a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Também representando a sociedade civil participam: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Central de Movimentos Populares (CMP). Percebe-se que a composição do Conselho constitui-se em um espaço de luta de interesses contraditórios que expressam os interesses de classe que circulam no conjunto da sociedade.

Destaca-se que o controle social, na perspectiva das classes subalternas, tem limites no espaço dos conselhos. Não são espaços neutros nem homogêneos, pois

neles existe o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas.

Um fator determinante para que, no âmbito dos conselhos, haja algum controle social na perspectiva das classes subalternas é a articulação dos segmentos que a compõem em torno de um projeto comum para a sociedade a partir da construção de uma vontade coletiva, obtendo desta forma um posicionamento em bloco mais efetivo dentro dos mesmos, ampliando seu poder de intervenção (BRAVO, CORREIA, 2012).

Conselhos situados no âmbito do Executivo não conseguem controlar o capital, mas tentam garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. Neste sentido, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência do uso de recursos públicos e à efetivação dos direitos sociais (BRAVO, CORREIA, 2012).

A participação popular deve ser nos conselhos, mas também tem que ser forte, independente, autônoma e soberana. A sociedade civil, mesmo heterogênea, é parte do Estado, mas não do sistema público. A partir deste pensamento, foram surgindo frentes independentes em defesa do direito à saúde como bem acessível a todos de forma integral, e não como mercadoria de alto custo que apenas parcela das camadas sociais pode usufruir.

Os fóruns de saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) que congregam movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários são novas formas de controle social democrático, especialmente na perspectiva das classes subalternas, fora do espaço institucional do Estado, e têm empreendido lutas em defesa da saúde pública estatal e contra a privatização (BRAVO, CORREIA, 2012).

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde surgiu em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, sob a administração direta do Estado e lutar contra a privatização da saúde, defendendo as ideias sócio democráticas da Reforma Sanitária formulada nos anos 1980 de que saúde não é mercadoria. Esta entidade nasceu da articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e do município de Londrina, em torno da procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923/1998 (STF, 2015), contrária à Lei n.

9.637/98 (BRASIL, 1998), que criou as Organizações Sociais (BRAVO, CORREIA, 2012). Os objetivos da Frente é a defesa da estatização da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços e oposição à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado.

Bravo e Correia (2012) afirmam que a luta pela saúde exige mudanças no conjunto da sociedade, enfrentamento das desigualdades econômicas e sociais e transformações societárias radicais. As autoras informam que a FNCPS tem avançando no sentido da defesa da estatização da saúde, com atuação articulada no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no conjunto da sociedade, nas ruas, no controle democrático do controle social, no âmbito da formação, nos meios de comunicação/opinião pública. No campo jurídico, a Frente e os fóruns têm atuado por meio de ações civis públicas, ação direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, além das articulações realizadas com os membros dos Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunais de Conta dos Estados e Tribunal de Contas da União, nesse sentido.

No âmbito do Poder Legislativo, os fóruns têm articulado nos estados com parlamentares na tentativa de impedir a aprovação dos projetos de lei nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas.

Outra estratégia dos fóruns e da Frente é na divulgação das informações pela comunicação, no sentido de formar a opinião pública dos referidos prejuízos trazidos com a privatização da saúde, através da confecção de boletins para distribuir nos meios de comunicação das entidades, partidos, sindicatos, além dos órgãos de imprensa formais, como por exemplo, o documento "Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil". A atuação dos fóruns e Frente não ignora a presença dos conselhos e conferências municipais e estaduais. Pelo contrário, tem participado destes eventos e conseguido aprovar em algumas conferências municipais e estaduais moções de repúdio à privatização, além de conquistar e mobilizar participantes para a luta e a organização coletiva, como na 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRAVO, CORREIA, 2012).

Um caso que chama a atenção internacional é o do sistema público de saúde japonês, quarta maior economia do mundo segundo a OMC em 2011, e país com maiores índices de longevidade, onde o sistema assistencial é preservado, apresentando excelentes indicadores de saúde e protegendo seu serviço contra

investimentos externos (FILIPPON, 2015). Essa atitude do governo japonês só demostra que um sistema estatizado consegue promover a assistência a saúde.

A presença popular no debate, seja nos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Saúde, seja nas conferências, na FNCPS e nas demais organizações independentes protetoras dos direitos sociais, revela-se fundamental para a resolução dos conflitos vivenciados no setor. Com essa mobilização social direta e a recuperação do SUS público, as massa social receptora do serviço público, que regularão a prestação do serviço com vias a proteger e promover o direito a saúde.

Considerações Finais

A prestação do serviço de saúde é tema polêmico, sempre debatido em obras literárias, artigos e conferências com fins de solucionar a inefetividade do direito social, reduzir as falhas na prestação do serviço e tentar expandi-lo na maior medida possível, já que o comando constitucional estatui que o acesso deve ser universal e integral.

A abordagem deste artigo foi a recente alteração legal que permitiu a participação dieta e indireta do capital estrangeiro na assistência a saúde, onde as empresas estrangeiras podem adquirir ou operar hospitais comerciais e filantrópicos, clínicas, laboratórios e serviços como planejamento familiar.

Verificou-se os riscos que esta abertura pode fornecer, como a desregulação social do serviço e sua nova forma de regulação pelo capital estrangeiro, a ausência de debate democrático na alteração da lei e a mitigação da soberania nacional ao permitir a entrada deste investimento externo que pode ter intuito meramente mercantil do que social.

Por fim, defendeu-se a participação e deliberação democrática nas tomadas de decisões do governo que afetem os direitos sociais da população, a sua importância regulação social na fiscalização e execução dos serviços públicos prestados e a necessidade de mobilização social pelas frentes independentes de luta pelo SUS público e universal, buscando o bem estar integral da população.

Referências Bibliográficas

ABADIA BARRERO, César Ernesto. POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES: UN DEBATE OBLIGATORIO EN SALUD ORAL. **Acta bioeth.**, Santiago , v. 12, n. 1, p. 9-22, jan. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X200600010000

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000300499&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019

ARNAUD, André-Jean. **O Direito entre modernidade e Globalização**: Lições de Filosofia do Direito e do Estado. Tradução de Patrice Charles Wuillaume. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de são Paulo, 2008. Disponível em: <http://fopspr.files.wordpress.com/2010/08/sub-relatoriocpi-rsmh-oss-hosp-publicos.pdf>. Acesso em: 6 maio 2012.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999. Cap. 4 e 5. p.85-136

BORON, Atilio A. **El nuevo orden imperial y cómo desmontarlo.** Trabalho apresentado no Foro Social Mundial no dia 27 de janeiro de 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1988. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 04 jul.2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 19 de setembro de 1990.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1990. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 04 jul.2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 28 de dezembro de 1990.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1990. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 29 set.2016.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 15 de maio de 1998.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1998. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 29 set.2016.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 03 de junho de 1998.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 1998. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 29 set.2016.

BRASIL. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 19 de janeiro de 2015.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 2015. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 04 jul.2016.

BRASIL. Medida Provisória nº 656, de 07 de outubro de 2014.. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** 07 de outubro de 2014**.** *In*: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília. 2014. Disponível em:<http:senado.gov.br>. Acesso em: 04 jul.2016.

BRASIL, STF, ADI 1.923, Rel.: Ayres Britto, DJe nº 254, 17/12/2015.

BRASIL, STF, ADI 5.239, Rel.: Rosa Weber, 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 109, p. 126-150, mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008.

COSTA RICA. Convenção Americana de Direitos Humanos. San Jose. 1969. Disponível em https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 29 ago.2016.

Entrevista: JAIME BREILH. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 533-540, ago. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071.

FEATHERSTONE, Mike. Cultura de Consumo e Pós-modernismo. São Paulo: Studio Nobel, 1990, p.17-48.

FILIPPON, Jonathan. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 107, p. 1127-1137, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042015000401127&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070266

MATHIAS, Maíra. Interesses empresariais fecham o cerco ao SUS. **Brasil de Fato**. Rio de Janeiro, 19 a 25 de março de 2015. p. 4-5.
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE/OPS *Saúde nas Américas 2007*. Brasília: OPS, 2008.

PINHO, José Antonio Gomes de. **Reforma do Aparelho do Estado: Limites do Gerencialismo frente ao Patrimonialismo.** O&S. V.5. Nº 12, Maior/Agosto de 1998.

POLLOCK, A. M.; PRICE, D. Duty to care: in defence of universal health care. 2013. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjAyJOi2KvJAhUHNJAKHc1TCasQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fclassonline.org.uk%2Fdocs%2F2013_05_Policy_Paper_-_A_duty_to_care_(Allyson_Pollock__David_Price).pdf&usg=AFQjCNHfGWSsAVUg4BZkCQp7gmIjB_OyEg&sig2=bHFKhxgi0Ghuu-MsqKFvPQ>. Acesso em: 28 set. 2015.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010415.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 159-166, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200159&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200002.

TENDLER, Silvio. Privatizações: a Distopia do Capital: documentário. [09 de outubro, 2014]. Rio de Janeiro. Disponível em https://youtu.be/A8As8mFaRGU. Acesso em: 01 out. 2016.