



## 2º Simpósio de Política e Saúde do CEBES

7 a 9 de julho de 2011 – Brasília/DF

## Sumário

Abertura .....	3
Mesa Redonda 1: Saúde, Desenvolvimento e Democracia .....	4
Mesa Redonda 2: O Primado do Interesse Público na Saúde.....	14
Mesa Redonda 3: Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade.....	32

## Abertura

Nos dias 7 a 9 de julho de 2011, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) realizou seu 2º Simpósio de Política e Saúde, nas dependências da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília.

Na manhã do dia 7 de julho, deu-se o credenciamento dos participantes, além de uma exibição de vídeos sobre o histórico da Reforma Sanitária. Logo após o almoço, ocorreu uma reunião ampliada dos núcleos regionais do CEBES. Às 15h30min foi aberta a programação Oficial do 2º Simpósio de Política e Saúde do CEBES.

Anteriormente à realização do 2º Simpósio, alguns membros do CEBES, escolhidos pela Diretoria, haviam sido encarregados de redigir textos que provocassem discussão e servissem de ponto de partida para as discussões durante todo o Simpósio. A esses textos chamou-se “teses”. Essas “teses” haviam sido publicadas no *site* do CEBES na *internet*, permitindo que fossem apresentadas contribuições às teses do Simpósio.

Essas seis “teses” iniciais estavam distribuídas em três eixos de discussão, correspondentes às três mesas redondas que se realizariam durante o Simpósio: 1) Saúde, Desenvolvimento e Democracia; 2) O primado do Interesse Público na Saúde; e 3) Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade. Essas mesas redondas ocorreram na tarde do dia 7 e na manhã e na tarde do dia 8 de julho de 2011.

Após cada mesa redonda, seria aberta a fala para que os presentes apresentassem suas contribuições. Priorizando-se a fala dos núcleos regionais do CEBES que houvessem discutido o assunto e trazido suas reflexões para o Simpósio. Aos demais presentes também foi garantida a oportunidade de manifestar-se.

As mesas redondas foram relatadas durante o evento, para que as discussões nelas travadas, bem como as contribuições apresentadas fossem levadas à Plenária Final do Simpósio, realizada na manhã do dia 9 de julho de 2011.

Este Relatório Final do 2º Simpósio trará o conteúdo detalhado das mesas redondas realizadas.

As propostas e contribuições levadas à Plenária do Evento, resultaram na consolidação de um Documento com as Teses do CEBES aprovadas no Simpósio, cuja redação final ficou a cargo de alguns membros da nova Diretoria eleita.

## **Mesa Redonda 1: Saúde, Desenvolvimento e Democracia**

### Coordenação:

**Roberto Passos Nogueira** (CEBES).

### Participantes:

**Sonia Fleury** (FGV/RJ)

**Plínio de Arruda Sampaio**

**Rudá Ricci** (Instituto Cultiva)

**José Ruben Bonfim** (SOBRAVIME)

### Documentos referenciais discutidos virtualmente antes do Simpósio:

**“Saúde e Desenvolvimento”**, de Roberto Passos Nogueira

**“Defesa Intransigente do Interesse Público na Saúde”**, de Sonia Fleury

### Relatores:

**Gustavo Felinto, Felipe Assan Remondi e Luís Bernardo Bieber**

Roberto Passos Nogueira, assumindo a coordenação dos trabalhos, iniciou a mesa redonda convidando José Ruben Bonfim, representando a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), a permanecer na mesa, uma vez que este havia participado da mesa de abertura representando os ex-presidentes do CEBES. Então chamou à mesa Plínio de Arruda Sampaio, apresentando-o como professor e economista de questões agrárias. Destacou que evidentemente Plínio é conhecido como membro do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), mas que a escolha por sua participação não está associada a uma “partidarização”, mas sim à sua característica como intelectual orgânico. Então chamou o professor Rudá Ricci, do Instituto Cultiva, de Minas Gerais, e Sonia Fleury, da FGV/RJ. O Coordenador da mesa destacou a importância de o tema da mesa permanecer na entidade como questão central, mesmo sendo conhecida a importância das questões setoriais. Então Roberto orientou a mesa colocando aos palestrantes três perguntas iniciais: 1) “O que queremos do desenvolvimento? Este desenvolvimento é para que e para quem?”; 2) “A questão democrática do desenvolvimento”. É possível um desenvolvimento democrático? O que é preciso para que ele ocorra?”; e 3) “O que os intelectuais orgânicos da esquerda podem fazer para contribuir na disputa dos rumos deste desenvolvimento?”. Após a

formulação das questões, dirigidas aos quatro palestrantes, o Coordenador passou a palavra a Plínio de Arruda Sampaio.

**Plínio de Arruda Sampaio** agradeceu o convite e destacou o Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo “a coisa mais importante que saiu da Constituinte”. Ele colocou que o SUS até hoje não foi posto em prática porque o governo e a burguesia não têm interesse de fazê-lo. Então ele falou sobre o David Capistrano (que havia sido homenageado na mesa de abertura) e apontou os comunistas e os cristãos como as “duas forças mais sérias deste país”. O economista então falou que a saúde tem duas questões gerais: uma mais técnica e outra geral. Colocou então que o problema da saúde está centralmente vinculado à pobreza. Destacou o impacto na saúde da falta de alimento, más condições de moradia, falta de saneamento básico, sendo todos estes determinantes na geração de doenças. Colocou que isso não diminui a necessidade por médicos, hospitais e remédios, mas que é fundamental ter um povo “nutrido”, vivendo em condições “higiênicas”. Ele então falou que é inviável ter um sistema “útil” de saúde enquanto a burguesia “dominar” este país. Portanto, para o professor, estamos numa “etapa de luta” em que é necessário que se tome posição, o que, neste país, é difícil, pois tradicionalmente as pessoas não tomam posição, pois isso tem um preço (o qual os comunistas conhecem, pois sofrem ou já sofreram com isso). Para Plínio, “desenvolvimento é luta”. O professor então pontuou a necessidade de se concentrar a luta em um ponto. Para ele, a centralidade da luta se coloca na defesa da saúde exclusivamente estatal, sem ser livre à iniciativa privada. O professor afirma a impossibilidade de um sistema público em que a saúde é livre à iniciativa privada. Afirmou que essa característica faz com que “os ricos” sejam sempre atendidos em detrimento “dos pobres”. Plínio também colocou que um dos grandes desafios colocados refere-se ao apaziguamento social vivido hoje – a inexistência de um sentimento de revolta. Colocou que só “vê” um sistema “funcionando” se a “burguesia” for derrotada e houver exclusividade estatal sobre a saúde. Apontou também para a necessidade de os médicos serem funcionários de carreira. Então Plínio, em resposta ao questionamento inicial do Coordenador da mesa, respondeu que o que se quer do desenvolvimento é a centralidade do interesse do “povo”. Ele colocou que desenvolvimento, para ele, não está associado ao maior poder de acesso a bens de consumo e, sim, associado aos sentimentos de liberdade e igualdade, ou “um certo bem-estar comum”. Para o professor, desenvolvimento é “saúde igual para todos, educação

igual para todos, alimentação igual para todos, com diferenças que não sejam brutais”, sem que isso represente uma “uniformização”, mas, sim, uma maior “isonomia”. Então Plínio passou a outra questão: é possível desenvolvimento sem democracia? Sua resposta é que não é possível desenvolvimento sem democracia. Pode-se fazer aumento da produção econômica, mas isso por si só não caracteriza desenvolvimento. Em relação à esquerda, o professor coloca a necessidade de unir a esquerda. Ele problematizou a dificuldade de transmitir a mensagem da esquerda para o povo. Citou que a grande maioria da população está despolitizada, e que na questão eleitoral a referência para esta maioria é o político “mais próximo”, sem ter nenhuma perspectiva programática o voto. Apontou que sua campanha cumpriu um papel mostrar os problemas e apresentar soluções. Plínio finalizou sua fala apontando que uma possibilidade para a esquerda seria uma campanha pela medicina exclusivamente pública.

Em seguida, o Coordenador passou a palavra para Rudá Ricci.

**Rudá Ricci (Instituto Cultiva)** iniciou agradecendo o convite do CEBES (em especial de Sonia Fleury) e contou uma “passagem” de sua vida. Ele é de uma família em que metade é comunista e a outra metade cristã. Quando jovem, aos 16 anos, militava em comunidades eclesiais de base. Ele contou que, em uma apresentação de material da “Fé e Política” para uma comunidade, ele questionou quais eram os problemas da comunidade. Referiu que a resposta ouvida foi um jogo de camisa para o time de futebol local. Ele então insistiu na pergunta, mas a resposta das pessoas permanecia a mesma. Ele disse que ao final, o padre foi até ele e falou: “a gente entra pela porta que o povo abre”. Então colocou que as três perguntas iniciais podem ser respondidas pela perspectiva do controle social. Para ele, não adianta desenvolver e caminhar para o “populismo” ou “partidarismo” ou no bem privado. Ele aponta que nosso Estado herda uma cultura lusitana de Estado que possui uma contradição de ser altamente burocratizado e segmentado. Citou Betinho, que defendia que na organização do Estado deveria haver apenas três Ministérios: o da Administração, o da Infraestrutura e o dos Homens. Ele diz que a burocracia brasileira nasce para o controle, por conta de a coroa portuguesa ter interesse neste controle. Ele pontua que a relação de tutela do Estado em relação à população fica clara no Governo Lula. Colocou a questão de as conferências terem a característica de, em aparência, colocarem-se como resultado de maior democracia, mas que, das setenta conferências realizadas nos últimos oito anos,

só duas geraram alterações orçamentárias ou leis. Outro elemento advindo da cultura lusitana pontuado por ele é o personalismo, plasmado na estrutura burocrática brasileira. Ele coloca que controle social é quando os beneficiários ou a população participa da política pública. Ou seja, para ele, uma plenária de prestação de conta não é controle social, pelo fato de não haver participação da população na tomada de decisão. Ele colocou que controle social é co-gestão. Disse que durante a constituinte se pensava a criação de estruturas de Estado e não de governo, para a administração da coisa pública, que dessem conta de incorporar a população na estrutura decisória. Também se pensavam mecanismos para substituição das estruturas verticais de decisão, que são embasadas no modelo gerencial alemão, segundo o qual quanto mais próximo da execução, menos poder, quanto mais longe, mais poder, em decorrência de que supostamente, a distância permitiria um melhor olhar sobre a situação, mais técnico e menos “apaixonado”. Rudá aponta que é esta perspectiva gerencial presente nas universidades hoje. Outra questão para ele é a necessidade de se montar uma estrutura de monitoramento da política pública no Brasil. Uma sugestão dele, para alterar essa estrutura de poder – conhecida como estrutura imperial de decisão – seria a de o secretário ou ministro ser definido a partir de uma lista tríplice indicada pelo eleito aos Conselhos, para que houvesse maior “empoderamento” do Conselho. Ele coloca o questionamento sobre o motivo que leva o Estado brasileiro a ter esse caráter de tutela da sociedade civil. Aponta primeiramente uma cultura ambivalente: “somos democráticos e autoritários ao mesmo tempo”. Cita Boaventura de Souza Santos que chama essa questão de “carnavalização”, sendo isto a transgressão sem ruptura com a ordem. Desta forma, ele defende a necessidade de uma educação para a cidadania. O segundo elemento apontado por ele é sua tese do “fordismo brasileiro” (apropriando-se do conceito de fordismo da escola da regulação francesa), que se estrutura um pacto social e político a partir de um pacto de desenvolvimento. Ele coloca que o modelo básico fordista se organiza a partir do aumento da base produtiva de alta tecnologia para uma produção de massa, da valorização do salário dos trabalhadores, do incentivo a educação dos trabalhadores para a produção e para o consumo. Rudá disse que para Ford, o salário dos trabalhadores não era um custo mas, sim, um investimento que criava uma plataforma de exportação a partir do mercado interno. Ele aponta que Lula fez isso em sua gestão e que por isso, hoje temos um Estado altamente controlador, estando 60% do orçamento público na União. Para ele, isso representa um grande problema à autonomia dos gestores municipais, que se tornam reféns das políticas

federais as quais condicionam o recebimento de recursos à execução destas. Ele coloca que 80% dos municípios pequenos dependem em até 85% de repasse federal. Ele aponta que, apesar disto, estas questões não têm sido discutidas. Rudá também critica a gestão dos recursos do pré-sal que será toda federal sem a participação da sociedade civil. Ele disse que, em conversa com dois ministros, identificou que esta política é racional, planejada, caracterizando-se uma concepção de desenvolvimento. O BNDES hoje tem mais recursos que o Banco Mundial e o BID juntos, sendo o segundo banco de fomento do mundo. Ele coloca que o grande empresariado é totalmente dependente deste e não há controle social sobre o BNDES. Outro ponto criticado por Rudá é o de o governo Dilma adotar o modelo gerencial do Reino Unido. Ele aponta que o Bolsa-família e a valorização do salário mínimo (que é responsável em 70% pela ascensão de brasileiros à classe C) são os elementos centrais da política fordista brasileira (havendo elementos secundários como a “compra” das centrais sindicais e ONG’s). Ele também cita a “coalizão presidencialista” como um problema: todo mundo quer ser base do governo por uma questão pragmática: obtenção de recursos para obras, políticas. Para Rudá, tudo isso se dá pela falta de participação da sociedade civil na gestão e nas decisões. Para ele é central uma educação cidadã para o controle.

O Coordenador da mesa passou então a palavra à terceira palestrante, Sonia Fleury.

**Sonia Fleury (FGV/RJ)** foi a terceira pessoa a expor suas idéias. Iniciou colocando que o CEBES está vivo por manter-se um espaço de debate de temas importantes para a sociedade. Ela então colocou a tese que expôs para debate na etapa virtual do simpósio: “Defesa Intransigente do Interesse Público na Saúde”. Ela disse ter muito orgulho de ter participado do movimento sanitário, desde sua origem no CEBES. Referiu a importância deste movimento na ampliação da esfera pública deste país. Colocou o SUS como uma inovação na política social que caminha na contramão do capitalismo e que, por isso, o enfrentamento será sempre duro. Enfatizou o SUS como política universal sem estar atrelado a nenhuma condicionalidade (sexo, raça, poder econômico etc). A cebianina colocou que o SUS foi resultado de opções estratégicas, influenciadas pelo PCB e sua opção pela luta democrática e referenciada por pensadores como Gramsci e Poulantzas, o que no CEBES se tornou a consigna “Saúde É Democracia”. Desta forma, foi pensada à época uma estratégia que buscava um projeto

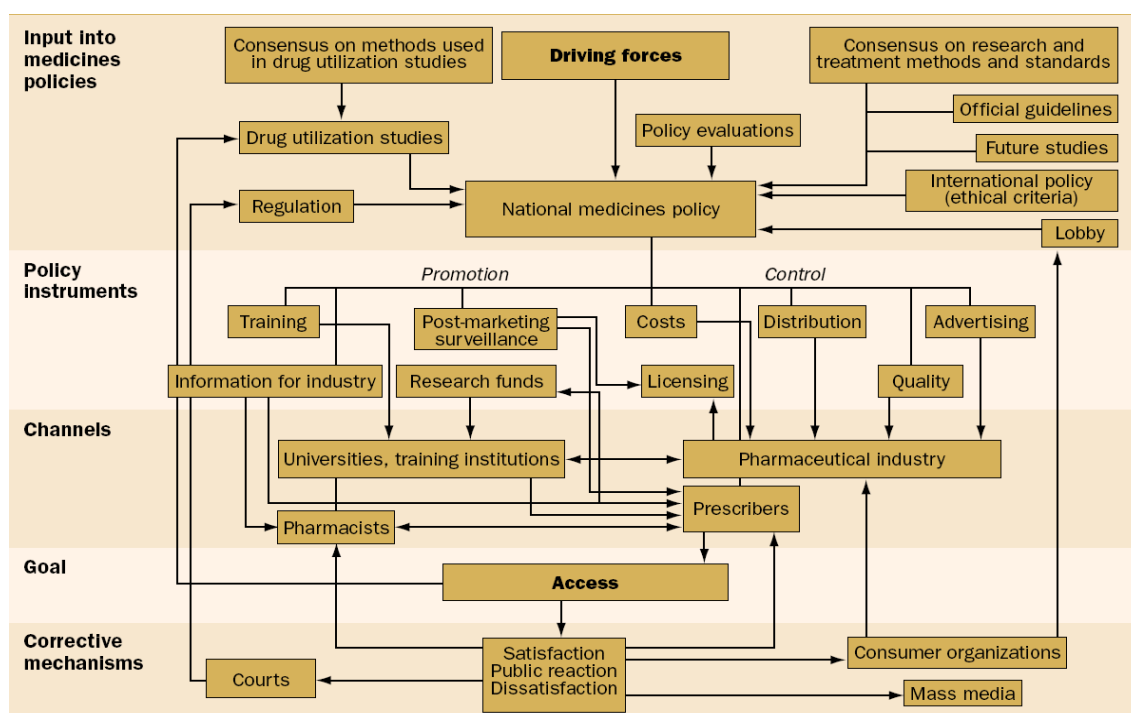


alternativo para a saúde (ainda na Ditadura). Então, para o movimento de reforma sanitária, a luta não se colocava apenas contra o Estado, mas também por um outro Estado, formulando um projeto de Estado, no qual se buscava conhecer o Estado, a previdência social. Dentro desta perspectiva buscaram-se ocupar lugares estratégicos no Estado. Os militantes da reforma sanitária eram chamados a administrar a previdência social. Desta forma, surgiu a perspectiva de transferir recursos da previdência social para o Ministério da Saúde (ao invés de para a iniciativa privada). Para ela este projeto assumia um caráter contra-hegemônico ao mesmo tempo em que mostrava grande organicidade, tendo impacto inclusive cultural. Lembrou da importância do David Capistrano neste processo – como defensor da necessidade de mudanças culturais – que teve importante papel na criação da revista “Saúde Em Debate”. Sonia aponta que este processo de construção de um projeto de Estado alternativo chega à Constituinte como algo único para aquele tempo, o que tem grande impacto na Constituição de 1988, fazendo com que “avançassemos mais do que as nossas pernas”. Ela coloca que os avanços presentes na Constituição dizem respeito à correlação de forças à época e que, por isso, pouco se avançou na questão da indústria farmacêutica, da saúde do trabalhador ou do financiamento. Havia uma distinção clara entre forças democráticas e iniciativa privada. Ela então polemizou com a perspectiva colocada por Plínio de que a saúde deve ser totalmente estatizada. Ela disse que o movimento, à época da constituinte, não levou em consideração a realidade de que grande parte dos leitos eram privados, havendo uma impossibilidade de se fazer saúde pública sem estes. Colocou que o movimento foi gerir a “penúria do SUS” – sistema empobrecido, sem financiamento definido, porém inovador do ponto de vista do arranjo federativo proposto, com participação social, instâncias democráticas de decisão. E quem administrou este sistema foram os sanitaristas do movimento sanitário, que resistiram em grande medida às iniciativas do Banco Mundial de definir uma saúde focalizada no pobre. Sonia coloca que nenhum governo até hoje deu prioridade à política de saúde, a qual “se tornou política de Estado sem ser de governo”. Ela então passou a falar dos custos desta opção estratégica: os sanitaristas estão no ministério da saúde, mas não há mudança da situação de saúde. Para ela, estamos perdendo a disputa hegemônica, já que hoje qualquer pobre quer ter plano de saúde. Afirmou que o movimento foi vitorioso em sua estratégia, porém se encurralou, ao afastar-se da população. Comentou também a precarização das relações de trabalho e a falta de avaliação do sistema pela federação e o impacto negativo destes elementos. Ela coloca que a saúde é “uma batalha cultural

perdida”: “serviço público é assim mesmo” é a expressão de uma cultura que não entende saúde como direito. Outra questão é a “Q.I. Quem indica: de que tudo diz respeito às relações interpessoais e que a partir destas as pessoas podem se beneficiar ou não do serviço de saúde, destruindo a isonomia. Ela encerra colocando que a conjuntura mudou totalmente e que isto exige uma mudança estratégica. Aponta que, nos anos 1990, o SUS foi defendido contra aqueles que o queriam destruído. Mas que hoje há um suposto “consenso” sobre ele: tanto os usuários pobres quanto o grande capital têm interesse no SUS. Desta forma, ela coloca a necessidade de mudar a estratégia da “luta em defesa do SUS” para “luta pelo interesse público na saúde”, pois, hoje o SUS como está sobrepõe o interesse privado ao público. Ela aponta a necessidade de interromper a “peregrinação” dos usuários na busca por atendimento, a necessidade de responsabilizar o serviço pelo paciente que a procura. Esta luta necessita de aliança com outros movimentos não podendo ser uma luta setorial. Unir movimentos pela luta pela democracia, disputando, por exemplo a reforma política ou a reforma da previdência.

Finalmente, o Coordenador passou a palavra ao último Palestrante, José Ruben Bonfim.

**José Ruben Bonfim (SOBRAVIME)** expôs suas idéias, trabalhando a questão da indústria farmacêutica. Colocou que este tema faz parte do cotidiano de todos. O coordenador apontou que, para essa indústria, a saúde é apenas um subproduto, cujo produto principal é lucro. Ele comentou o quadro abaixo, citando que as forças que determinam a política farmacêutica no país estão atualmente em formação no governo brasileiro (primeiro plano).



**Fonte:** Graham Dukes, Masters Programme in International Community Health, University of Oslo 2003. In: UN Millennium Project.2005. Prescription for Healthy Development: Increasing Access to Medicines. Report of the Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines, Working Group on Access to Essential Medicines. Sterling, Va.: Earthscan. p. 95. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF5-medicines-Complete.pdf>

Ele colocou que o segundo plano se refere aos instrumentos da política, sendo estes a promoção e o controle. Ele destacou que esta promoção refere-se ao aperfeiçoamento dos medicamentos e que o controle refere-se ao governo e a sociedade. Citou que as tomadas de decisões sobre o emprego de fármacos são atreladas a consultas públicas nos países desenvolvidos, diferentemente do Brasil. Depois, ainda sobre o quadro, comentou os “canais” e a indústria farmacêutica como principal “canal”. Então passou ao “acesso” e apresentou a idéia de acesso como sendo associada ao uso racional de medicamento. E, por último no que se refere ao quadro, falou da necessidade de mecanismos de correção a liberação de fármacos nas sociedades democráticas, colocando isto como inexistente na realidade brasileira. Sobre um destes mecanismos de correção – a mídia de massa – ele falou da concentração de poder de poucas mídias e o pouco número de mídias alternativas e que o CEBES é uma das mídias alternativas. Então comentou os passos para um fármaco atingir boas condições: segurança, tolerância (do paciente em relação ao fármaco), efetividade, preço – questão central em razão dos monopólios e patentes - e simplicidade de uso. Ruben então falou da medicina com base em provas a qual é formada prova científica, a experiência do profissional, a perspectiva dos pacientes e os recursos disponíveis. Depois falou que o

conceito de produto farmacêutico inovador não possui discordância, porém o conceito de progresso terapêutico está relacionado ao benefício dos pacientes comparados ao uso de medicamentos já existentes. Ele comentou que os produtos registrados na ANVISA não estão submetidos a este conceito, e que isso é um problema mundial, exigindo soluções internacionais. Porém, sinalizou algumas mudanças interessantes decorrentes de organizações de consumidores e do DTP e após a retirada de medicamentos. Depois, José Ruben apontou o site “NO GRACIAS” que apresenta uma série de problemas associados às indústrias farmacêuticas. Ele colocou-se cético e que é necessário duvidar dos novos medicamentos, que na maioria não contribuem com nada novo (“qualquer produto que seja melhor que um placebo pode ser comercializado”). As indústrias farmacêuticas investem em propaganda e no “exagero” com relação a doenças como osteoporose e disfunção sexual, promovendo um “comércio da doença”. Ele citou uma pesquisa do CREMESP (com 600 médicos) sobre a relação entre médicos e as indústrias de fármacos, revelando que 93% recebiam brindes das indústrias e que 80% recebiam representantes das indústrias e que 2/3 dos médicos achavam a indústria farmacêutica bacana e idôneas. Ruben aponta a importância de 1/3 questionar a idoneidade da relação entre médicos e indústria farmacêutica. Ele então citou o pesquisador Álvaro Nascimento com sua tese do “triângulo da modernidade cínica”. Falou da importância de órgãos como a ANVISA e os Conselhos terem uma política contra as relações perversas entre médicos e indústrias farmacêuticas. Por fim, falou da importância da Lei 12.401 e do Decreto 7.508 como instrumentos legítimos pela regulação dos medicamentos e da indústria.

Após as falas dos palestrantes, a Coordenação abriu a palavra para os demais participantes do Simpósio presentes.

Paulo Gutierrez (CEBES-Lodrino): Citou a questão “crescimento ou desenvolvimento?” no período de Delfim Neto e falou que, na década de 1990, falou-se de crescimento num Estado que se propunha a trabalhar com a sociedade civil e no final nunca houve um desenvolvimento. Ele colocou que os cebianos de maneira geral vêm tendo uma visão equivocada sobre as fundações e sugeriu a leitura do plano diretor do Bresser Pereira que, segundo ele, previa as fundações. Para ele, seria um erro apostar nas fundações.

Uma médica sanitária que não registrou seu nome falou da experiência de Brasília na implementação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado antes

do SUS. Porém, que nos últimos anos esse sistema foi precarizado pelos governantes, privatizando o sistema. Falou que gosta de participar do CEBES, pois é um lugar onde cabem contradições e se afirmou defensora da Democracia Social Cristã, dizendo que as experiências que esta tem de gestão do estado apresentam boas experiências na saúde. Ela afirmou que o desenvolvimento deve ser com democracia.

Paulo (CEBES-Campinas): Colocou que o entendimento que temos do SUS é de que este faz parte de um projeto de sociedade que não é o que está colocado hoje. O SUS está sendo atacado, dentro dos seus marcos originais e que hoje é fundamental o fortalecimento dos movimentos sociais, estando junto com eles. Parabenizou a participação do CEBES no Conselho Nacional de Saúde.

Elen (CEBES-Campinas): colocou o desenvolvimento como processo que traga a pessoa para a centralidade do projeto. E questionou as necessidades que as pessoas trazem, pois num projeto neoliberal as necessidades que prevalecem não fortalecem o desenvolvimento democrático. Colocou a necessidade de se colocar na disputa junto com os movimentos sociais, para reverter o processo de opressão e pobreza vivida pela população e que o intelectual orgânico teria um papel de mobilizar a população, buscando reavaliar a linguagem e os métodos de política do movimento.

Cristiane (CEBES-Goiás): falou que o Cebes Goiás está sendo construído. Falou que tem feito doutorado em educação. Questionou alguns elementos da tese da Sonia que se repetem em outras teses. Colocou a questão da formação do intelectual e a questão do termo equidade e questionou que em diversos momentos em textos diferentes aparece o termo igualdade ou equidade.

Aparecida Isabel (ANS): comentou a fala de José Ruben sobre a questão dos médicos e da indústria. Falou da falta de educação continuada para estes, promovida pela gestão pública (porque a indústria financia seus congressos, simpósios etc.), citando a gestão de Gastão Wagner em Campinas (SP). Ela questionou a idéia de que consumir saúde é desenvolvimento, havendo subsidio a este consumo, exemplificando a questão do patrão que paga um plano para sua empregada e que recebe isenção fiscal por isso. Colocou a questão dos planos coletivos empresariais e o quanto isto prejudica os trabalhadores: se o trabalhador usa o plano, o empregador fica sabendo e o empregado corre risco de demissão.

Um estudante de bioética presente: falou da questão de unir a esquerda. Questionou a fragmentação do ensino superior. Como superar essa fragmentação?

Pedro (CEBES-Ribeirão Preto): colocou o debate sobre o modelo econômico: questionou o modelo centrado no agronegócio e no lucro dos bancos. Colocou a questão do desenvolvimento cultural e da “batalha perdida”. Pedro localizou a “batalha perdida” na história e como processo localizado no tempo e que necessita superação.

Lenaura Lobato (CEBES): falou da importância dos núcleos e do papel importante que Ana Costa cumpriu nesse diálogo entre a Diretoria e os núcleos regionais do CEBES. Colocou um questionamento sobre a necessidade de aprofundar alguns temas e que a formulação depende desse conhecimento: como transformar a idéia de desenvolvimento como liberdade e bem-estar em tática política? Colocou como importante ter um governo que coloca no centro do debate o combate à pobreza sendo sinônimo de desenvolvimento. Como isso pode levar ao debate de direito à saúde?

## **Mesa Redonda 2: O Primado do Interesse Público na Saúde**

### Coordenação:

**Lenaura Lobato** (CEBES).

### Participantes:

**Lígia Bahia** (UFRJ e ABRASCO)

**Fausto dos Santos** (Ministério da Saúde)

**Marcelo Firpo** (ENSP/FIOCRUZ)

**Angélica dos Santos** (ENSP/FIOCRUZ)

### Documentos referenciais discutidos virtualmente antes do Simpósio:

**“Defesa Intransigente do Interesse Público na Saúde”**, de Sonia Fleury

**“Desvendar e Enfrentar as Relações Entre o Setor Público e o Privado na Saúde”**, de Lenaura Lobato

### Contribuições aos documentos apresentadas virtualmente:

**“O Retorno do Recalcado ou a Condenação Eterna à Repetição”**, de Rosana Onocko Campos)

**“Da Passagem do Interesse Privado para o Interesse Público: O que Fazer?”**, de (Pedro Paulo Freire Piani)

**“Contribuições a Partir do Texto de Lenaura Lobato”**, de Aparecida Isabel Bressan

Relatores:

**Felipe Assan Remondi e Luís Bernardo Bieber**

Ao início dos trabalhos, foi exibido o Vídeo “Saúde e Protagonismo Popular” produzido pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso. Após apresentação do vídeo, deu-se a abertura da mesa sob coordenação da Lenaura Lobato. Lenaura faz uma retrospectiva histórica dos debates promovidos pelo CEBES sobre o tema, destacando que, no Seminário realizado em São Paulo, todos os representantes do setor privado que participaram defendiam intensamente o SUS, o que caracteriza uma situação diversa daquela enfrentada no período da 8ª Conferência de Saúde e da constituinte, que precisa ser melhor explorada, pois muitas vezes acaba sendo relegada politicamente. Lenaura finaliza sua fala apresentando todos os participantes e convida a professora Lígia Bahia a iniciar sua fala.

**Lígia Bahia (UFRJ e ABRASCO)** saúda a plateia e manifesta o prestígio em participar do 2º Simpósio do CEBES. Para início do debate, Lígia aponta “as floradas” da produção do conhecimento acerca do assunto, ressaltando que temos uma produção sólida e que explora diversos aspectos do tema, mas nos falta um trabalho “de fôlego” que mapeie os grupos e interesses econômicos. A pesquisadora afirma que precisamos também compreender o contexto em que o Brasil se encontra, dando destaque ao processo de desenvolvimento das democracias ocidentais, que já não podem mais se estender. Além disso, ela resalta que temos um processo de financeirização mundial, onde a produção de ativos financeiros é muito superior à produção de riquezas em termos de bem e serviços. Lígia aponta que o Brasil se encontra inscrito nesse processo, acrescentando que aqui vivenciamos o crescimento econômico associado à estabilidade democrática que tem se desdobrado recentemente em uma revitalização dos movimentos sociais, mas por outro lado nota-se uma “policialização” das políticas sociais e a “estadualização” da privatização. Segundo a pesquisadora, no Brasil, observamos crescimento econômico com crescimento pelo consumo, que na saúde reflete no aumento da compra de planos de saúde. A incorporação das classes C e D aos planos de saúde representa a inclusão pelo consumo. Se continuar assim, indicou, a tendência é que haja 60% da população com planos de Saúde, contra 40% que contarão com o SUS, fazendo com que o SUS deixe sua posição de maior sistema de saúde do mundo. Em sua apresentação, Ligia Bahia sublinhou os motivos para o governo não

investir em saúde “Existe um argumento econômico que é utilizado por parte do governo para não investir em Saúde. É um argumento diabólico”, pois sustenta que a saúde não é uma área produtiva sendo mais vantajoso investir no PAC, na construção civil. “Ou nós enfrentamos esse argumento ou seremos devorados por ele”, pois mesmo não sendo investimentos iguais, é tão necessário investir em saúde quanto em outras áreas. Dando continuidade, ela diz que é preciso ter um ponto de partida para analisar nossa conjuntura. Neste aspecto, ela adota o referencial de que o Brasil vive em um padrão de proteção social seletivo e discorre sobre a situação conjuntural da saúde no país. “Essa situação de saúde no Brasil não é nenhuma maravilha. Os abortos ilegais aumentaram, temos aumento da prematuridade, diabetes aumentando, enfim, alguma coisa aparentando a redução dos homicídios, mas enfim, a tripla carga de doenças”, e conclui que “Precisamos de um sistema de saúde, potente, capaz de diminuir esse quadro”. Para continuar a análise, a pesquisadora lança mãos do Suplemento Saúde da PNAD para discutir o que mudou ou não. Ainda persiste um padrão de iniquidade importante, as pessoas mais pobres continuam desconhecendo seus problemas de saúde, elas podem até ir aos serviços de saúde, mas não são adequadamente diagnosticadas. Apesar disso, houve mudanças, como mostra o padrão de procura espontânea por serviços de saúde que atualmente prioriza a busca pela atenção primária. Outro ponto relevante que refletem essas mudanças é a redução das iniquidades quanto ao uso de consultas médicas. No que se refere às consultas de odontologia, o acesso ainda continua extremamente desigual. Em relação às fontes pagadoras, apesar do aumento do acesso aos serviços de saúde, nota-se que o pagamento não avança no serviço público, ou seja, esse acesso se dá ao pagamento direto, planos de saúde, entre outros. Esse quadro aponta “processos interessantes na redução das desigualdades, mas que por outro lado ainda tem muitos pontos imunes às mudanças”. Com o SUS e o desenvolvimento brasileiro, segundo Lígia, há um movimento duplo de crescimento das redes de saúde, pública e privada, concomitantemente. Referindo-se aos postos de trabalhos para as profissões, continuamos, desde 1986, com o mesmo padrão, senão pior, quanto a distribuição de postos, mantendo a proporção público-privado. Para médicos, hoje há mais postos no setor privado do que no público, já para odontólogos é o contrário. Para enfermeiros o parâmetro não se alterou. Tratando brevemente dos processos de financeirização do mercado de planos de saúde, a pesquisadora refere que o fenômeno, que cresce desde o início dos anos 2000, representa a entrada do capital financeiro, via bancos de investimentos e fusões, na dinâmica de acumulação do mercado dos planos



de saúde. Ela exemplifica: “A Amil começou o processo de financeirização após a crise econômica mundial de 2009. Comprou a Medial e em 2010, ela se tornou uma das maiores empresas de planos de saúde do mundo, muito disso apoiado pelos incentivos do governo. Hoje, nós temos um mercado totalmente diferente de quando eu estudei isso em 1999”. Não por acaso, argumenta a pesquisadora, as grandes corporações estão investindo em Saúde e passam, por vias destes processos, a ofertarem planos de saúde para segmentos de menor poder aquisitivo, concentrarem o atendimento formando verdadeiros sistemas de saúde particulares. Dando seguimento à análise conjuntural do país, Lígia diz que em muitos países os gastos com saúde crescem mais do que a economia, sendo este um dos principais argumentos econômicos para o não investimento em saúde. No Brasil, esse não é um problema, portanto não pode ser usado como argumento, conforme demonstra a tabela 1, extraída de sua apresentação.

Tabela 1. Taxa de Crescimento das Despesas Públicas com Saúde no Brasil 2000 a 2006			
Ano	Gasto Público	Taxa de Crescimento Gastos Públicos	Taxa de Variação Real do PIB
2000	53.181.703,20		4,3
2001	58.129.396,28	1,09	1,3
2002	61.567.656,77	1,06	2,7
2003	62.878.018,57	1,02	1,1
2004	71.609.011,27	1,14	5,7
2005	76.590.337,30	1,07	3,2
2006	84.003.197,00	1,10	4

Na realidade o que cresceu foi o gasto privado com saúde, que com a construção de oligopólios de planos de saúde levam ao aumento das mensalidades. Os gastos privados já são superiores aos públicos e há uma tendência do distanciamento desses elementos nos próximos anos. Segundo ela, muitas pessoas acreditam que aumentar o consumo de planos de saúde é um indicador positivo do crescimento econômico, mas essa privatização do acesso à saúde é extremamente danosa. Como danos dessa privatização, Lígia cita a concentração e centralização dos recursos assistenciais e a perda da plataforma de regulação do estado. “Daqui a pouco o litoral de São Paulo e do Rio vão cair no mar de tanta ressonância magnética etc. Tudo se concentra em menos de

20 cidades Brasileiras” deixando a população do resto do país desassistida, e completa “Hoje quem regula são instituições como o Einstein, Sírio Libanes”, com reflexo direto, por exemplo, nos preços cobrados pelos procedimentos “Uma internação no Sírio Libanês custa 5 vezes mais que a mesma internação no Hospital Real Português”, ou seja, o Brasil pode até regular tarifas, mas se exonerou de sua função de regular preços, como no exemplo citado que é, inclusive, um hospital filantrópico. Para aprofundar a questão dos subsídios oferecidos pelo governo a planos de saúde, Lígia apresenta o parágrafo segundo do artigo 199 da Constituição Federal que prevê “É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”, mas que na prática ocorre de forma contrária, exemplificando com a questão da renúncia fiscal (conforme tabela 2, extraída de sua apresentação). Informa ainda que está sendo proposta a isenção de Imposto de Renda para quem paga plano de saúde para empregada doméstica, mas que, cruelmente, determina que o valor mensal do plano pago deverá ser de cerca de quarenta reais, estimulando a baixa qualidade de serviços desse tipo, as custas de uma dedução fiscal privatizante.

Tabela 2. Renúncia fiscal a planos e empresas da área de saúde em 2007, 2008 e 2009.

BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO	2007	2008	2009
	R\$ BI	R\$ BI	R\$ BI
IRPF – DESPESAS MÉDICAS	2,3	2,6	3,1
IRPJ – ASSISTÊNCIA A EMPREGADOS: MÉDICA, ODONTO, FARMACÊUTICA	1,9	2,1	2,3
ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS – ASSISTÊNCIA SOCIAL	1,6	1,8	2,1
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA (MEDICAMENTOS)	2	2,2	5,1
<b>TOTAL BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO P/SAÚDE</b>	<b>7,8</b>	<b>8,7</b>	<b>12,1</b>

FONTE: 2007 – MF ; 2008-2009 – ESTIMATIVA MF

Além desta renúncia, Lígia aponta ainda que existem essencialmente duas vias de conexão entre o público e o privado na prestação de serviços: pela compra ou venda de serviços. Exemplifica: quando o SUS compra de serviços de saúde do DASA (um laboratório da AMIL completamente financeirizado) ou vender serviços de saúde, como acontece no Hospital das Clínicas de São Paulo. Isso gera excrescências enormes, como o fato de que hoje os hospitais filantrópicos financiam pesquisas e cursos, uma espécie de CNPq, com o dinheiro da renúncia fiscal e conclui “Nós podemos nos recusar a receber esse dinheiro. Isso é na nossa governabilidade, mas nós podemos dizer que não

queremos esse dinheiro da renúncia fiscal”. Lígia aponta ainda que também está na nossa governabilidade lutar para que associações de funcionários públicos não contratem planos de saúde, “Não é possível que os funcionários públicos tenham planos de saúde”. Finalizando sua fala, Lígia Bahia discorre sobre o que podemos fazer, ressaltando a necessidade de uma agenda estratégica como a que tem sido construída pela ABRASCO e pelo CEBES, entre outras entidades. Desta agenda, ela resalta a importância da definição de uma rede exclusiva para o SUS, onde o prestador que atenda ao SUS não pode atender ao privado. Outra coisa central na agenda é o fim dos subsídios fiscais a planos de saúde. Consta ainda na agenda o estabelecimento de tetos para dedução fiscal do Imposto de Renda, a reversão progressiva de gastos públicos diretos com planos de saúde privado, regulamentação do uso do fundo social do Pré-Sal, entre outros pontos. Além da agenda, a pesquisadora aponta ainda, o 9º Simpósio de Saúde da Câmara, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a participação no ciclo orçamentário e que, em linhas gerais, “temos que transformar interesses particulares em direitos. Não é fácil, entretanto é muito mais fácil hoje do que foi em 2003 ou em momento em que não estávamos tão juntos como estamos hoje”.

A Coordenação da mesa passou então a palavra para o segundo palestrante, Fausto dos Santos.

**Fausto dos Santos (Ministério da Saúde)** inicia dizendo que sua fala se baseia em opiniões pessoais, portanto não refletem a posição do Ministério da Saúde. Saúda o CEBES e seu papel da manutenção do pensamento crítico para além da dinâmica pragmática das instituições. Segundo Fausto, gastamos hoje no Brasil de 8,4% do PIB, um número expressivo quando comparado com outros sistemas do mundo, entretanto, ele resalta que o problema do financiamento é sua preponderância do gasto privado, com o subfinanciamento público, principalmente do nível federal. No processo de construção do SUS, Fausto destaca duas questões que têm determinado a conjuntura atual: 1) a não regulamentação da EC 29, gerando grande prejuízo e fragilidade para o sistema; e 2) o pacto federativo parece ser insuficiente da organização de um sistema nacional de saúde, hierarquizado, com a participação das três esferas de governo. Acrescenta ainda que, nesse processo, perdemos uma importante base social em meio a uma contradição entre os avanços e a imagem negativa dos usuários, ressaltando o papel da mídia e dos formadores de opinião na construção desta imagem. Retomando a fala de

Lígia Bahia e os documentos norteadores produzidos para o Simpósio, o conferencista relaciona a questão da perda da base social com os divergentes modelos de SUS, os princípios, que vêm sendo defendidos, já que, como Lígia Bahia apontara, hoje todos defendem o SUS. Como exemplo relata “todas as centrais sindicais defendem o SUS, mas todas reivindicam planos de saúde em seus acordos coletivos; todos os trabalhadores do setor saúde defendem o SUS e todas as confederações, federações e associações reivindicam planos de saúde em suas discussões com os diversos níveis de governo”. Sobre a questão do setor privado, Fausto aponta que 25% da população brasileira possuem planos de saúde, sendo este o segundo objeto de desejo, perdendo somente para a casa própria como objeto de desejo. Outra questão importante sobre o setor privado é que, diferentemente de quinze anos atrás, temos uma disputa pela rede prestadora, tendo uma segmentação cada vez maior do sistema, ou seja, cada vez mais temos hospitais que são ou SUS puros ou privados puros. Ao passo em que essa segmentação facilita alguns aspectos da gestão, por outro ela dificulta a regulação e concentra a disponibilidade desses serviços, como, por exemplo, em leitos de urgência. Fausto aponta ainda que o setor de saúde suplementar faturou em 2010 R\$ 72 bilhões, que corresponde basicamente ao orçamento do Ministério da Saúde, chamando a atenção para o papel dos hospitais “de ponta” nesse faturamento, dentre os quais muitos são filantrópicos. Uma importante discussão que “vai mexer com a geopolítica dos hospitais”, ressalta Fausto, é o crescimento do “turismo” em saúde no Brasil. Além disso, ele relata que temos uma indústria farmacêutica nacional que foi alavancada pela política dos genéricos, mas de uma década para cá esse setor está totalmente controlado por multinacionais, o que também ocorre na área de equipamentos. Entre estes dois setores, Fausto afirma que existem diversos vasos comunicantes, como alguns apontados pela Lígia Bahia (isenções fiscais, dedução tributária, entre outros). Isso ocorre também no processo da assistência cotidiana, como em sistemas de urgência/emergência, hemoterapia, medicamentos de alto custo e transplantes, e completa “esses vasos comunicantes são fatores de geração de iniquidades, tanto na fila de transplantes, como nos medicamentos excepcionais. Nós temos claro que os usuários dos planos de saúde não furam a fila do ponto de vista formal, mas no mundo real eles têm acesso a exames e acabam dando entrada mais facilmente nas vias de regulação que o setor público ofereceu”. Chegamos até aqui por inúmeros fatos sendo preciso destacar algumas questões, diz Fausto. “Se a constituição diz que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e deveriam ser regulados pelo estado, em minha opinião a Lei

8.080 deixou um buraco ao não disciplinar um sistema nacional de saúde efetivo, voltando-se basicamente para a organização do SUS. A Lei 8.080 passou ao largo de várias questões do funcionamento do setor privado que poderiam conformar um processo de regulação mais estrito na definição de responsabilidades do setor privado dentro do sistema nacional de saúde brasileiro”. Fausto ainda acrescenta que “a Lei 9.656 é uma lei entrópica”, voltada somente ao setor privado, não alcançando a relação entre os dois segmentos, a não ser o artigo sobre o ressarcimento, que é insuficiente. “Com isso o setor privado cresceu fortemente sem a definição de suas responsabilidades, o melhor dos mundos”, relata o conferencista. A própria Lei 9.656, que regulou esse setor, contribuiu para esse crescimento de inúmeras formas, por exemplo, selecionando as empresas “mais saudáveis”. Ainda na questão do setor privado, o conferencista ressalta a importância de nos atentarmos ao processo de incorporação tecnológica, que no Brasil é um dos mais fracos do mundo, e que os gestores do setor saúde, em todos os níveis, não incorporaram o setor privado em seu processo de reflexão, gestão e planejamento, deixando de lado toda a conjuntura deste setor que é lembrado somente em momentos pontuais. Fausto aponta alguns aspectos que podem contribuir para fortalecer muitos pontos críticos dos “vasos comunicantes” (relação público-privado), como: 1) a Lei 12.401, que foi editada esse ano e reforça a capacidade das câmaras técnicas, mas ainda carece de regulamentação; 2) a necessidade de rediscutir e redirecionar o papel dos planos de saúde, ampliando responsabilidades; 3) a utilização do reconhecimento de filantropia como um importante mecanismo de regulação; 4) a melhor utilização do poder de compra do estado como ferramenta de regulação; e 5) a implantação do Cartão Nacional de Saúde. Tentando responder a questão central da mesa (Como conformar um sistema de saúde que tenha a primazia do público?), o conferencista finaliza sua fala reafirmando a necessidade de definir o papel do setor privado e suas responsabilidades, fortalecer o poder de regulação do estado e “a questão mais importante para garantir a primazia do público é que precisamos dar um salto de qualidade na gestão e no financiamento do SUS. Sem alocar mais recursos e sem que melhoremos fundamentalmente a gestão do sistema para responder às necessidades da população, tentando de alguma forma recuperar a base social de sustentação, esse debate [do interesse público na saúde] nos será sempre muito difícil”.

A Coordenação da mesa passa então a palavra ao terceiro palestrante, Marcelo Firpo.

**Marcelo Firpo (ENSP/FIOCRUZ)** agradece o convite e apresenta um breve currículo de sua atuação acadêmica e política. Marcelo provoca a plateia ao abrir a sua apresentação declarando que se sente cada vez mais contra-hegemônico na área da saúde coletiva. “Uma das características desse meu desconforto é que meus objetos de pesquisa envolvem a avaliação de críticas de riscos ambientais, apoiando movimentos sociais e populações atingidas em setores de grande poderio econômico e político como a mineração e a siderurgia, agronegócio e agrotóxicos”. Na opinião de Firpo essas questões, embora presentes em muitos fóruns por que passa e no discurso corrente dos pesquisadores e militantes da saúde coletiva, não interessam de fato à área. “Outra razão da desvalorização e exclusão crescente que sinto na própria saúde coletiva é que estou fazendo exatamente o que falam que eu devo fazer: trabalho interdisciplinar e intersetorial, assessoria e integração com movimentos sociais etc. Mas isso vale, no momento, absolutamente nada nos critérios da CAPES e da área”. O objetivo de sua fala é o de estabelecer analogias entre a área da saúde ambiental e a saúde pública, destacando as visões sobre Estado, sociedade, público e a interferência dos interesses privados que sustentam essas analogias. Nesse sentido, Firpo ressalta a importância da discussão acerca da saúde e meio ambiente, pois a partir dela conceitos como o da determinação social - ou condicionantes socioambientais - da doença, condições de vida e trabalho, vigilância em saúde e a crítica ao modelo de desenvolvimento permanecem, mesmo que adormecidas, na pauta da saúde coletiva. Assim como muitos outros conferencistas e como alguns dos textos de subsídio ao Simpósio, Firpo chama a atenção para o crescente poderio do mercado, das grandes corporações, sobre o conteúdo de políticas públicas e o comportamento de instituições públicas, direcionando-as a seus interesses particulares. “E fazem isso de forma perversa, pois ao mesmo tempo em que defendem a eficiência gerencial como principal justificativa para a modernização da sociedade e o maior alcance das políticas públicas, usam estratégias, como a privatização, a terceirização e a publicização ou agenciamento paraestatal” para viabilizar um “enorme privilégio de interesses privados e uma enorme lucratividade obtida justamente pelo subsídio público, pela corrupção, pela crescente transformação de bens públicos e comuns em instrumentos de mercado e lucro, como a educação, a saúde e as formas de produção de conhecimentos e tecnologias que deveriam servir ao interesse público para preservação e construção de futuros”. Utilizando exemplos da área em que milita (meio ambiente), Firpo traça uma analogia de como interesses

privados, sustentados por um enorme subsídio público, articulam-se em torno de questões de interesse público “privatizando-as”. Como consequência dessa privatização, o conferencista cita em seu exemplo, as “enormes externalidades negativas, caracterizando um comércio global injusto e insustentável” que “se materializam pelas destruições e prejuízos sociais, ambientais, culturais e à saúde pública que não são pagos pelos produtores e consumidores destas cadeias produtivas na formação dos preços, mas sim pelos sistemas públicos de saúde e seguridade social, pelas populações vulneráveis e discriminadas (...) e pelas gerações futuras que encontrarão um mundo com menos recursos e vários riscos ecológicos globais”. Na tentativa de aprofundar o debate acerca dos mecanismos deste modelo predatório de desenvolvimento e de redução do primado do público nas esferas públicas e governamentais vêm se intensificando, Marcelo Firpo aponta alguns itens que ele julga serem fundamentais a proliferação desse modelo de desenvolvimento que, de certa forma, se assemelha ao modelo chinês, ao desprezar autoritariamente questões ambientais levando ao sofrimento e à vulnerabilização de populações e territórios. Segundo ele, o primeiro item refere-se ao processo de construção de consciência coletiva e crítica dentro da sociedade, onde “a redução da pobreza tem-se dado simultaneamente à inserção de classes populares num ideário consumista de classe média, sem a suficiente mediação, formação e organização política que apoiasse o crescimento de visões críticas e perspectivas emancipatórias”, que leva, por exemplo, ao fortalecimento “da cegueira política e intelectual” no combate às “injustiças intoleráveis”, a superficialidade das discussões acerca do bem comum e do interesse público, a “formas alienadas de consumismo injustas e insustentáveis” e ao aparecimento de formas de organização social que contribuam para a construção da democracia e a emancipação social. Aprofundando a ideia da cegueira política e intelectual, Firpo destaca que outro ponto a ser compreendido “se refere à crescente submissão de uma classe política que cada vez mais aceita silenciosamente, sem enfrentamentos, contestações ou apoio a mobilizações públicas, o que Amartya Sen chamaria de injustiças intoleráveis”. Chama a atenção ainda para que estas “injustiças intoleráveis” são, muitas vezes, frutos do próprio processo de desenvolvimento predatório que ele destacou anteriormente. Além da esfera pública, essa cegueira determina a “subordinação crescente da própria academia a uma forma de regulação e atuação que pouco contribui para um conhecimento libertário ou emancipatório”, conformando uma “ciência sem consciência” fundamental para a proliferação dos interesses do mercado, do complexo médico industrial, em detrimento das necessidades

da população. Fato este que, segundo Firpo, ainda foi pouco explorado neste seminário e é central para a primazia do interesse público, pois sua existência aumenta o hiato entre a produção científica e o desenvolvimento nacional justo e solidário, em uma forma epistemológica cega. Parafraseando Boaventura de Souza Santos, esta cegueira epistêmica “exclui, ignora, silencia, elimina e condena à não-existência epistêmica tudo o que não é susceptível de ser incluído nos limites de um conhecimento que tem como objetivo conhecer para dominar e prever”, ou seja, a comunidade acadêmica “caminha *pari passu* com certo comportamento ingênuo e acrítico que considera o político, os problemas éticos fundamentais e o conhecimento libertário ou emancipatório como questões que não lhes dizem respeito”. Encerrando sua fala, Marcelo Firpo sugere alguns temas que, dialogando com os debates deste Simpósio, podem orientar as discussões no campo da saúde coletiva e da sociedade brasileira. Ressalta 1) a “necessidade de produzirmos mais conhecimentos que revelem a faceta oculta dos interesses privados, corporativos e de mercado nas diversas áreas da saúde e da vida em sociedade”, adotando estratégias como a proposta pela Sonia Fleury – de deslocar e inovar a abordagem de defesa do SUS, saindo da condição de reféns do precário e do indefensável, ampliando o olhar para os diferentes sistemas de saúde que lucram com a doença da população, seja no SUS, seja via operadoras de saúde; 2) que “é necessário ampliarmos o debate sobre as externalidades e os impactos socioambientais e sanitários desse modelo de crescimento econômico e de inserção na economia globalizada”; e 3) que defende “uma aproximação produtiva entre as agendas emancipatórias de diversos campos e linguagens de produção e organização da sociedade: o acadêmico, o político, o educacional e o cultural, fortalecendo nossos resultados como cientistas, cidadãos e militantes”. Seu apontamento final e, em sua opinião, o mais importante, “é preciso firmeza no ato de intolar o intolerável”, de forma a romper o imobilismo que reduz nossa capacidade de nos indignar e de nos posicionar frente a injustiças.

Finalmente, a Coordenação passou a palavra à última palestrante desta mesa redonda, Angélica dos Santos.

**Angélica dos Santos (ENSP/FIOCRUZ)**, após se apresentar e agradecer ao convite, afirmou que temos duas perspectivas analíticas quanto ao debate das dinâmicas de mercado: uma que olha o mercado criado a partir do SUS e, antes dele, do INAMPS, do subsídio governamental, do BNDES, que gera toda uma produção acadêmica que



trabalha a ideia de como o setor privado depende do público; a outra corrente, mais recente, discute a saúde como parte do desenvolvimento, embutindo na prática a ideia de saúde como mercado a ser explorado. Apesar de suas diversas limitações e perigos, esta segunda corrente avança ao colocar a saúde como um setor da economia, reflete Angélica. Entretanto, para sua apresentação ela propõe uma terceira perspectiva: “Olhar o SUS a partir do mercado”. Dando continuidade, Angélica apresenta uma pesquisa, com dados preliminares, realizada em conjunto entre a ENSP e outras instituições, que tenta analisar a participação dos serviços de saúde na economia. De acordo com os números apresentados, houve um aumento acentuado de serviços de Saúde tanto no setor público quanto no setor privado na economia entre 1980 e 2010, período analisado pela pesquisa. “Já naquela época tínhamos um dos maiores mercados privados de saúde do mundo” e nesses 30 anos, nota-se um aumento da participação dos serviços na economia. Em termos de financiamento, Angélica relata que em 1980 mais de 66% da produção privada era via INAMPS, sendo que hoje (2010) houve uma inversão, sendo que 60% do mercado privado é financiado via planos e 12% a 15% via SUS. Chama a atenção que o SUS está começando a oferecer serviços para o mercado privado, via OS e duplas portas de entrada, como vemos no estado de São Paulo. Segundo a pesquisadora, em termos de oferta pública de serviços não há uma alteração importante, entretanto a forma de ofertar esses serviços se alterou, “ofertávamos via mercado privado e hoje ofertamos via SUS. Assim, o SUS está ficando tão interessante como mercado de serviços que a capacidade instalada começa a ser pleiteada indiretamente pelos planos, como vemos nas OS paulistas”. Há ainda um potencial latente para o crescimento dos serviços de saúde na economia brasileira, que pode se expandir dos atuais 4,4% para até 6 ou 7% de serviços de saúde na economia. Retomando a fala do Fausto, quando o gestor não abarca o setor privado em seu planejamento são criadas armadilhas. Maria Angélica exemplifica, “os custos pagos pelo SUS não cobrem os gastos”, enquanto os hospitais públicos recebem subsídios, os prestadores privados procuram soluções para operar no setor. “Estamos fazendo uma seleção adversa do mercado. Só tem convenio com o SUS quem quer passar a perna no sistema”, pois, segundo a pesquisadora, essas empresas precisam operar lucros, que é a lógica do mercado. Ela complementa: “simultaneamente apareceram outras maneiras de remunerar o mercado. Não mudamos a tabela SUS e passamos a remunerar o mercado via OS, OSCIP, que são formas de remunerar o mercado por preços de mercado” sendo que o grande preço a se pagar é que se perde o controle dos fluxos de capital entre o

setor público e o privado. Em suma, os valores pagos pela tabela SUS são um problema que por desconhecimento do mercado, por não incorporá-lo em nossa lógica de planejamento, acaba trazendo consequências danosas para o sistema. Tentando descrever os movimentos do setor privado, a pesquisadora diz que, antevendo o boom do consumo, principalmente pelas classes C e D, a iniciativa privada começa a se preparar para o ganho de mercado com o aumento de eficiência, alavancando financeiramente suas instituições e promovendo fusões e aquisições que refletem na organização do mercado, por exemplo, com o aumento de preços aos consumidores. “Estamos vendo isso direto. Lançamento de ações em uma área que não existia (...) aparecendo dois segmentos importantes: 1) Planos de Saúde: a Amil está na Bolsa como disse a Lígia; e 2) Laboratórios, que são um grande alavancador de fusão e aquisição (...) constituindo um movimento como nos Estados Unidos há dez anos que conformam sistemas de saúde”. Outro segmento que começa a aparecer nas bolsas e demanda atenção é o de distribuidores farmacêuticos, que chamam a atenção pelo déficit público do mercado farmacêutico, onde o SUS financia apenas 10% do consumo. Os movimentos de fusão e aquisição, segundo Angélica, dão-se de forma horizontal (exemplo: hospitais compram hospitais), vertical (exemplo: planos de saúde compram hospitais ou laboratórios) ou, em sua opinião os piores movimentos, transversal (exemplo: grupos que possuem carteiras de negócios que vão de estacionamento a padarias, como o grupo Pátria, começam investir “naquilo que os políticos prometem”: saúde, educação e moradia). Ela chama a atenção “Não estamos nos atentando para o fato de que Saúde e Educação estão se tornando meganegócios, com movimentos de fusão montados em cima de capital financeiro”. Outro movimento que precisa ser descrito é o aumento do comércio internacional de saúde, o “turismo médico”, ressalta Angélica completando “Qual o problema disso? Primeiro: você cria um concorrente para pagar preços talvez maiores que os nacionais para serviços de ponta”. Além disso, a pesquisadora informa que para adentrar esse mercado é preciso aderir ao GATS, que é o General Agreement on Trade in Services/OMC, o que, segundo ela, levaria a três consequências: 1) o país passa a dar tratamento nacional para todas as empresas que assinam o GATS; 2) você tem uma cláusula de acesso que não impõe limites aos prestadores; e 3) é determinada uma liberalização progressiva do mercado. “Quando começamos a introduzir no SUS relações comerciais, abrindo o SUS para a prestação privada e para não poder ter limites para a prestação privada (...) temos estes riscos implícitos que sequer estamos informados”, conclui Angélica. Fechando sua

participação, reafirma sua felicidade por participar do evento e, principalmente, pelo evento contar com uma quantidade considerável de pessoas jovens. Afirma ainda que o CEBES está de parabéns mais uma vez por trazer a discussão econômica para o centro da discussão de seu Simpósio e complementa “Essa questão de saber economia, estudar economia, estudar finanças para entender o SUS melhor e perder a ingenuidade é uma coisa que já venho batendo muito em minhas aulas (...) é um avanço enorme o CEBES ter teses e debates com isso na frente. Temos que começar a entender mercado para podermos pensar melhor o SUS”.

Após as exposições e intervalo, a Coordenação da mesa abre a palavra aos participantes da plateia para contribuições, descritas a seguir.

Guilherme Delgado (CEBES) ressalta que a análise entre capital financeiro e saúde precisa ser feita com muito cuidado, sempre adotando a perspectiva da crítica da economia política, pois caso contrário pode prevalecer lógica do capital financeiro. Ele ainda completa, que é essa lógica financeira que omite análises que considerem os impactos ecológicos e sociais do crescimento, como Marcelo Firpo ressaltou.

Sonia Fleury (FGV/RJ e CEBES) elogia os debates que mostram que estamos em um momento de acúmulo de conhecimento sobre a lógica de financiamento na saúde. Segundo ela, falta agora o salto da crítica da economia política para o que fazer diante disso. Explorando essa ideia, Sonia diz que estar próximo do Ministério e pautar uma agenda estratégica, como colocado pela Lígia Bahia é, em sua opinião, muito pouco, pois se restringe a uma espécie de reformismo. Destaca que no atual projeto de capitalismo de gestão, é preciso ir além do reformismo e da pauta já dada na agenda estratégica, mas é preciso ter frentes de luta distintas, senão a agenda pode “morrer na praia”. Como sugestão ela propõe a criação de um marco simbólico, no formato de uma emenda popular que, por exemplo, proíba o uso de recursos públicos para o financiamento de planos de saúde para servidores e políticos.

Maria Lúcia (CEBES-Cascavel/PR) sugere a necessidade se superar a “média nacional” nos estudos econômicos, pois muitas vezes essa média não reflete as localidades, propondo a utilização de mapas nacionais, por exemplo, de capacidade instalada. Além disso, Maria Lúcia aponta a necessidade de expandir o debate para além dos espaços formais, com publicações populares que permitam trabalhar com movimentos sociais.

Paulo Gutiérrez (CEBES-Londrina) retoma a questão das OSs, FEDPs e seu papel na privatização dos serviços de saúde e destaca como estes instrumentos levam à perda de transparência pelos Fundos de Saúde e à perda da capacidade de controle dos Conselhos Municipais de Saúde.

Cristiane (CEBES-Goiás) discute como o privado surge e se fortalece com o SUS, hoje mais intensamente, criando um falso consenso sobre a existência do privado. Ela propõe ainda uma reflexão sobre a utilização dos termos igualdade e equidade, onde tem prevalecido o segundo e destaca que, em sua opinião, o SUS universal e público é o SUS da igualdade, enquanto o SUS que convive e incentiva o setor privado é o SUS da equidade, sendo necessário rever essa questão.

Lígia Giovanella (CEBES) agradece e parabeneza a mesa pelas excelentes apresentações e aponta algumas consignas para o CEBES em sua luta, reiterando as falas da mesa. Cita a necessidade de o CEBES manter sempre a discussão sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, aproximando-se dos usuários para trabalhar essa questão. Sobre a privatização da saúde, entende que o maior indicador da privatização da saúde é a elevada proporção dos gastos privados em Saúde, reiterando a questão do crônico subfinanciamento público, sendo esta uma consigna muito importante. Sugere também que devemos avançar na extinção dos subsídios para os planos privados de saúde, reduzir os descontos no IR com plano de saúde, combater o a dedução de IR para empregado doméstico, que leva a incentivar planos de saúde fajutos.

Lizaldo (CEBES-Ceará) retrata a questão do desenvolvimento econômico predatório com exemplo do Ceará que revela também a cegueira da justiça que favorece os interesses privados ao invés do público. Cita a decisão judicial que tem cerceado as pesquisas científicas, a exemplo das de Raquel Rigotto, que não pode citar as empresas responsáveis pela contaminação por agrotóxico investigada no Ceará. Também destacou que o poder regulatório do estado é fraco porque há interferência política na escolha dos dirigentes da ANS, por exemplo.

Pedro (CEBES-Ribeirão Preto) fala que precisamos superar a tipologia virtual do usuário SUS dependente e SUS não dependente, pois nessa lógica criaríamos inúmeras categorias de usuários que não reflete a prática. Segundo ele, precisamos abandonar essa tentativa e focar no desvelamento dos fluxos de dinheiro no sistema, que vai do público para o privado. “Todos usam e defendem o SUS e também o criticam”, existe uma batalha em nível ideológico, e diz que a proposta da Sonia Fleury talvez seja uma importante ferramenta para travar essa disputa.

Luiz Fachini (ABRASCO) saúda o CEBES e seu movimento, que representa “a trincheira do movimento sanitário e nos permite realizar os enfrentamentos necessários”. Diz ainda que reforçar o CEBES em seus movimentos e eventos é fundamental para possibilitar a retomada do MRSB e a ABRASCO tem esse compromisso. Destaca que o Brasil hoje tem condições de autonomia para traçar novos rumos para a nação, mas há uma transferência de recursos públicos do SUS para o sistema privado, o qual se teria tornado complementar do serviço inicialmente imaginado como suplementar. Assim, condena as múltiplas portas de entrada nos serviços de saúde, em especial nos hospitais filantrópicos que são extremamente dependentes do SUS. Por fim reafirma a importância de ampliar o debate e colocou a ABRASCO à disposição.

Júlio Muller (CEBES-Mato Grosso) destacou a importância de entender a economia para melhor compreender a situação da saúde no Brasil, mas acha que não é possível ainda sair com propostas e estratégias. Ele diz que embora haja alguns consensos, ainda há divergências e necessidades de aprofundamento das discussões, sugerindo a utilização de espaços virtuais para isso. Finaliza dizendo que o SUS precisa de uma alavancagem profunda e precisamos pensar em uma nova consigna e novas estratégias para levar esse debate de forma a agregar pessoas e não afastá-las. Quanto à proposta levantada sobre uma emenda popular, ele propõe que seu conteúdo trate a respeito da obrigatoriedade do governo federal de repassar para o SUS todas as isenções que ele cede, ao invés de conteúdos que afastem a classe média de sua reivindicação. Afirma também que é preciso ter uma visão mais ampla em relação ao SUS que permita a radicalização da democracia.

Fernando (CEBES/BA) inicia sua fala questionando qual o papel do CEBES e como o Centro tem transformado suas discussões em ações concretas, pois muitas das discussões deste simpósio já haviam sido abordadas em momentos anteriores. Em sua opinião, precisamos ir para a prática, tomar propostas como a da Sonia, e buscar os movimentos sociais para construir nacionalmente. Acrescenta que para isso não é possível depositar nos núcleos a tarefa de construir com os movimentos sem uma orientação e esforço nacional, havendo a necessidade de construir consensos sobre muitos temas que já estão postos e criar agendas e mobilização para avançar sobre eles. Quanto aos temas que carecem de consenso, propõe que se definam agendas claras, com parceria dos núcleos, que culminem em posições do CEBES.

Cornelis (Cebes-Minas Gerais) parabeniza as mesas e as contribuições da plateia, mas ressalta a necessidade de avançar para além de analisar situação, criando discursos políticos que orientem as ações. Reflete que hoje o discurso da privatização, das parcerias público-privado já é aceito pela sociedade como natural e não estamos conseguindo contrapor, competir com isso. Assim, ele ressalta que é preciso mudar nossa linguagem para construção de um discurso contra-hegemônico que sensibilize outros atores a se agregarem na luta.

Fátima (CEBES-Mato Grosso) diz que trazer a discussão para além do setor saúde é um desafio cada vez mais evidente. Entretanto, resgata que no momento em que defendíamos o projeto público estatal não tínhamos o movimento sindical ao nosso lado. A grande força para construção desse modelo veio da academia, porém aos construir esse modelo muitos pontos estão em aberto, muito por uma ingenuidade nossa de imaginar que seria fácil implementar com tantos interesses particulares contrários. Retomando a fala do Fausto, Fátima diz que nesse modelo de pacto federalista os gestores municipais estão perdidos, pois ao terem feito o possível, os avanços tem se estagnado. Para ela temos o desafio de fazer essas questões do discurso político chegarem à prática, sendo importante valorizar e se aproximar dos trabalhadores em saúde para a efetivação de nossas lutas.

Tendo a Coordenação da mesa retornado a fala aos palestrantes para suas considerações finais, Lígia Bahia afirma que continua concordando com o SUS, com a Reforma Sanitária Brasileira, mas não com esse SUS que todos concordam e defendem agora. Segunda a pesquisadora, temos que ter um discurso, conforme Cornélio apontou e nesse discurso “Precisamos falar mal do setor privado, pois se as pessoas não gostam do SUS, elas detestam os planos de saúde” e completa “as pessoas não querem falar mal de empresa de planos de saúde, o governo não quer falar mal e a academia não quer falar mal (...) porque todos estão com o rabo preso (...) ou começamos a romper por aí, ou daqui a três anos vamos estar falando a mesma coisa”. Lígia ressalta ainda que não devemos disputar usuário com plano de saúde, mas que precisamos defender nossa concepção não medicalizante de saúde, trazendo práticas alternativas para dentro do SUS, mudando sua cara, inovando como, por exemplo, a proposta de saúde escola que o Márcio Almeida tem construído. “Ou vamos ter modelos de atenção alternativos, não só com mais dinheiro, mas com conteúdo” ou não vamos vencer esse embate. Lígia relata a reunião entre o CFM, ABRASCO e CEBES, em que os médicos se revelaram “furiosos” com os planos de saúde, revelando o quanto estamos em uma situação

propicia a reconquistar alianças. Além disso, ela aponta para a necessidade de “invadir” a 14ª Conferência Nacional de Saúde, transformando-a em uma conferência plural, vivaz, e que não se restrinja apenas a determinar quem serão os representantes no Conselho Nacional de Saúde. Quanto à necessidade de estudar outras áreas, como apareceu em diversas falas, na opinião da pesquisadora precisamos continuar estudando muito saúde por sua complexidade e nos aliarmos a economistas, sociólogos, entre outros, para que não haja uma vulgarização do conhecimento científico. Finalizando, ela volta a reafirmar a questão da agenda política que tem sido construída e diz que precisamos construir um documento comum, possível, urgentemente pela conjuntura favorável e passageira que estamos, citando o início do governo, a insatisfação de médicos com planos de saúde, a marginalização dos trabalhadores no SUS, entre outros pontos.

Em sua fala, Fausto dos Santos ressalta que o Ministério da Saúde não tem nenhuma concordância com a dedução do IR para os patrões que pagarem planos de saúde para empregados domésticos. Afirma ainda, que não existe uma “gerdaulização” da gestão ministerial – referindo-se a crítica feita pela Sonia Fleury que afirmou a presença de grupos como o Gerdau fazendo consultoria sobre a gestão da saúde, inclusive no Ministério – havendo na verdade uma grande tensão sobre isso. Acredita que não podemos cair na armadilha do financiamento versus a gestão. Segundo ele, é preciso defender mais financiamento e uma melhor gestão. Retoma o fato do processo de o Estado, das agências reguladoras, estar permeado da política, mas no geral o Estado tem baixa capacidade de regulação que hoje é majoritário do ponto de vista do financiamento, dizendo que precisamos caminhar para definir qual o papel do setor privado no sistema de saúde brasileiro, do ponto de vista da assistência, das atividades, do financiamento etc. Por fim, retorna às questões referentes ao pacto federativo e afirma que, com a tentativa da regulamentação da Lei 8.080, é preciso definir o papel dos estados e da União na construção da integralidade.

Marcelo Firpo reafirma a necessidade de aprofundar as análises econômicas neoclássicas na saúde, em um diálogo crítico, de forma a produzir de argumentação e formação de quadros. Caso isso não aconteça, ele completa, vamos delegar somente ao campo da gestão de negócios essa área do SUS. Firpo acredita que as respostas necessárias para sairmos da situação atual não virão dos quadros políticos clássicos, de setores econômicos, da academia, mas apenas do aumento da capacidade de diálogo e imersão nas lógicas de enfrentamento.

Encerrando a mesa sobre “O Primado do Interesse Público na Saúde”, Angélica dos Santos destaca a oportunidade da proposta da Lígia sobre estratégia e a necessidade de aproveitar um sentimento contrário para reconstruir a imagem da saúde pública. “O mundo hoje é marketing” e precisamos adentrar essa área para reconquistar o status de “desejável”. Ela encerra complementando e reafirmando o que Lígia Bahia apresentou quanto ao momento atual, em que 60% da população está insatisfeita com planos de saúde e “a situação de assédio moral dos funcionários que estão em gestões pró-OS, pró-privatizantes” fazem que este seja um grande momento para lançar mão de estratégias de marketing e recompor a luta por um SUS que esteja orientado pelo interesse público, coletivo.

### **Mesa Redonda 3: Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade**

#### Coordenação:

**Ana Costa** (CEBES).

#### Participantes:

**Jairnilson Paim** (UFBA e CEBES)

**Ângelo d’Agostini Júnior** (CUT)

**Alcides Miranda** (UFRGS e CEBES)

**Nelson Rodrigues dos Santos** (IDISA e CEBES)

#### Documentos referenciais discutidos virtualmente antes do Simpósio:

**“Direito a Saúde, Acesso Universal e de Qualidade: Anotações para o Debate”**, de Ana Costa

**“Que Alternativas para a Gestão Pública de Sistemas e Serviços de Saúde?”**, de Alcides Miranda

**“O SUS e a Reforma Sanitária: Possibilidades e Potencialidades”**, de Nelson Rodrigues dos Santos

#### Relatores:

**Gustavo Felinto e Luís Bernardo Bieber**

A coordenadora compôs a mesa e fez uma explanação inicial sobre o CEBES, em especial para situar o palestrante da CUT sobre a atuação política da entidade.



Destacou as teses que seriam abordadas no terceiro eixo. Também aproveitou para explicar a dinâmica dos trabalhos. Propôs uma inversão das falas, para que houvesse uma lógica de exposição da mais geral para os temas mais específicos, passando, assim, a palavra ao primeiro palestrante.

**Nelson Rodrigues dos Santos (IDISA e CEBES).** Para ele o ponto de partida é o entendimento do “RUMO MAIOR” da política pública de saúde no país, ser dado pelos princípios e diretrizes da CF/88 e LOS/90. Sua implementação nestes 20 anos passa a ser formulada e realizada pelo poder executivo que formula os “RUMOS ADICIONAIS” (Estratégias). Exemplos de estratégias congruentes com os princípios e diretrizes: 1) Inusitada elevação da capacidade gestora e produtividade da gestão descentralizada (Municípios e Estados) com produção de ações e serviços de saúde capaz de incluir no sistema público, metade da população nacional antes excluída de qualquer sistema de saúde; 2) Elevação contínua do componente municipal do financiamento do SUS; 3) Criação das Comissões Intergestores (CIT e CIBs) e ordenamento do processo descentralizador por meio de pactuações; 4) Criação dos Fundos de Saúde e dos repasses fundo a fundo; 5) Implantação da Direção Única em cada ente federado que incluiu a extinção do INAMPS; 6) Reconhecimento e estímulos a experiências exitosas de implementação do SUS, objeto de mostras nacionais ou estaduais, todas não conseguindo passar do nível local ou programático, e grande parte reversível, mas sempre repostas por outras que passam a ser exitosas; 7) Mais recentemente, o início das articulações pactuadas ao nível regional em função da diretriz da Regionalização e avanços no processo da contratualização; e 8) Estas estratégias congruentes, com exceção da extinção do INAMPS em Lei, foram formuladas e pressionadas ao nível da gestão descentralizada, com adesão e participação da gestão federal, e apontam para a mudança do modelo de atenção à saúde com base nas necessidades e direitos da população, com fortalecimento da Atenção Básica projetando sua cobertura até por volta de 90% da população, sua resolutividade até por volta de 90% das necessidades de saúde, e seu papel de ser porta de entrada preferencial e orientadora e ordenadora das linhas de cuidado integral, incluindo a assistência de média e alta densidade tecnológica. Apresentou ainda exemplos de estratégias incongruentes com os princípios e diretrizes: 1) Retração contínua nestes 20 anos do financiamento federal, proporcional ao crescimento do financiamento estadual e principalmente do municipal, sendo que em vários anos o componente federal cresceu

menos que o da população e da inflação. Nosso país permanece entre os piores financiamentos públicos do mundo, com apenas 340 dólares públicos per capita/ano e 3,7% do PIB, de recursos públicos para o sistema público de saúde, contra média de 2.000 dólares públicos per-capita/ano e 7 a 8% do PIB, nos países com sistemas públicos que dão certo, onde por volta de 90% da população optam pelos serviços públicos e não por planos e seguros privados de saúde; 2) Fortíssimos subsídios públicos à produção e consumo privados de serviços de saúde, somando as deduções no IRPF E IRPJ, as isenções tributárias especiais a hospitais privados de grande porte, o cofinanciamento público de planos privados à totalidade dos servidores e empregados públicos, e o não ressarcimento ao SUS, pelas operadoras privadas de planos de saúde, obrigado em lei, dos serviços públicos prestados aos afiliados a essas operadoras. Esses subsídios somados correspondem anualmente a mais de 25% do faturamento de todas as operadoras privadas, o que dá mais de 40% dos gastos do MS e mais de 70% dos recursos federais adicionais se aprovada à regulamentação da EC nº 29 com 10% da Receita Corrente Bruta Federal para o SUS. Em pesquisa entre 2.003 e 2.007, as deduções e isenções (gastos tributários) na saúde cresceram em 73,6% enquanto os gastos do MS cresceram em 49,9%; e 3) Blindagem, nestes 20 anos, do Estado, contra sua reforma administrativa e democrática, estruturando-o para cumprir o disposto na Constituição, especialmente quanto às políticas públicas voltadas para os direitos sociais de cidadania. Permanece a estrutura centralizadora, burocratizada, ineficiente, com as atividades-meio sufocando as finalísticas e consequentes desperdícios, na administração direta e autárquica. É uma das principais causas das terceirizações de contratação de recursos humanos com desastrosa precarização, tanto dos empregados terceirizados (mais de 50% do total) como dos servidores e empregados públicos estatutários e celetistas, assim como da continuidade da remuneração de serviços assistenciais por produção por meio de perversa tabela de procedimentos e valores, e também da terceirização para entes privados, do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde, parte deles vendendo serviços públicos no mercado com uma segunda porta de admissão. Destacou que a formulação e realização das estratégias incongruentes deram-se nestes 20 anos, no poder executivo por ser sua prerrogativa legal, porém, sem a participação dos gestores do SUS, nem mesmo do Ministério da Saúde, e sim, como política de Estado e não de Governo, nos ministérios da Fazenda, da Casa Civil, do Planejamento e do antigo MARE (Administração e Reforma do Estado), por isso, atravessando todos os governos nessas duas décadas. No cotidiano do exercício da

gestão pública do SUS nas três esferas de governo, as estratégias congruentes e incongruentes, apesar da grande tensão e conflito entre si, são inexoravelmente realizadas de modo simultâneo, imbricado e indivisível, ressaltando-se, porém uma resultante marcada pela hegemonia das incongruentes sobre as congruentes, perceptível por meio de algumas sinalizações como: 1) Continuidade do modelo “da oferta” com base nos interesses do mercado de medicamentos, equipamentos, próteses e outros insumos, dos prestadores privados remunerados por produção e de acentuado corporativismo em grande parte das categorias profissionais e de especialidades médicas; 2) A Atenção Básica não tem seu desenvolvimento apontado para a Universalidade, mantendo-se abaixo da linha da pobreza, nem para a alta resolutividade, e por isso, nem para vir a ser porta de entrada, perdendo a condição de orientar e ordenar as linhas de cuidado em todos os níveis do sistema, com possibilidade de estabilizar-se, na média nacional, em caráter apenas “compensatório”, o mesmo que parece atingir a assistência de média e alta densidade tecnológica com alta repressão de demanda à população que depende somente do SUS; 3) A Universalidade efetiva parece consolidar-se na Vigilância em Saúde (incluindo a sanitária), na atenção às urgências (pré-hospitalar e hospitalar) e nas imunizações, áreas de prestação de serviços de menor interesse do mercado. A Universalidade na AB e na MAC permanece extremamente iníqua e precária, aparentemente aí se estabilizando; 4) Foi neste modelo de atenção que a gestão descentralizada operou a grande inclusão de metade da população, atuando quase heroicamente com inusitada elevação da produtividade; 5) A classe média e os trabalhadores formais (do setor privado e setor público, servidores e empregados públicos), nestes 20 anos, migram totalmente para os planos privados, sob suporte dos sindicatos, federações e centrais sindicais; e 6) Há a possibilidade real do sistema público de saúde real estabilizar-se em pobre e compensatório para os 78% da população não afiliados aos planos privados de saúde, e complementar, com acesso informalmente facilitado aos 22% afiliados. Quanto ao desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), arriscou as seguintes considerações: 1) Originou-se e fortaleceu-se no bojo do movimento pelas liberdades democráticas contra a ditadura nos anos 70/80, marcando na relação público-privado, a precedência dos direitos sociais e do interesse público, o que foi socialmente debatido, assumido e consagrado na CF/88. Com essa força social e política, adentrou os anos 90 com estratégias congruentes, implementando-as passo a passo, contra as reações e dificuldades criadas pelos interesses adquiridos acumulados até então. O MRS e a “militância” do SUS

assumiram, implicitamente, a estratégia do “incrementalismo”, na sua implementação;

2) Na duas décadas seguintes, 90/00, com a singularidade da chegada ao nosso país em 1.989, da “onda” neoliberal que há mais de uma década acontecia no planeta, a nossa democracia representativa pós-ditadura não consegue albergar o ascenso das forças sociais e políticas: as elites tradicionais que sempre hegemonizaram nosso Estado adequam-se e se fortalecem sob a hegemonia do capital financeiro especulativo. O refluxo das forças sociais e democráticas passa a conviver com a privatização do Estado e com o estabelecimento de relação público-privado atrelada à hegemonia do setor privado monopolista, na área econômica e nas políticas públicas da área social, na saúde, a “Saúde de Suplementar”, na verdade duplicada e não suplementar;

3) No decorrer dos 20 anos, as dificuldades e reações contra o SUS foram crescendo e ganhando consistência e competência estratégica, com provável formulação de outro sistema público sob outra lógica, e transformando o incrementalismo dos princípios e diretrizes constitucionais em apêndice “compensatório” desse outro sistema, até deixando de atacá-lo frontalmente como na fase inicial;

4) Vários sofismas de influência negativa aos valores sociais e da responsabilidade social e pública do Estado, confundem e fragilizam no SUS, lideranças sociais, parlamentares, e entre gestores, conselhos de saúde e intelectuais orgânicos da política pública constitucional, como:

a) “Até as sociedades mais desenvolvidas com os melhores sistemas públicos de saúde, não suportam mais que 9 a 10% do PIB para a saúde, e nós já estamos com 8,4%: precisamos é elevar a eficiência e qualidade dos gastos.” Escamoteamento: dentro dos 9 a 10%, deles há 7 a 8% de origem pública, e dentro dos nossos 8,4%, há somente 3,7% de origem pública, o que dá, respectivamente, 2.000 dólares públicos p.c./ano e 340;

b) “O desafio imediato é elevar a eficiência e não o financiamento, nem reformar o Estado”;

c) “A eficiência deve ser obtida independente da origem do prestador de serviços”;

d) “O mercado desafoga financeiramente o SUS”;

e) “O Estado é por definição mau gerente dos recursos públicos, e as entidades privadas, por definição, melhores gerentes”;

f) “O mundo mudou”. O desafio do MRS e do SUS para resgatar e reconstruir seu significado histórico é eminentemente político, como:

1) Politizar e integrar-se no esforço do debate geral e amplo da sociedade por um projeto de nação capaz de articular O desenvolvimento econômico, a democracia participativa, os movimentos e entidades da sociedade, a realização de políticas públicas universalistas com base nos direitos sociais de cidadania por meio de sistemas públicos de qualidade e eficientes e as transferências de renda para os estratos sociais excluídos da formação do

mercado interno e do processo produtivo formal; 2) Reconhecer que como parte da sociedade, nestes 20 anos o MRS também passou por equívocos, confusões e desvios, ora para o pragmatismo gestor e operacional, ora para o corporativismo, ora para o “estruturalismo”, ora para a possível “vergonha” de afiliar-se ao plano privado, ora para cooptações no exercício de poder em governos, ora pela desistência, impossibilidade ou abdicção pelos conselhos de saúde, de priorizar a atuação na formulação de estratégias, sua primeira atribuição legal, etc., incluindo satanizações entre si. Reconhecer também que, com exceção de parte das cooptações de caráter mais estrutural de personalidade, todos os equívocos e desvios são em regra inevitáveis e reversíveis, no complexo aprendizado da militância do MRS e do SUS; 3) Reconhecer o descolamento do SUS da condição inicial de meio de realização de direito universal com qualidade para o atual sistema público e não defendê-lo como está, como uma finalidade em si mesma; 4) Na realização do “SUS constitucional”, todas as estratégias congruentes devem ter sua implementação intensificada com “persistência histórica”, mesmo que rudemente prejudicadas ou cooptadas pelas incongruentes, por que o objetivo maior a ser assumido deverá ser eminentemente político: o esforço pelos avanços técnicos, gerenciais e operacionais nos espaços possíveis, definidos pelas estratégias incongruentes, e seus consequentes limites, deverão ser objeto de farta transparência, informação, divulgação, politização, acumulação de experiências, de forças e mobilização, com vistas ao desgaste da hegemonia atual e do seu modelo de saúde. Os atores básicos a serem envolvidos nesse processo seriam os colegiados da gestão descentralizada, os conselhos de saúde, as entidades dos usuários e dos trabalhadores de saúde, as entidades e lideranças parlamentares, a mídia clássica e a mídia internauta.

A Coordenadora passou ao painalista seguinte, Ângelo d’Agostini Júnior, da central Única dos Trabalhadores (CUT), destacando que os trabalhadores são aliados desejados na defesa da saúde.

**Ângelo d’Agostini Júnior (CUT)** agradeceu em nome da presidência da CUT o convite. Destacou o nascimento da CUT como tentativa de construir diálogos. Também observou que os atos do dia 06/07 priorizaram a discussão de pautas de interesse de outros movimentos sociais, necessitando ampliar as lutas nos dias nacionais de mobilização. Defendeu o diálogo com a área da saúde. (...) Reconheceu que no

movimento sindical, apesar da defesa do SUS, a maioria dos sindicatos defende, nas pautas de negociação, a viabilização de planos de saúde para as categorias. Não defendem a situação embora reconheça que ela existe. E aponta uma das razões o próprio interesse do patronato em obter as deduções fiscais com esse tipo de pauta. Também destacou o aspecto nocivo da dupla porta, em especial nas unidades terceirizadas e entregues à administração de OSs. Também destacou que há discursos que defendem a dupla porta porque ela ajudaria a financiar as unidades próprias da rede do SUS. Destacou a necessidade e saber quem são as entidades que assumem a gestão das unidades públicas e identificou 3 tipos: 1) entidades religiosas e filantrópicas; entidades universitárias, geralmente públicas, mas que se valem de fundações privadas; e 3) o setor empresarial interessado inclusive na atenção ao trabalhador que será prestada aos trabalhadores da categoria. Também observou a existência de hospitais de portas abertas e de portas fechadas que as utilizam para o controle da demanda. Nas unidades administradas pelas OSs também há um aumento de cirurgias e uma diminuição de outros atendimentos, priorizando apenas os procedimentos mais lucrativos. Apesar disso, observou também que todas elas terminam tendo déficits financeiros ao fim do ano. Essas entidades não debatem com os conselhos de saúde. Questiona que a população não consegue chegar aos hospitais “arrumadinhos”, não seria melhor tê-los no hospital que não é tão arrumado. Aponta a necessidade de discutir a saúde do trabalhador na área da saúde, e não pelo TEM, apesar de haver divergências sérias no mov sobre o assunto. Observa a discussão da utilização de espaços da justiça para obter atendimento. Não está errado, mas o problema é que a questão do acesso ao serviço da saúde termina dependendo do acesso a um advogado. Apontou ainda a questão das relações de trabalho e lembrou que a própria federação dos hospitais reconhece que os trabalhadores da saúde são das categorias mais fragilizadas, com funcionários terceirizados e até quarteirizados. Também observou que nas unidades administradas por OSs há assédio moral contra servidores públicos, tratados como vagabundos.

A coordenação da mesa agradeceu e destacou a necessidade de construção de pautas comuns e a retomada das reivindicações nas ruas. Passou em seguida a palavra ao terceiro painalista.

3º Painelista: Jairnilson Paim (UFBA e CEBES): Agradeceu a oportunidade. Explicou que trará elementos de estudo feito com Lígia Bahia, mas que as conclusões apresentadas são de responsabilidade dele. Destacou, quanto ao acesso, como valor universal e igualitário, é preciso articular as dimensões subjetivas com as objetivas como o financiamento. Destacou que o sistema de saúde cresceu muito na cobertura da AB. Porém os hospitais (MAC) continuam privados, praticamente na mesma proporção de décadas atrás. Chama a atenção para a redução do número de leitos por habitantes. Também observou a pequena proporção de médicos e outros profissionais de saúde por habitantes, que não são formados em número suficientes e não têm as residências necessárias, sendo assim insuficientes. Quanto aos equipamentos, destaca que alguns, como os mamógrafos são apenas em sua minoria do SUS, ou não têm quem os opere. Alerta para não se condenar tão rapidamente quem opta pelo plano de saúde, sem antes realizar a oferta do SUS, por mais que tenha havido avanços no acesso, ainda que com desigualdades. Mas as desigualdades estão diminuindo, inclusive quanto aos planos de saúde. O aumento do acesso ainda não importa na acessibilidade universal assim como essa não importa em igualdade. O ufanismo não se sustenta sem alterar os modelos de atenção, o cuidado, o financiamento, entre outros pontos. Apontou para a necessidade de identificar os interesses particulares e/ou partidárias que colonizaram o espaço público da saúde. Voltou à questão do financiamento e lamentou a extensão da CPMF, embora não a defendia mais como defendera em 1996. Ressaltou a importância de defender uma inversão do financiamento público, de maneira a que a maior parte seja público. Destacou nesse ponto, que as famílias arcam com mais custos com a saúde do que o próprio Estado. Observa que o povo não quer o SUS real e que por isso não bastam os apelos ideológicos contra os planos de saúde. O SUS não tem sustentabilidade garantida em termos financeiros, materiais etc.

A coordenadora agradece e observa a presença do Luiz Odorico. Para finalizar, passa a palavra ao último painelista.

4º Painelista: Alcides Miranda (CEBES-RS): Agradeceu o convite e saudou aos que assistem. Acha que não escreveu tese. De toda forma não se aterá ao texto, mas tentará contextualizar o tema. Destacou vários aspectos da redução praxiológica da compreensão da política pública, inicialmente no âmbito da gestão. Apontou para diferenças entre gerar (criar), gerir (controlar) e girar (mudar). Necessidade de instituir

políticas que adquiram permanência e legitimidade, sendo apropriadas pela coletividade. A primeira redução está na contenção do processo do “gerir” (“o monopólio da força não pode ser o da verdade”, BOBBIO). Houve uma abdicação do “gerar” e não se apercebeu do “girar” e houve uma conformação do “possível da política” na “política do possível”. Observou que há cada vez mais políticas restritas aos mandatos, em que se faz a avaliação do impacto orçamentário em comparação com o benefício eleitoral. A outra redução um tanto consentida está no sentido da integralidade, do ponto de vista conformação e da materialidade política. Há ainda uma redução do sentido de governabilidade sob tensão democrática.

A coordenadora retomou a palavra e só permitirá, em função do tempo, a fala de oito pessoas.

Ari Miranda (ENSP/FIOCRUZ): Coloca o novo papel seminal do CEBES no pensamento em saúde e destacou a necessidade de pensar por que estaríamos perdendo o sistema público de saúde pública desenhado. O mundo passa por um processo de decomposição do mundo do trabalho que é a base da democracia capitalista, o que reflete na saúde. O capitalismo passa por outra contradição diferente da tensão entre capital e trabalho. A limitação é imposta pela própria natureza entre outros fatores. Movimento social da contradição capital e trabalho e movimento social que não se atém a essa divisão.

Paulo (CEBES-PA): Destaca a necessidade de aprofundar as desigualdades regionais, de maneira a trazer dados mais apropriados a cada região, para além dos dados apresentados nacionalmente. As diferenças regionais justificam as desconfianças quanto aos modelos de desenvolvimento implantados. Destacou que as teses do CEBES ainda dialogam muito pouco com as diferenças regionais, como se o SUS fosse necessariamente uma coisa única.

Luizinho (CEBES): Destacou a importância de trazer as centrais sindicais para a defesa da construção de um sistema público. Ainda que defendam os planos de saúde nas negociações específicas, é preciso que o movimento sindical politicamente faça essa defesa. Também destacou as diferenças regionais no SUS real, já apontadas pelo Paulo.



Maria Lúcia (CEBES-Cascavel): A luta pela equidade substitui a luta pela igualdade. A substituição do planejamento em saúde pela administração gerencial. Destacou a importância do planejamento como forma de participação.

Iôla (CEBES-MG): Retomou a discussão sobre os planos de saúde corporativos, negociados pelas entidades sindicais, direcionando o questionamento ao representante da CUT. Destacou o ponto sobre o trabalhador aposentado, perguntando se eles têm mesmo podido continuar nos planos corporativos após a aposentadoria. Como isso estaria acontecendo nos planos? Também pediu para tratar dos trabalhadores portadores de doenças crônicas e como nestaria a discussão sindical em torno das formas de copagamento.

Aparecida Izabel (ANS): pergunta ao representante da CUT se os sindicatos sabem que as empresas contratam níveis de plano diferenciados para os vários níveis hierárquicos das empresas. Também os planos dão relatórios detalhados apontando as sinistralidades, que aumentariam o índice de reajuste dos planos. Para evitar isso, e até a demissão, os funcionários recorrem ao SUS, diminuindo a sinistralidade dos atendimentos do plano.

Marcelo Firpo (ENSP/FIOCRUZ): Também dirige questionamento ao representante da CUT em razão de sua origem na saúde do trabalhador. Pediu elementos que apontassem para a perspectiva de que uma nova mentalidade estaria surgindo no movimento sindical em relação à defesa da saúde pública.

Luiz Odorico (MS): Elogia a vitalidade do mov de reforma sanitária. Propõe a radicalização de algumas agendas. Construir laços com a sociedade. Sugere colocar uns “bodes” nas salas da sociedade brasileira. Defende a regulamentação da equidade. E o combate à renúncia fiscal (do IR) do que é gasto com a saúde privada. Trata-se construir uma agenda para fora do movimento, para toda a sociedade. Outra agenda seria a aproximação com as centrais para que os trabalhadores usem o SUS. Colocou-se à disposição do CEBES para discutir o Decreto que regulamentou a Lei nº. 8080/90 e destacou nele estar o planejamento ascendente do sistema.

Júlio Müller (CEBES-MT): Acha que no âmbito da gestão já se esgotou a capacidade de mudar o sistema. Por isso, necessário tratar a questão no plano político, para além da discussão setorial. Necessidade de discutir os atores, destacou um ator estratégico: o mov sindical, com quem seria necessário estabelecer concretamente a forma de realização das alianças estratégicas em defesa do SUS. Sugere como exemplo a criação de um movimento de defesa das vítimas dos planos de saúde.

A mesa retomou a palavra e permitiu que os painelistas fizessem seus últimos comentários.

Jairnilson Paim sugere tomar emprestada a idéia de hegemonia às avessas. Parecemos dirigir, mas não temos condições de intervir de maneira definitiva, prevalecendo os interesses do capital.

Alcides agradeceu a oportunidade e se colocou à disposição para continuar o debate.

Nelsão decidiu reforçar, pela oportunidade do assunto, a questão do esgotamento dos referenciais estratégicos na gestão. Não é possível abrir mão disso. Mas o movimento está desafiado a voltar a fazer militância política. Não se pode permitir que a classe média (trabalhadores públicos e privados) seja vista como traidora do SUS por pleitear planos privados como forma de concretizar seu direito constitucional à saúde. Observou que o Estado foi responsável por criar o mercado da saúde suplementar, o que colocou os trabalhadores em contraposição ao SUS. Não existe, portanto, sociedade que faça luta política sem a mobilização da classe trabalhadora. Necessário encontrar os canais para que a classe trabalhadora volte a defender o SUS. Propõe à CUT e aos CEBES trazer representantes de centrais sindicais de países que têm sistemas públicos de saúde para discutir o assunto (Espanha, Portugal, Inglaterra, Canadá, Japão, Austrália, Nova Zelândia etc.) e quem sabe apontar brechas para conseguir fazer com que a classe trabalhadora volte a fazer a defesa do SUS.

Ângelo observou que não houve divergência essencial. E ressaltou a necessidade de ressaltar mais o que os planos de saúde representam para o trabalhador contratado. Apontou que contradições semelhantes acontecem na educação. Também lembrou a

necessidade de melhor discutir a saúde do trabalhador, sem retirar a competência do TEM, mas mantendo sua atuação coordenada pelo SUS. Colocou-se á disposição para continuar a discussão.