

O SUS no horizonte trabalhista: a tradição corporativa de direitos e a privatização da saúde

SUS in the labor horizon: the corporate tradition of rights and the privatization of healthcare

Ronaldo Teodoro^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700>
E-mail: ronaldosann@gmail.com

Marika Csapo^b

 <https://orcid.org/0000-0002-4336-2154>
E-mail: marika.csapo@gmail.com

^aUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bUniversidade da Califórnia. Escola de Relações Públicas e Departamento de Ciência Política. Los Angeles, CA, Estados Unidos.

Resumo

Este artigo investiga as implicações do comportamento corporativo sindical para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Tendo em vista a luta sindical por assistência à saúde, analisamos o dinamismo do mercado de planos de saúde a partir das negociações coletivas de trabalho. Ao documentar esse vínculo, problematizamos o corporativismo como um fenômeno político que, ao se reatualizar no tempo, conforma um momento da tradição de lutas do trabalho que fragiliza a base de apoio social ao SUS, afetando a correlação de forças políticas em torno da superação do hibridismo público e privado de interesses presente no mercado de planos de saúde. Tendo em vista esse cenário, dialogamos com as teses da saúde coletiva, apontando que a centralidade do sindicalismo brasileiro para a realização dos propósitos públicos e universais da Reforma Sanitária ainda carece de pleno reconhecimento nos estudos da área. Como conclusão, apontamos que a aproximação política entre sanitaristas e sindicalistas é condição fundamental para a ampliação das lutas e da legitimação pública do SUS, para o qual será necessário superar o sentido corporativo do acesso à saúde.

Palavras-chave: Corporativismo; Sindicalismo; Sanitarismo; Saúde Suplementar; SUS.

Correspondência

Ronaldo Teodoro
Instituto de Medicina Social da UERJ. Rua São Francisco Xavier, 524 -
7 andar - Bloco D - Sala 7003.D - Maracanã. CEP 20550-013 - Rio de
Janeiro / RJ.

Abstract

This article investigates the implications of corporate union behavior for the construction of the Unified Health System (SUS) in Brazil. In view of the union struggle for health care, we analyzed the dynamism of the health insurance market based on collective labor negotiations. In documenting this link, we problematize corporatism as a political phenomenon, which, when being updated in time, shapes a moment in the tradition of labor struggles that weakens the social support base for SUS, affecting the correlation of political forces around overcoming public and private hybridity of interests present in the health insurance market. In view of this scenario, we spoke with the collective health theses, pointing out that the centrality of Brazilian trade unionism for the realization of public and universal purposes of the Sanitary Reform still needs full recognition in studies in the area. As a conclusion, we point out that the political approach between health workers and union members is a fundamental condition for the expansion of the struggles and public legitimization of SUS, for which it will be necessary to overcome the corporate sense of access to health.

Keyword: corporatism; unionism; sanitary reform; supplementary health; SUS.

Introdução

A luta sindical pela saúde do trabalhador e suas implicações para o dinamismo do mercado de planos coletivos de saúde é o objeto central de investigação deste artigo. Nossa hipótese é que o momento desse vínculo se define, em larga medida, a partir das negociações coletivas de trabalho, nas quais é imprescindível a ativa participação sindical. Procurando evidenciar esta conexão, argumentamos que o dinamismo mercantil da assistência privada é fortemente dependente do princípio político corporativo, que desloca base social de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) ao circunscrever a luta pela saúde aos trabalhadores de base sindical.

Em diferentes correntes de estudos sobre o Estado de bem-estar social, o corporativismo é tipicamente associado ao padrão institucional das interações do Estado com a sociedade civil, cuja variação entre os países capitalistas centrais deflagaria três modelos: os contributivos-corporativos, os social-democratas e, por fim, aqueles reconhecidos como residual-liberal (Esping-Andersen, 1990; Kerstenetzky, 2012). No debate brasileiro, o corporativismo é, geralmente, associado ao princípio da perversão política, localizado mais próximo de uma herança institucional de relações autoritárias entre Estado e segmentos sociais do que de uma experiência construtiva de cidadania democrática convergente com a construção de um Estado de bem-estar no plano nacional (Reis, 2000).

Nos afastando dessas interpretações, para a compreensão do nosso objeto de estudo, tomamos o corporativismo como um fenômeno político que descreve uma “prática social” dinâmica, um comportamento adaptativo, que, reiterado no tempo, tornou-se uma tradição política que se reatualiza em novas forma de relações de trabalho (Sewell Junior, 1980). Nessa perspectiva, o corporativismo é considerado uma linguagem política cujos efeitos produzem resultados historicamente ambíguos para os segmentos populares e para a democratização do país (Santos, 2014).

Por essa compreensão, é preciso identificar, por um lado, que a prática corporativa sindical foi a base de uma expansão inegável de direitos ao longo do tempo, como o 13º salário, as férias remuneradas

e outros dispositivos presentes na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em termos políticos, a articulação corporativa da luta sindical é central ao próprio processo de redemocratização do Estado brasileiro desde os anos 1980, convergindo para a afirmação das políticas sociais que compõem a cidadania na atualidade (Reis, 2000). Essa análise, entretanto, deve vir associada à consideração de suas externalidades, como a reprodução segmentada e assimétrica de direitos. No caso da saúde, esse limite tem se mostrado particularmente problemático, uma vez que a construção do acesso corporativo aos planos de saúde repõe variadas disfuncionalidades ao próprio aprofundamento da experiência público-universal da saúde articulada a partir do SUS.

Para construir o entendimento dos efeitos dessa prática política sobre o sistema de saúde brasileiro, este artigo foi dividido em três seções. Na primeira, valendo-nos de dados secundários sistematizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Cadastro Geral de Empregos (CAGED) da Secretaria de Trabalho e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), discute-se com a literatura da saúde coletiva os termos pelos quais se pode afirmar que o movimento de expansão e contração do mercado da saúde no Brasil é mediado pelo processo de formalização do trabalho. Na segunda seção, exploramos o momento do vínculo sindical com o universo privado da saúde, investigando as negociações coletivas de trabalho. Procedendo à análise dos dados disponibilizados pelo Sistema de Acompanhamento das Contratações Coletivas do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (SACC/DIEESE), documentamos como o comportamento corporativo sindical influi nas discussões que envolvem a saúde do trabalhador, seja no interior das empresas, via contratação “celetista”, ou no funcionalismo público, em contato com instâncias variadas do Estado. Ainda nessa seção, analisamos a frequência das greves nacionais tendo em vista a demanda por assistência à saúde como motivação.

Como conclusão, apontamos os desafios políticos que a reivindicação corporativa de acesso à saúde repõe para a construção do sistema público-universal de saúde. A força e o enraizamento

da luta por um acesso segmentado e restrito da assistência indicam uma cultura trabalhista cujos fundamentos políticos constituem momento importante de compreensão da fragilidade da base social de apoio ao SUS. Como desenvolveremos, a aproximação política entre sindicalistas e sanitaristas constitui um caminho imprescindível para a legitimação pública do SUS e o consequente enfrentamento do subfinanciamento público e do hibridismo público e privado de interesses. Neste sentido, compreendemos que a formação política de um sindicalismo consciente dos valores sanitaristas demanda que a saúde coletiva incorpore o trabalhismo como domínio político constitutivo da sua luta pela afirmação dos direitos públicos dos cidadãos e cidadãs brasileiros.

A formalização do trabalho e a anatomia da mercantilização da saúde

Como notificado pela ANS, em 2020 o setor suplementar de assistência médica cobria aproximadamente 24,9% da população brasileira, correspondendo a 47,1 milhões de brasileiros (ANS, 2021). Como se encontra documentado por inúmeros trabalhos do campo da saúde coletiva, o dinamismo deste setor tornou-se objeto decisivo de preocupação ao longo dos anos 1990, consagrando-se na primeira década deste século como um tema estruturante de destacados estudos que se ocupam da saúde pública no Brasil (Faveret; Oliveira, 1990; Bahia, 2001; Menicucci, 2007).

Nesses estudos, quatro teses do campo sanitarista se destacam como explicação para o dinamismo do setor privado de planos de saúde no Brasil: (1) a expansão da autonomia financeira do setor privado, deflagrada desde os anos 1980, que atraiu os setores organizados do trabalho e das classes médias diante de uma “universalização excludente” iniciada posteriormente pelo SUS (Faveret; Oliveira, 1990); (2) a força do desenho institucional adotado desde os anos 1960, que reafirmou os estímulos do Estado ao longo do tempo para esse setor (Menicucci, 2007); (3) o interesse patronal em ofertar tais planos a seus trabalhadores como forma de reduzir o absenteísmo e incentivar a produtividade (Bahia, 2001); (4) a indução da

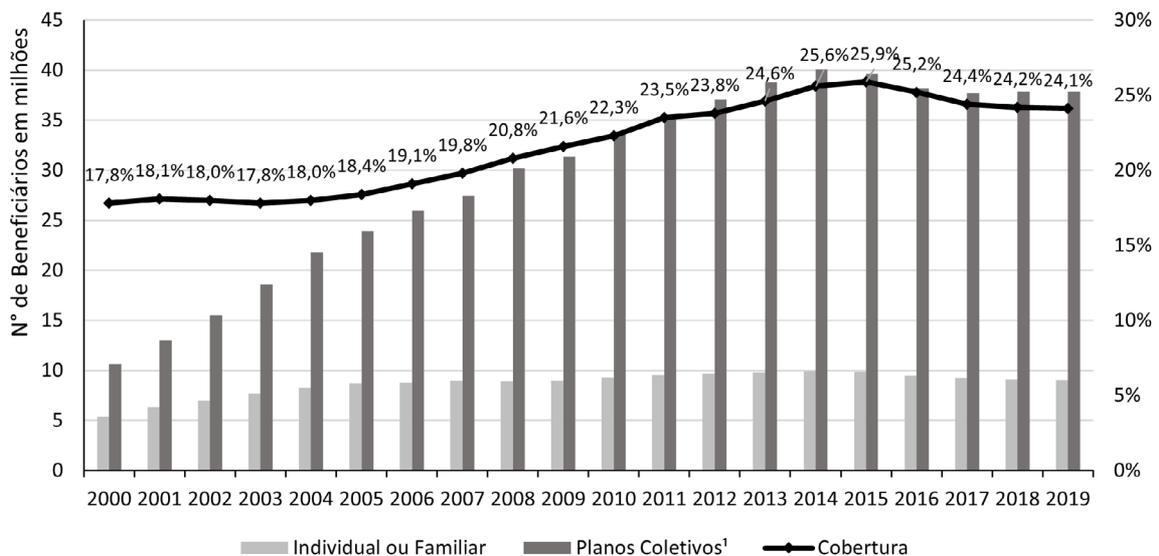
convergência econômica, em que o dinamismo do mercado de planos é predominantemente explicado pela variação do Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, na riqueza produzida no país em diferentes contextos (Andreazzi; Kornis, 2003).

Em que pese a inegável contribuição de tais estudos e a riqueza de suas particularidades explicativas, esses não deixam de conter como traço invariante a subvalorização, ou mesmo a ausência, da relevância dos setores organizados do trabalho na expansão dos planos de saúde. Considerando esse quadro de entendimentos, recorreremos a uma investigação documentada para apontar que o poder de mobilização e pressão do sindicalismo constitui um momento político que não se reduz a uma condição puramente reativa às variações da esfera econômica, aos condicionamentos institucionais ou às diretrizes da iniciativa patronal. Essa posição

não reivindica uma incompatibilidade com as teses mencionadas, apenas fundamenta a autonomia relativa dos trabalhadores e trabalhadoras organizados na dinâmica do hibridismo público-privado que afeta o SUS.

Atendo-nos aos registros da ANS, é possível observar que, nos anos 2000, a assistência suplementar se enraizou como canal significativo de acesso à saúde no país, reforçando o movimento histórico anterior de normalização do empresariamento do setor (Menicucci, 2007). No Gráfico 1, que apresentamos a seguir, é possível observar que uma curva ascendente do acesso mercantilizado a saúde que chegou a ultrapassar 25% da população brasileira em 2014. No interior desse processo, os planos coletivos de saúde chegaram a responder por 76% dos vínculos verificados, ultrapassando amplamente os planos de contratação individual.

Gráfico 1 – Segurados de planos de saúde privados² por tipo de contratação e percentual de cobertura populacional³, Brasil, 2000-2019



Fonte: elaborado pelos autores com base em ANS, 2019; 2021.

¹Soma das modalidades de planos coletivos registrados na ANS: empresarial, adesão e coletivo não identificado;

²Número de segurados dos meses de setembro de cada ano;

³Taxa de cobertura informada para os meses de dezembro de cada ano.

Conforme se pode observar no Gráfico 1, o aumento geral de dependentes em todas as modalidades do mercado de planos de saúde se fez acompanhar, no entanto, da redução da participação relativa

dos vínculos individuais. Considerando outros registros da ANS, nota-se que a forte dominância dos planos coletivos no mercado da assistência privada tornou-se um fenômeno significativo na

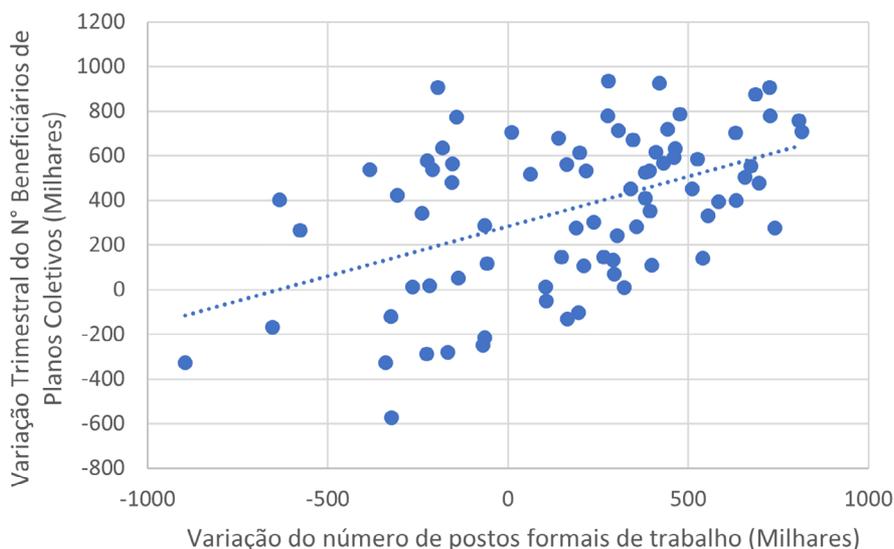
primeira década deste século. No final dos anos 1990, os planos “Coletivos por Adesão”, que são aqueles contratados diretamente por sindicatos e entidades como conselhos profissionais, associações e cooperativas, correspondiam a 26,3% dos vínculos, recuando a 13,6%, em 2019. Nesse mesmo intervalo de tempo, os “Coletivos Empresariais” passaram de 38,8% para 69,9% do total dos vínculos (ANS, 2019). No interior desse mercado, um fenômeno importante diz respeito à expansão dos chamados “falsos planos coletivos”, cujos contratos abrigam grupos com até 30 pessoas e para o qual se exige apenas a apresentação de um CNPJ para a sua formalização. Essa é a única modalidade de contratação de planos que se expandiu entre 2014 e 2020 (Planos..., 2021).

Considerando o quadro geral apontado no Gráfico 1, a evolução desproporcional entre planos individuais e coletivos contribui justamente para problematizar a centralidade da contratação formal do trabalho para a sustentação do setor suplementar da saúde no Brasil. Essa associação fica evidente quando acompanhamos os relatórios da pesquisa mensal de empregos do IBGE, que, entre 2000 e 2014, apontaram,

em termos líquidos, a geração de 16,5 milhões de postos formais de trabalho resultando em uma média de 1,1 milhão de novos postos por ano. Esta informação é compatível com o deslocamento da taxa de 12,4% de desempregados em 2002, para uma média 5,5% nos últimos cinco anos que consideramos da pesquisa mensal de empregos (Brasil, 2019). Convergindo com esse deslocamento nos vínculos trabalhistas, os planos de saúde exclusivamente coletivos registraram, em termos líquidos, 30,2 milhões de novos vínculos, alcançando a média de 2,1 milhões de beneficiários por ano no período de 2000 a 2014 (ANS, 2019; Brasil, 2019). Entre 2015 e 2018, um contexto marcado pela contração desses indicadores, a associação entre a dinâmica do mercado formal de trabalho e do setor de saúde suplementar também se confirma. Nesse período, ocorreu uma redução acumulada de 2,5 milhões de postos de trabalho (5%) e de 2,6 milhões de beneficiários de planos coletivos (6%).

Como apontamos no diagrama de dispersão (Gráfico 2), é estatisticamente significativa a associação entre a massificação de planos coletivos de saúde e a geração de empregos formais no mercado de trabalho.

Gráfico 2 – Correlação de trabalhos formais e contratação de planos coletivos de saúde no Brasil (2000-2019)



Nota: n=79 trimestres; R²=0,232;

Fonte: elaborado pelos autores com base em ANS, 2019; BRASIL, 2019b

Em que pese a expressividade desses dados, o processo de expansão e efetiva mercantilização da saúde no século XXI é objeto de importante

controvérsia na literatura. Precisamente, o dissenso tem origem na divergência entre os dados da ANS e os registros da PNAD. Como se sabe, em 1998,

a PNAD publicou o seu primeiro suplemento de saúde. À época, de acordo com sua aferição, 38,7 milhões de brasileiros já se encontrariam cobertos por planos, o que corresponderia a uma taxa de cobertura de 24,45% da população naquele ano (IBGE, 2000). Nos suplementos seguintes, em 2003 e 2008, o índice de cobertura se mostraria estável, indicando que 24,6% e 25,9% da população assumiria esta condição, cobrindo, respectivamente, 43,2 e 49,2 milhões de pessoas. O notório contraste com os registros da ANS merece uma avaliação cuidadosa.

Como vimos no Gráfico 1, somente a partir de 2010 os indicadores da agência se aproximariam das cifras que a PNAD já apontava existirem desde 1998. Neste sentido, a depender da fonte escolhida, altera-se a compreensão da dinâmica de expansão do mercado de planos de saúde no Brasil nos últimos 30 anos e, mais importante, enfraquece o entendimento de que a geração de empregos e a dinâmica de contratação formal do trabalho importem para compreender o próprio mercado da assistência suplementar.

Em muitos estudos, a disparidade das informações verificadas entre a PNAD e a ANS vem sendo explicada pela baixa institucionalidade da agência nos primeiros anos de sua atuação. O argumento é que a resistência das operadoras em disponibilizar informações sobre o número de usuários teria conduzindo a uma persistente subnotificação dos seus registros (Bahia, 2001; Duarte, 2003; Menicucci, 2007; Baptista, 2009). Segundo Bahia (2001), aquele momento era marcado por graves “divergências entre as operadoras de planos de saúde e a ANS”, que, por vezes, “se [transformavam] em acirradas disputas judiciais” (p. 339). Duarte (2003), por sua vez, toma como indicador da debilidade das informações prestadas pela ANS o fato de que “até o mês de maio de 2000, apenas 712 das 2.686 operadoras registradas” (p. 5) cooperavam com a agência. Outra dificuldade, consistiria na divergência de métodos de contabilização dos contratos, na qual os vínculos aferidos pela ANS seriam inflados em comparação com a PNAD (Baptista, 2009). Não obstante, como contraponto, um fator de correção ajustando o “número de planos” *vis-à-vis* o “número de pessoas”

com planos encontraram taxas de coberturas aproximadas entre os órgãos (Pinto; Soranz, 2004).

Considerando a importância dessas observações, um aspecto que, no entanto, segue regularmente desapercibido das análises é que as taxas presentes nos suplementos de saúde da PNAD sempre representaram a soma de “planos privados” e “planos públicos”. AANS, por sua vez, sempre se ateu à mensuração exclusiva dos primeiros. Esmiuçando um pouco mais estas particularidades, ao se desagregar os dados coletados pela PNAD encontramos o seguinte resultado.

Tabela 1 – Cobertura por tipo de planos de saúde (suplementos PNAD - 1998, 2003 e 2008 - em milhões)

PNAD	1998	2003	2008
Plano Privado	29	34,2	38,1
Plano Público	9,7	9	11,1
Total	38,7	43,2	49,2

Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2000; 2005; 2010):

Como se pode perceber, ao controlarmos a categoria dos planos exclusivamente privados nos suplementos da PNAD, temos as seguintes taxas de cobertura populacional: 18,35% (1998), 19,43% (2003) e 20,1% (2008) (IBGE, 2000; 2005; 2010). Rigorosamente, os indicadores da PNAD se aproximam significativamente das anotações da ANS, fortalecendo o argumento de que a dinâmica do mercado de trabalho, a qual a ação política sindical se faz presente, impacta diretamente a assistência mercantilizada no Brasil.

Nos registros da PNAD, a categoria dos planos públicos incorpora a assistência ao servidor estadual, municipal e militar, como o Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais (IPSEMG) e o Sistema de Atendimento médico-hospitalar aos Militares do Exército (SAMMED). A inclusão dos servidores federais na categoria de “planos públicos” esteve presente apenas no suplemento de 1998, transferidos para o segmento de “planos privados” nos suplementos seguintes. Desse modo, fundações como a GEAP (que mantém convênio com diversos ministérios e universidades federais), passaram à categoria contábil do universo privado de assistência, bem como os funcionários dos correios,

dos bancos públicos e de empresas como a Petrobras e a Eletrobras.

Para além destes desafios metodológicos, questões de ordem teórica também nos permitem problematizar o argumento da estagnação da taxa de cobertura privada para os primeiros anos deste século. Como destacamos anteriormente, em muitos estudos a expansão da assistência privada ocorrida nas décadas de 1970, 1980 e 1990 aparece, ainda que indiretamente, associada ao mercado de trabalho. O “interesse empresarial” no setor, as condições econômicas da “renda trabalhista”, as “inovações financeiras do setor suplementar” e os “incentivos do Estado” são aspectos tipicamente ressaltados, figurando como traço constante a desconfiança quanto a centralidade da participação sindical nesse processo (Faveret; Oliveira, 1990; Bahia, 2001; Andreazzi; Kornis, 2003; Menicucci, 2007). Considerando as evidências históricas, não há nenhum fato objetivo que indique a perda de validade desse vínculo no período pós-1998.

O reconhecimento de que a contratação formal do trabalho é central à sustentação do mercado da saúde abre portas à valorização da atuação sindical na estruturação deste setor. Como veremos na próxima seção, a luta sindical pela saúde do trabalhador se expressa em momentos distintos das relações contratuais e em distintas categorias trabalhistas. Situado como benefício a ser alcançado na disputa por melhores condições de trabalho, os planos de saúde comparecem nas negociações trabalhistas e como motivação para mobilização de greves, não deixando dúvidas que a atuação sindical constitui um momento político central para o entendimento do hibridismo público e privado de interesses na área da saúde.

A assistência à saúde nas negociações coletivas e movimentos de greve

A importância das negociações coletivas para a expansão de benefícios trabalhistas e a centralidade das organizações sindicais nesse processo podem ser atestadas pelos ataques reiterados que as reformas trabalhistas de Michel Temer e Jair Bolsonaro lhes endereçam. Com a introdução da terceirização irrestrita pela Lei nº 13.429/17 (BRASIL, 2017a), do constrangimento ao acesso gratuito dos

trabalhadores à Justiça do Trabalho e a liberação do “negociado sobre o legislado” pela Lei nº 13.467/17 (BRASIL, 2021b), além da restrição à atuação do poder público e sindicatos no funcionamento da indústria, comércio e serviços, diversos artigos da CLT foram alterados ou literalmente suprimidos. Em 2019, a Lei nº 13.874/19 (BRASIL, 2019a), chamada “MP da liberdade econômica”, também alteraria diretrizes importantes da legislação do trabalho. Em 2020, com o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, estipulado pela Lei nº 14.020/20 (BRASIL, 2020), outra intervenção aguda veio a ser implementada. Sob seu amparo, passou a ser permitida a suspensão do contrato de trabalho por acordo individual, reforçando o enfraquecimento das negociações coletivas enquanto ferramenta de manutenção ou melhora das condições de trabalho.

No conjunto destas transformações, é possível apreender que a agenda empresarial confere especial atenção a duas plataformas: (1) a superação do modelo legislado de relações de trabalho, nucleado pela inviabilização da contratação coletiva, e (2) a interdição crescente da atuação sindical nessa concertação institucional. A ofensiva continuada a essa estrutura remanescente dos anos 1930 evidencia mesmo que o golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016, conforme definido por Wanderley Guilherme do Santos (2017), se organizou, em larga medida, contra os direitos públicos alcançados pelo trabalhismo brasileiro. Como no pós-1964, o alijamento dos trabalhadores do jogo institucional elucida o próprio afã conservador de suspensão das regras democráticas (Boschetti, 2006).

Como colocado por Camargos (2009), os acordos e convenções coletivas se tornaram centrais não apenas para o regime celetista de trabalho, como também se consolidaram enquanto método prático de construção de direitos para diversos extratos do funcionalismo público – ainda que, neste caso, tais dispositivos não constem como instrumentos juridicamente regulamentados. A análise do desenvolvimento desses dispositivos revela ainda que existe uma convergência histórica entre a reprodução mercantil da assistência à saúde e o desenvolvimento institucional dessa via autocompositiva de resolução de interesses coletivos do trabalho.

Como previsto no direito sindical brasileiro, desde os anos 1930, as negociações coletivas possuem “força de Lei”, mas a sua centralidade na relação entre patrões e empregados é fruto de um processo que levou algumas décadas para se afirmar (Sitrângulo, 1978; Camargos, 2009; Santos, 2014). Em estudo clássico da sociologia jurídica do trabalho, Sitrângulo (1978) registrou que, entre 1947 e 1976, o poder normativo da Justiça do Trabalho havia preenchido o vazio deixado pela escassa realização de acordos coletivos no Brasil. Como registrou Oliveira (apud Camargo 2008,), o “acordo histórico entre o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo e o Sindicato dos Fabricantes de Veículos Automotores - SINFAVEA” (p. 81), pode ser considerado um momento de forte inflexão para que a dinâmica de celebração de acordos coletivos se iniciasse sem a presença normatizadora da Justiça do Trabalho. Em convergência com esse apontamento, Amaury de Souza (1983) identificou que, entre 1979 e 1982, ocorrera, de fato, um nítido enriquecimento dos contratos coletivos de trabalho, ainda que, desde 1967, com o Decreto-Lei 229, o acesso à justiça trabalhista se tornara restrito aos casos que malogrados de negociação direta entre empregados e empregadores. Em seus estudos, o autor ainda identificou que, ao lado das questões salariais, outras cláusulas foram se tornando constantes nas negociações diretas entre patrões e empregados. Mais precisamente, o fortalecimento das demandas por “condições e normas de trabalho”, que abrigariam várias cláusulas dispendo sobre a estabilidade laboral das gestantes, dos acidentados e dos dirigentes sindicais, bem como a presença crescente de reivindicações de assistência médica e odontológica complementar (Souza, 1983).

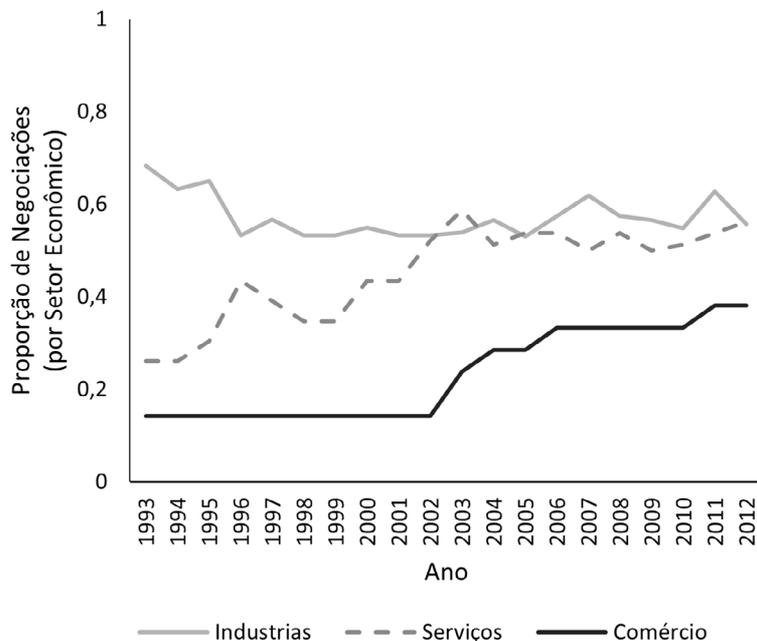
De acordo com uma pesquisa realizada pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), em fins da década de 1980, o acesso a planos privados de saúde e outros “serviços sociais” foi apontado pelos trabalhadores como motivo central de sua filiação ao sindicato (Costa, 1994). A mesma pesquisa evidenciava ainda que tal diretriz de ação política era apoiada por 49,5% dos sindicalizados nos setores da construção civil, metalúrgicos, químicos, têxtil, bancário, comerciário e transporte coletivo

da Grande São Paulo. A mesma motivação fora encontrada também na “agenda de eletricitários, bancários, aeroviários, sindicatos metalúrgicos da Grande Belo Horizonte e trabalhadores das áreas de telecomunicações e processamento de dados” (Costa, 1994, p. 4).

Como estamos procurando documentar, a convergência histórica entre a reprodução mercantil da assistência e o desenvolvimento institucional dessa via autocompositiva de resolução de interesses também pode ser compreendida como um processo de formação política. É na identificação da trajetória de transição de um corporativismo público estatal, vigente desde os anos 1930, a um corporativismo negocial privado mercantil, consolidado nos anos 1980, que problematizamos a construção do corporativismo como uma prática social, uma cultura de direitos. Assim compreendida, para além de uma transformação puramente institucional, a temporalidade transcorrida no curso dessas décadas abriga a construção de um comportamento específico, que, no entanto, se adapta aos contextos de lutas do mundo formal do trabalho, evidenciando uma consciência política que se reinventa, formando uma tradição. Compreendido como parte importante dos valores de formação do trabalho brasileiro, o fenômeno corporativo é historicamente anterior à linguagem universal da cidadania encampada pela Reforma Sanitária e consiste, portanto, em um aspecto que reputamos fundamental para compreender o vínculo da ação sindical com o mercado da saúde.

Com os dados do SAAC/DIEESE, também é possível confirmar o adensamento da assistência privada de saúde enquanto pauta negocial da contratação do trabalho no Brasil. Maior banco de dados sobre negociações coletivas do país, o SAAC/DIEESE cobre 18 unidades da federação, 50 importantes categorias trabalhistas e 225 unidades de negociação (DIEESE, 2006). Entre 1993 e 2012, período coberto pelas informações do DIEESE, a incontestável expansão de pautas relacionadas à assistência privada de saúde assumiu dinâmicas distintas nos ramos da indústria, do comércio e dos Serviços (Santos, 2014). Conforme aponta o Gráfico 3, a massificação dessa demanda, sobretudo a partir de 2003, tornou-se o horizonte comum das categorias em análise.

Gráfico 3 – Proporção de cláusulas de saúde negociadas em convenções coletivas, por setor econômico, Brasil (1993-2012)



Fonte: Retirado de Santos (2014).

Uma avaliação qualitativa das negociações coletivas compiladas pelo SACC/DIEESE evidencia que o envolvimento das categorias trabalhistas com o setor suplementar da saúde possui dinâmicas de contratação que variam em função do tamanho da empresa e do instrumento normativo (se Acordo ou Convenção Coletiva). Em corporações como a Petrobrás, os Correios, a Vale do Rio Doce e a Ambev, as cláusulas de saúde presente nos Acordos Coletivos se caracterizam por uma descrição minuciosa do tipo de plano a ser ofertado, detalhando, por exemplo, as condições de admissão e desligamento do acesso ao mesmo. A análise dessas cláusulas revela ainda um elevado grau de segmentação da assistência a ser adquirida pelo trabalhador, podendo ser hierarquizada em função do cargo de ocupação e do gênero. Diferentemente, quando consideramos as Convenções Coletivas, que abrangem categorias inteiras, a terminologia torna-se menos detalhada, pressupondo que o tipo de plano a ser ofertado e as condições de seu uso são definidos em um momento posterior, organizado segundo as condições econômicas de cada empresa (DIEESE, 2019a).

Uma análise serial dessas negociações coletivas enseja o entendimento de que a oferta de um

plano, uma vez assegurada em um dado momento no tempo, tende a se reproduzir em rodadas futuras de negociação, indicando uma expectativa que se reforça no tempo (Santos, 2014). Esse incrementalismo nos termos da assistência contratada, torna-se especialmente interessante por ajudar a compreensão do modo como o acesso ao setor suplementar torna-se percebido como resultado legítimo do confronto classista desenvolvido pelos sindicatos junto ao campo patronal.

Além da presença em Acordos e Convenções Coletivas, a relevância da assistência privada à saúde para o meio sindical pode ser captada a partir do acompanhamento de suas reivindicações grevistas que, a depender da conjuntura, podem ser expansivas, de manutenção ou defensivas (DIEESE, 2019b). Como esclarece Camargo (2009), uma vez que as cláusulas negociadas não aderem em definitivo às relações de trabalho, expirado o prazo máximo de dois anos de vigência, a instabilidade que se coloca consiste inclusive na supressão dos benefícios negociados. Em 2018, das 1.453 paralisações registradas no país, a assistência médica constou como terceiro item na escala de motivações para que uma greve fosse iniciada (DIEESE, 2019b). Enquanto a reivindicação

de salários atrasados e reajustes de piso constaram como os temas mais frequentes, presente em 37,9% e 37% das mobilizações, respectivamente, a assistência médica alcançou 20,4% das reivindicações - ao lado da alimentação e auxílio transporte. Considerando apenas as greves iniciadas no setor privado (indústria, serviços e comércio), as reivindicações por assistência médica, sempre somada à pauta de alimentação e transporte, chegaram a 29,2% das motivações para uma mobilização de greve, atrás apenas das reivindicações por questões salariais. Pegando isoladamente o ramo da indústria, a frequência na reivindicação dessa pauta esteve presente em 37% das mobilizações, enquanto as greves por motivações salariais alcançaram 38,1% dos casos (DIEESE, 2019b).

Elucida esse cenário a greve de alcance nacional iniciada em outubro de 2019 pela Federação Interestadual dos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras dos Correios (FINDECT/CTB) que visava a manutenção dos benefícios do Acordo Coletivo firmado naquele ano. Na ocasião, ao lado da luta contra a privatização e pela recomposição de salários, constava na pauta disputas acerca do plano Postal Saúde. Com a tentativa da empresa de alterar o custeio do plano e seus percentuais de coparticipação nas despesas com assistência, a judicialização se tornou inevitável (Ministro..., 2019).

Nos quatro meses de disputas que se seguiram em torno dos termos de contratação do plano de saúde dos Correios, se associaram à luta a Federação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Correios e Telégrafos e Similares (FENTECT/CUT) e a Associação dos Profissionais dos Correios (ADCAP). Em janeiro de 2020, ante nova decisão desfavorável, o informe unificado das federações aos seus representados anunciava: “STF cassa os efeitos da liminar concedida pelo TST e Ecetistas têm sua maior conquista histórica ameaçada, o Plano de Saúde”. Como encaminhamento, apontavam a necessidade de se construir novas “estratégias de luta que culminem numa grande greve em defesa do nosso plano de saúde e contra os demais ataques do governo” (FENTECT; FINDECT, 2020, p. 1).

Os caminhos que evidenciam o interesse do trabalhismo organizado no universo mercantilizado da assistência podem ser apreendidos em momentos

variados. Às evidências aqui mobilizadas, poderiam se somar o estudo de eventos como o Fórum da Saúde Suplementar, de 2003, e o Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, de 2008 - ambos articulados pela Câmara de Saúde Suplementar da ANS junto a diversas centrais sindicais (Santos, 2014). Em vista desse panorama, a síntese que nos interessa salientar consiste mesmo em consolidar a relevância do sindicalismo brasileiro para o entendimento e a superação do hibridismo público e privado de interesses que assediam o SUS e que encontra um momento relevante de sustentação no circuito dos planos de saúde.

Como determinante político relevante nesse processo - agregado aos condicionantes institucionais, de conjuntura econômica e mesmo de interesse patronal, o estudo do momento corporativo da ação sindical oferece um quadro mais complexo dos desafios que se impõem à unidade orgânica e programática entre sindicalistas e sanitaristas. Não é estranho a esses impasses a distância entre as teses cultivadas na Reforma Sanitária e as expectativas concretas do cotidiano trabalhista sobre suas lideranças sindicais. Considerando os registros sociais que contribuem para uma história das ideias políticas, a identificação do corporativismo ganha ainda mais relevância quando se considera que a construção dos direitos públicos da saúde, exige, incontornavelmente, a formação de uma ampla base social de apoio. Por fim, contornando o argumento apedeuta de culpabilizar as organizações do trabalho, é com a devida investigação dos valores corporativos, sua construção e cultivo enquanto prática social do trabalhismo brasileiro, que se poderá identificar os caminhos para a superação dos desafios que se colocam para a inauguração de um momento renovado de lutas pelo SUS.

Considerações finais

A formação de um sindicalismo sanitarista supõe um sanitarismo atento às pautas do trabalhismo. Como procuramos apresentar, a força historicamente alcançada pela linguagem corporativa de direitos é uma plataforma que orienta parte das expectativas cívicas daqueles que vivem do trabalho. Na origem da reforma sanitária, estudos como os de Giovanni Berlinguer (1978) localizaram esse desafio

apontando que os trabalhadores organizados eram condição necessária para se alcançar uma consciência sanitária ampliada. Passados 30 anos da criação do SUS, o grau de penetração e consolidação da imaginação política sanitária no meio laboral possui um déficit de reafirmação a ser superado. Essa condição lateral da linguagem universal da saúde nas relações de trabalho talvez seja mesmo uma condição política que está colocada para os movimentos e partidos da esquerda brasileira em geral.

Na atual conjuntura, com a pandemia do novo coronavírus, a legitimação do programa sanitária reconhecido em torno do SUS está colocada como possibilidade para a reorganização da agenda dos mais variados movimentos sociais. Talvez possa mesmo ser dito que os propósitos universalistas da Reforma Sanitária encontram a cultura corporativa de direitos em uma condição agônica sem precedentes históricos: por um lado, o setor de planos de saúde passa ao largo de oferecer uma solução factível para os problemas que emergem com a pandemia; por outro, acentua-se a crise na geração de empregos e a proliferação de vínculos precários viabilizada pela desconstrução do modelo legislado das relações de trabalho. Como síntese da conjuntura, a mercantilização da saúde e a própria razão corporativa de acesso à direitos abrem-se a uma potencial e progressiva deslegitimação.

Por essa compreensão, a acelerada ação política para a flexibilização do vínculo de trabalho no país como a terceirização, o trabalho temporário, o trabalho de tempo parcial, os cooperados, os estagiários e os falsos autônomos contratados como pessoa jurídica - podem impactar diretamente a dinâmica da saúde suplementar. A articulação em torno dos chamados “planos populares de saúde”, em 2017, e a expansão dos “falsos planos coletivos”, como mencionado anteriormente, sugerem um fenômeno de adaptação às mudanças na composição dos postos de emprego do país, particularmente voltada à precarização dos contratos de trabalho. Outra chave que complexifica esse contexto de rearranjos público-privado na saúde, diz respeito à fusão financeira de grandes grupos econômicos do setor com fundos de investimentos controlados pelo circuito do capital internacional. O potencial disruptivo dessa mutação para a cadeia de vínculos entre o empresariamento da saúde e a ação sindical, tal qual apresentamos, são inegáveis,

e precisam, certamente, de maior investigação. A esse respeito, vale observar que a retração reiterada dos indicadores de emprego não tem afetado as margens líquidas de ganho das principais empresas do setor - nem mesmo na pandemia.

Nesse trabalho, nosso esforço consistiu tão somente em fundamentar a importância da ação sindical para a compreensão da mercantilização da saúde. Nesse caminho, foi preciso visitar as controvérsias entre os registros da PNAD e da ANS, criando condições para reposicionar a centralidade das negociações coletivas na contratação de planos de saúde. Com este percurso, procuramos enriquecer junto ao campo da saúde coletiva a reflexão segundo a qual o corporativismo presente na formação trabalhista deve ser compreendido como determinante político constitutivo do hibridismo público e privado de interesses que assediam o SUS.

É certo que o momento corporativo não esgota toda a experiência do terreno de lutas sindicais pela saúde do trabalhador - assim como essas não devem ser entendidas como causalidade única para compreender a reprodução do mercado de planos e seguros de saúde. Desde os anos 1980, o interesse na construção do SUS também constituiu parte substantiva da atuação sindical. O vínculo orgânico dessas entidades com o sistema público comparece, por exemplo, nos esforços empenhados pela implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da Rede Nacional de Atenção Integral Saúde do Trabalhador, que, efetivamente, têm contribuído para o desenvolvimento institucional do SUS, como atesta a expansão nacional dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Todavia, em que pese as considerações em torno desse importante aprendizado político, o diagnóstico aqui desenvolvido ateu-se prioritariamente ao momento do vínculo sindical com o processo de mercantilização da saúde do trabalhador.

Em nosso entendimento, uma consciência pública sanitária constitutiva das lutas por cidadania daqueles e daquelas que vivem do trabalho coloca-se como demanda histórica capital para os propósitos democráticos do SUS. No encontro orgânico entre a tradição sanitária brasileira e a inteligência democrática das lutas populares do trabalho, reside, sem dúvida, a possibilidade de um renovado capítulo de lutas pelo SUS.

Referências

- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos* - junho de 2019. Rio de Janeiro: 2019.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Informações em Saúde Suplementar*, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3x1NSm6>>. Acesso em: 8 jun. 2021.
- ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003. DOI: 10.1590/S0103-73312003000100008
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000200005
- BAPTISTA, D. A. *O mercado de planos de saúde do Brasil e os dilemas do cooperativismo médico*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes, Hucitec; 1978.
- BOSCHETTI, I. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília, DF: Letras Livres; Editora UnB, 2006.
- BRASIL. Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 mar. 2017a.]
- BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 14 jul. 2017b.
- BRASIL. Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nºs 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 2019.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento de Emprego e Salário. Cadastro Geral de empregados e desempregados (CAGED). 2019b. Disponível em: <<http://pdet.mte.gov.br/caged-meses-anteriores>>. Acesso em: 18 jun. 2021
- BRASIL. Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda; dispõe sobre medidas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; altera as Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.101, de 19 de dezembro de 2000, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 10.865, de 30 de abril de 2004, e 8.177, de 1º de março de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 7 jul. 2020.
- CAMARGOS, R. C. M. *Negociação coletiva: trajetórias e desafios*. Belo Horizonte: Editora RTM, 2009.
- COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 5-17, 1994.
- DIEESE. Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas do Departamento

Intersindical de Estatística e Estudos Socio-econômicos (Sacc-DIEESE), 2019a.

DIEESE. Sistema de Acompanhamento de Greve (SAG-DIEESE), 2019b. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/balancodasgreves/2018/estPesq89balancoGreves2018.html>>. Acesso em: 18 jun. 2021.

DIEESE. Taxa de judicialização das negociações coletivas de trabalho no Brasil (1993-2005). *Estudos e Pesquisas*, São Paulo, v. 2, n. 21, 2006.

DUARTE, C. M. R. *Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

ESPING-ANDERSEN, G. *Three worlds of welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

FAVERET, P. F.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 139-162, 1990.

FENTECT FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE CORREIOS E TELÉGRAFOS E SIMILARES; FINDECT FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DOS CORREIOS. *Informe 001/2020 unificado - das federações*: STF cassa os efeitos da liminar concedida pelo TST e Ecetistas têm sua maior conquista histórica ameaçada, o Plano de Saúde. Brasília, DF: 2020.

KERSTENETZKY, C. L. *O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Acesso e utilização de serviços de saúde*: 1998. Rio de Janeiro: 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Acesso e utilização de serviços de saúde*: 2003. Rio de Janeiro: 2005.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Acesso e utilização de serviços de saúde*: 2008. Rio de Janeiro: 2010.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINISTRO Dias Toffoli suspende decisão do TST sobre plano de saúde e vigência do ACT. *Findect*, Bauru, 20 nov. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3vasfPd>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PLANOS de saúde “falsos coletivos”: crescimento do mercado e reajuste de preços (2014-2020). *GEPS*, São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3x87d54>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

REIS, F. W. *Mercado e utopia: teoria política e sociedade brasileira*. São Paulo: Edusp, 2000. p. 359-386.

SANTOS, R. T. *O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS*. 2014. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, W. G. *A democracia impedida: o Brasil no século XXI*. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

SEWELL JUNIOR, W. *Work and revolution in France: the language of labor from the old regime to 1848*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

SITRÂNGULO, C. J. *Conteúdo dos dissídios coletivos de trabalho: 1947-1976*. São Paulo: LTr, 1978.

SOUZA, A. *A nova política salarial e as negociações coletivas de trabalho no Brasil, 1979 - 1982: um estudo exploratório*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1983.

Contribuição dos autores

Teodoro e Csapo realizaram a concepção, redação e análise de dados.

Recebido: 30/03/2021

Reapresentado: 30/03/2021

Aprovado: 02/06/2021