



RELATÓRIO/SÍNTESE DO III SIMPÓSIO POLÍTICA E SAÚDE

Maria Lucia Frizon Rizzotto (coordenadora da relatoria)

Gabriella Monteiro (relatora)

Grazielle Custódio (relatora)

Priscilla Leonel (relatora)

Tiago Lopes Coelho (relator)

Este texto sintetiza as discussões realizadas nos três painéis e nas duas tribunas que ocorreram durante o III Simpósio Política e Saúde do Cebes, realizado de 07 a 09 de novembro de 2013 na UERJ-RJ. O relatório foi organizado em 15 itens que abordam os grandes temas apresentados e debatidos durante o Simpósio. Os temas tratam de aspectos centrais para a saúde no Brasil e na latino América, ultrapassam os limites do setor saúde buscando o diálogo com outras áreas do conhecimento e outros setores da sociedade.

1. O CEBES E O MOVIMENTOD DA REFORMA SANITÁRIA (MRS)

O Cebes é, desde a sua fundação, protagonista central do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que criou o SUS e agora tem a tarefa histórica de contribuir para a sua implementação, ajudando a construir a hegemonia de um conceito ampliado de saúde, tendo a democracia como caminho central para o confronto com o projeto de desenvolvimento pautado na lógica capitalista neoliberal .

Para a criação do SUS foi fundamental a participação dos diversos atores sociais que compuseram o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), como as entidades representativas dos profissionais da área da saúde, departamentos de medicina preventiva das universidades, partidos progressistas, movimentos populares da saúde, entre outros. Neste momento, mais do que nunca, é necessário ampliar a participação decisiva da sociedade em defesa do SUS, ameaçado pela lógica do sistema econômico em curso, que coloca a acumulação do capital como o horizonte societário.

Os simpósios do Cebes se constituem em momentos singulares de reflexão teórica e construção de teses, orientadoras da práxis dos militantes do SUS. Neles tem-se retomada a discussão da saúde a partir do conceito de seguridade social, reafirmando o direito à saúde e os princípios do SUS, pois saúde não é mercadoria.

Para o Cebes os núcleos são mecanismos importantes de ampliação e enriquecimento dos debates e formulações teóricas e políticas, assim como da interiorização e disseminação das teses da entidade, com o objetivo de ampliar o diálogo com os movimentos sociais e com a sociedade brasileira. Mas isso precisa ser acrescido de outras estratégias, como a qualificação do controle social, exercido por instituições como os conselhos de saúde e o ministério público.

2. DEMOCRACIA

Não queremos retroceder no que já conquistamos. Mas para que a democracia supere a formalidade representativa é necessário a repolitização da prática global, com ampla desconcentração de poder. A democracia liberal no Brasil e em outras partes do mundo, está estruturada de tal maneira que os direitos universais não podem existir concretamente para a maioria da população, senão para os detentores do capital que monopolizam o poder político em proveito próprio e para os diferentes grupos no poder, que mesmo quando de caráter mais popular e de esquerda, acabam não cumprindo com suas promessas, revelando o quão complexa é a mediação dos diferentes interesses em disputa na arena política.

A política do medo acaba legitimando a democracia burguesa nos limites da representatividade. O princípio da cidadania na teoria política liberal restringe a cidadania civil e política perante a autoridade do Estado, o seu exercício reside quase que exclusivamente no voto. Outras formas de participação política são desencorajadas.

É necessário radicalizar a democracia, ou seja, assumir o compromisso de transformação radical no modo como se produz e compartilha as riquezas em nossa sociedade. Além disso, pode-se utilizar outros mecanismos constitucionais de participação e decisão como referendos, plebiscitos, conferências temáticas sobre grandes temas com poder de deliberação, conjugando a participação representativa com a participação direta.

3. CAPITALISMO E DESENVOLVIMENTO

O entendimento do modelo de desenvolvimento em curso e das características assumidas pelo Estado brasileiro é fundamental para compreender os limites impostos às políticas públicas e para a ação política. O atual modelo está voltado, predominantemente, aos interesses do capital em detrimento do desenvolvimento social. Trata-se de um modelo baseado no estímulo o consumo de bens e serviços e no favorecimento do setor privado com prejuízo para as políticas públicas e para a consolidação dos direitos sociais. Neste modelo, o direito à saúde não só não tem espaço como está ameaçado.

A noção de desenvolvimento tem sido simplificada para difundir e massificar a ideia de que desenvolvimento se limita ao crescimento econômico, ou a uma produção em bases industriais com aumento do investimento produtivo do capital. A agenda da saúde está refém deste modelo de desenvolvimento. Defendemos um modelo de desenvolvimento que preserve a vida planetária e que esteja voltado para os interesses coletivos e solidários.

Por fim, observa-se uma capacidade de rearticulação e expansão do capitalismo que, no caso do SUS, tem sido capaz de utilizar a noção de direito à saúde para a própria reprodução do capital.

4. A FINANCEIRIZAÇÃO - FASE DO CAPITALISMO

A financeirização se trata de uma fase de desenvolvimento capitalista em que o capital financeiro passou a ocupar o lugar central no processo de acumulação, superando o setor produtivo, que deixou de ser atraente como espaço de acumulação. A especulação financeira se tornou o mecanismo privilegiado de acumulação. Isto foi possível pela intervenção do Estado que criou as condições necessárias, elevando as taxas de juros e criando outros mecanismos que favorecem a especulação em detrimento da produção. Ficou mais fácil e mais lucrativo especular do que produzir. Esta fase do capitalismo está associada ao neoliberalismo como pensamento econômico, político e ideológico e a retomada da hegemonia norteamericana. Neste processo, iniciado na década de 1970, houve uma brutal transferência de riqueza dos países periféricos para os países centrais por meio do pagamento da dívida externa e das sucessivas crises que vai até a grande crise de 2008/2009 ainda não concluída.

O capitalismo financeiro que acumula mais que o setor produtivo, tomou conta dos tesouros nacionais, forçando-os a priorizar a remuneração do capital. Grandes corporações controlam o sistema financeiro e, paralelamente, os Estados, refletindo nas políticas sociais e, no nosso caso, no SUS.

A financeirização instituiu outra lógica de funcionamento da economia com abandono do planejamento sendo substituído por formas administrativas gerenciais. Isso provoca uma dicotomia entre a política e a economia.

5. MERCANTILIZAÇÃO/PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

A atual conjuntura tem colocado desafios muito grandes, sendo a mercantilização um aspecto. Outro é o fato de que os governos passam a ter descompromisso com a saúde, propondo outro modelo de universalização, uma universalização segmentada. Isso vai sendo construído tanto através do sucateamento do SUS, como por meio de subsídios e de isenção de impostos. Os serviços públicos são úteis aos processos de acumulação de capital.

Neste momento vivemos uma conjuntura muito diferente da de 1988. Na época o grande capital privado era representado pelas indústrias de medicamentos, hoje ele cresceu tanto com os planos de saúde como com a própria indústria de serviços de saúde. Os serviços públicos passaram a servir aos processos de acumulação de capital, por meio das terceirizações, dos modelos de gestão indireta, como as Organizações Sociais, Fundações privadas, entre outras. O mercado hoje está agenciando até a Atenção Básica, como se observa em grandes cidades do país, entre elas São Paulo.

A privatização da saúde pode ser medida pela baixa proporção dos gastos públicos com saúde e pela pouca estrutura para a realização de serviços, sobretudo os de média e alta complexidade, que coloca o SUS dependente dos serviços privados. É na lacuna de serviços não oferecidos pelo sistema público que o setor privado tende a prosperar.

Quando aprovamos o SUS também foi aprovada a participação complementar do setor privado, que naquela época não significava planos de saúde, mas, sobretudo prestadores privados hospitalares. A ausência de um financiamento adequado para o sistema público conviveu com enorme expansão de planos de saúde que representam a principal opção de prestação de serviços para muitos segmentos da sociedade. É uma mega estrutura que está operando e tem que ser encarada pelo MRS. Na teoria todos são a favor do sistema público, mas na prática todos querem garantir seu plano privado de saúde.

6. O ESTADO BRASILEIRO

O Estado brasileiro a partir deste início de século se tornou uma instituição poderosa, centralizada, que tutela e controla a sociedade.

Os mecanismos utilizados pelo Estado para criar e manter este poder tem sido: (1) as políticas de transferência de renda que diminuíram a indigência, mas não geraram cidadania. É preciso ultrapassar este patamar de proteção e instituir uma segunda geração de política de transferência de renda pautada na noção de direito; (2) o orçamento público centralizado no governo federal (75% do total) que deixa os municípios a mercê de políticas nacionalizadas, sem recursos para investimentos. Grande parte dos municípios opera acima da Lei de Responsabilidade Fiscal no que se refere aos gastos com folha de pagamento, o restante de seus orçamentos está vinculado à saúde e educação, sobrando muito pouco para investimento e criação de novos serviços públicos. Restam, então, como única alternativa os convênios federais; (3) as Instituições financeiras, sendo a principal o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, que se converteu no grande financiador do setor privado, e dos próprios municípios por meio desses convênios; (4) cooptação de parte dos movimentos sociais, movimento sindical, ONGs, tornando-os elementos de um novo circuito de valorização do capital.

O Estado brasileiro continua com características patrimonialistas e cartoriais. Este Estado com estas características é insuficiente e incapaz de implementar e de regular o sistema de saúde brasileiro. Além disso, existe no Ministério da Fazenda, no Ministério do Planejamento e no Ministério da Casa Civil uma tendência anti-SUS que impõe mais restrições à sua consecução.

7. A POLÍTICA

A política é o ato de ousar e de apostar na ação humana como construtora do futuro. Estamos em um momento propício e desafiador para reinventar a política dentro e fora do congresso. O parlamento brasileiro atual é conservador e bastante retrógrado em diversas causas, mais do que foi em anos recentes. A mudança do congresso e a realização da reforma política e tributária só irão ocorrer se o debate estiver primeiro nas ruas, e disseminado na sociedade como um todo. Uma característica da política é apostar no futuro, é preciso se arriscar e acreditar no processo. Na política não há lugar vazio.

O atual sistema político partidário envolveu muitos jovens que ajudaram a construir o movimento de reforma sanitária, que contribuíram para a criação do SUS e acreditaram que seria possível, por meio da gestão, sem romper com o instituído, criar um sistema universal com as

características do SUS. A institucionalização do SUS é importante, mas não pode se constituir em um fim em si mesmo. A gestão é meio para a política e não o fim. Quem pode salvar o SUS é a ação política que deve ser colocada na cena nacional.

8. CONTROLE SOCIAL

Observa-se na relação dos gestores com o ministério público e conselhos de saúde - dois atores do controle social - e destes com os usuários, uma diversidade e heterogeneidade que vai de uma perspectiva colaborativa a uma disputa de poder, neste caso, fruto ainda do paradigma autoritário e da pouca democracia experimentada em nosso país.

É preciso a repolitização global da prática social. Há uma falta de compreensão da função e responsabilidade legal dos conselheiros e de seu papel como agente político com responsabilidades e deveres. Não raro, a grande maioria da população, gestores e o próprio legislativo desconhece quem são os conselheiros de saúde de seu município e qual o poder legal que possuem.

As desigualdades política, econômica e social existentes na sociedade são transferidas para o interior dos conselhos tornando-o mais reacional do que propositivo. O ministério público ao mesmo tempo em que contribui para a ampliação do direito, também judicializa a concepção de saúde, tirando do campo da política a decisão da própria política de saúde.

O controle social deve ser ampliado para reduzir o poder do executivo. O legislativo não é suficiente para limitar o poder do executivo, sobretudo com a tradicional forma de fazer política, clientelista, presente em todos os níveis de governo.

9. GESTÃO

Os novos modelos gestão com base na lógica gerencialista abandonam o planejamento como ato político e introduzem a administração com base em resultados, sem preocupação de como os processos ocorrem na prática cotidiana dos serviços.

A naturalização de uma forma de governabilidade realizada nos bastidores, na divisão entre grupos políticos que apoiam o governo, tem implicações no plano institucional, levando a um gerencialismo subalterno e incrementalista. É necessário construir uma nova institucionalidade no SUS, pautada na lógica pública, no direito e no interesse público. Esta institucionalidade deve dar direcionalidade para todo o sistema, independente da natureza do

serviço ser público ou privado. Deve, ainda, constituir novos arranjos para a gestão interfederativa e para a regionalização do sistema, de forma solidária entre e intra níveis de gestão do SUS.

O MRS tem que enfrentar a discussão sobre os diferentes mecanismos de gestão instituídos, como as organizações sociais, as empresas públicas, os consórcios, parcerias público-privadas, entre outras. Essas propostas emergiram sustentadas no discurso de que o Estado brasileiro não é competente o suficiente para a gestão do SUS. Sabemos que no cenário atual o aparato burocrático tem contribuído para a ineficiência da gestão pública em todos os setores, porém o mito da eficiência do privado em detrimento do público é fundamentado pelo projeto neoliberal de redução do Estado ao papel de regulador dos serviços de saúde.

Além disso, é preciso admitir que é impossível construir o modelo de saúde que queremos tomando como base o município. É necessário repensar o processo de descentralização e regionalização com base nas regiões, nas redes de atenção e em novos arranjos administrativos e de gestão para o SUS.

10. REGULAÇÃO

Existe uma visão economicista da regulação que parte do pressuposto de que o mercado é imperfeito, sendo necessária a intervenção estatal para equilibrar a relação oferta e demanda. O papel do Estado seria, então, estabelecer regras para equilibrar essa relação, sendo as metas da regulação governamental: a proteção dos consumidores de planos de saúde, a maximização da participação do consumidor no mercado privado e a manutenção de um mercado de seguros estável.

A regulação no Brasil tem sido focada no segmento complementar e não sobre todo o arranjo público-privado. A expectativa é de que cada seguradora se organize como um microsistema de saúde, devendo resolver os problemas da sua clientela, numa clara substituição ao SUS.

A forma com que tem sido desenvolvida a regulação sobre o segmento complementar está colocando o Brasil na contramão das políticas públicas de saúde dos países que mantiveram sistemas de saúde orientados pelos princípios da proteção social. Estes Estados não cuidam do setor privado, cuidam apenas do público. Além do que cabe destacar que nestes países o setor complementar participa com um percentual muito inferior ao que ocorre no Brasil e não recebem subsídios públicos. A regulação deve se restringir ao aspecto econômico-financeiro das operadoras e não tratar o seguro privado como se fosse um sistema estatal. A ideia de que o

Estado deve regular os planos, exigindo que estes realizem a mesma cobertura do SUS é admitir que o setor privado, via planos de saúde, pode substituir o SUS e não ser complementar naquilo que o setor público não oferece, conforme prevê a Constituição Federal de 1988 e a própria noção de complementaridade.

A regulação da forma como é operada aqui contribui para a manutenção da segmentação do sistema de saúde e da própria sociedade brasileira, privilegiando a elite da sociedade e o mercado de bens e serviços privados de saúde e, ainda, sendo a ferramenta do Estado para continuar subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar no país.

A regulação deve incidir sobre as redes Integradas de atenção à saúde, pública e privada, e deve ser feita pela autoridade sanitária da região. Deve centrar a regulação nos duplos vínculos dos profissionais, nos estabelecimentos que atendem SUS e mercado privado ao mesmo tempo, nos crescentes e complexos fluxos de demanda e oferta entre o segmento suplementar e o SUS, que desorganizam o fluxo dos pacientes no SUS e desorganizam a atenção na oferta e no uso dos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC).

O SUS ainda é tímido no estabelecimento de prioridades de serviços a serem cobertos. Todas as demandas devem ser cobertas? É necessário sair da exclusão implícita para a explícita, debatida e consensuada na sociedade. Neste sentido é preciso rediscutir o papel do segmento suplementar no sistema de saúde. Qual arranjo público-privado garante o interesse público? Queremos o direito à saúde como direito de cidadania ou como direito do consumidor?

O sistema de saúde reflete a segmentação da sociedade Brasileira. Da forma como está organizado contribui para iniquidades no acesso e no financiamento, incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços que são pontos de estrangulamento do sistema público (MAC, SADT, medicamentos), além de não diminuir a pressão da demanda por serviços e não contribuir para a concretização dos princípios do Sistema Nacional de Saúde.

11. FINANCIAMENTO

As principais características do financiamento da saúde podem ser sintetizadas em cinco pontos: (1) O gasto é predominantemente privado (das famílias), apesar da existência do sistema público universal; (2) O financiamento público está presente em todos os segmentos do sistema; (3) A participação do setor público é baixa, quando comparada a outros países, embora tenha aumentado discretamente desde 2000; (4) No Brasil, diferentemente de países com cobertura universal como Canadá e Inglaterra, o segmento de planos e seguros privados não é

complementar, mas duplicado em relação ao SUS e (5) O gasto privado direto das famílias é muito elevado.

Em termos mundiais praticamente todos os países têm sistemas de saúde com financiamento misto (fontes públicas e privadas). A diferença está na proporção das participações das fontes públicas e das fontes privadas.

O gasto total em saúde no Brasil é de 8,8% do PIB, destes apenas 3,83 % (43,6%) são recursos públicos, os outros 4,96% (56,4%) são gastos privados. A composição do gasto em saúde, em 2009, foi de 32,26% privado (out of pocket), 24,13% privado (planos e seguros) e 43,6% público. Nos países da OCDE o gasto público é próximo de 70% e em países da América Latina como Argentina, Uruguai e Colômbia, são, respectivamente, 66%, 65% e 72,7% (OMS, 2012).

O gasto público com saúde no Brasil é baixo, considerando que o SUS é de acesso universal, de atendimento integral e o financiamento público não se destina somente ao SUS. Isso sinaliza que, além do pouco montante envolvido, não houve uma clara escolha pela saúde pública.

O financiamento público está em todo o sistema: no SUS, nos funcionários civis e militares, nas ONGs, nos Planos e Seguros de Saúde e no desembolso direto por meio de renúncia fiscal. A renúncia fiscal, em 2012, segundo dados da receita federal, atingiu R\$ 16,00 bilhões (11,6% do gasto público de 2010), sendo R\$ 7,86 bilhões de Imposto de Renda de Pessoa Física, R\$ 2,58 bilhões Imposto de Renda de Pessoa Jurídica, R\$ 2,1 bilhões Instituições sem finalidade lucrativa, R\$ 0,8 bilhões para produtos químico farmacêuticos e R\$ 2,84 bilhões de medicamentos. A assistência à saúde seletiva dos funcionários atingiu R\$ 2 bilhões/ano.

Mas isso é possível mudar. Há exemplos de países que acabaram com os subsídios como: Espanha, Finlândia, Suécia e Reino Unido, além de outros que definiram limites para esses subsídios como Portugal que dá subsídios para gastos realizados por pessoa física (OOP/dedução integral e PHI/dedução limitada), França que não subsidia gasto privado direto, Irlanda onde os subsídios são para gastos realizados por pessoa física com PHI, Alemanha e Itália que subsidiam OOP e PHI, Canadá: subsidia OOP e EUA: subsídio OOP e PHI.

Além disso, quase 50% do gasto do Orçamento Geral da União brasileiro é para pagamento dos encargos da dívida. A verdade é que o que resta para as políticas sociais são migalhas.

12. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Ainda se conhece pouco sobre os recursos humanos da saúde e dos efeitos das políticas neoliberais sobre eles, sobre a formação, distribuição, desempenho, produtividade e a gestão do trabalho. As instituições de ensino formam para o mercado e o setor privado compete com vantagem sobre o SUS na absorção dos trabalhadores da saúde.

Temos que discutir como promover as condições para que o desempenho dos trabalhadores seja melhorado. Para isso, primeiro é necessário explicitar claramente os objetivos do que se quer. Em segundo lugar, preocupar-se com aqueles que trabalham: valorizar os trabalhadores valorizando suas condições de trabalho, seu aperfeiçoamento profissional, suas carreiras e remuneração, e incorporá-los nos processos de decisão, ouvi-los. A participação é central e para isso tem um conjunto de mecanismos disponíveis, entre eles os relacionados com a qualidade do serviço, reconhecidos em outras partes do mundo e que incorporam essa questão. Por último, incorporar o trabalho em equipe. Há um reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe e de instituir novos arranjos para o desenvolvimento deste trabalho, como o apoio matricial entre outros.

É preciso reconhecer e canalizar a insatisfação dos trabalhadores da saúde, tanto com as condições de trabalho que dispõe como com o resultado do trabalho que realizam. Falta um pacto entre os trabalhadores do setor e a gestão do SUS. Apesar da atribuição legal, o SUS não conseguiu condições para regular a formação e a alocação dos trabalhadores da saúde.

13. MOVIMENTOS DE RUA

Os movimentos de rua que se observam em várias partes do mundo, em grande medida se caracterizam pela horizontalidade e pela provisoriedade, sem se vincularem, necessariamente, a um projeto de ruptura com o *status quo*. Não se observa uma adesão com base em bandeiras ideológicas, mas como resultado de uma sociedade cruel, instável, insegura e pautada na flexibilidade e na individualidade. Mobilizam milhões de pessoas em várias partes do mundo, ou seja, é um movimento internacional, que, aparentemente, não se caracteriza por clivagem de classe, mas geracional. É uma nova época em que se aponta – nas ruas e nas redes – o que se tornou intolerável nas sociedades.

No Brasil, os movimentos observados a partir de junho de 2013 foram capazes de levar milhares de pessoas às ruas e colocar em xeque o executivo e o legislativo. Deslocaram, tiraram as coisas do lugar e contribuíram para recolocar a saúde na agenda política. São movimentos que conformam diferentes formas de militância política, com diferentes aspirações as quais precisam ser ouvidas e traduzidas pelo MRS.

Desde a criação do SUS, a política de saúde brasileira e as tentativas de democratização se deram no campo institucional e entidades da sociedade organizada, são pouco conhecidas destes movimentos, é preciso saber traduzir para além das siglas, é preciso saber fazer-se entender. Quem produz o conceito tem a obrigação de se fazer explicar, de se fazer entender por todos.

O SUS é ainda acadêmico, técnico, não se constituiu ainda como popular. Não estamos conseguindo popularizar o debate para que o SUS seja apropriado pelo conjunto da população e assim possa ser construída a contra-hegemonia necessária para que a saúde seja compreendida como um direito. O SUS está perdendo articulação, não é compreendido como direito, é compreendido como um serviço público estatal mal feito.

O MRS precisa se integrar não só trazendo os outros movimentos sociais, mas indo para os outros lugares, compor com os diversos atores uma pauta conjunta por direitos sociais e reformas estruturais. É importante parar de falar para nós mesmos e falar para quem não é do MRS, tentar reproduzir, atualizar a agitação, a mobilização e a luta do movimento que conquistou o SUS nos anos 80. Certamente temos muito que falar para fora, fica o desafio de que estratégia utilizar. Há potência social e política para deslocar a agenda pró-SUS.

Cabe reafirmar que há um ponto de conexão entre os históricos da reforma sanitária e essa gente jovem que se identifica com o ideário. Tanto os antigos como os novos militantes da reforma sanitária não estão satisfeitos com o SUS que ai está e tem clareza do SUS que se quer construir. Nisso há uma possibilidade real de encontro, de comunicação entre as gerações.

Se os interesses dos jovens não conseguem entrar na agenda do MRS, para onde essa nova geração vai? O que fazer com estruturas criadas para mundos tão diferentes, que diante da realidade tem que enfrentar a mudança? Nós perdemos a disputa cultural no país, e estamos perdendo as disputas populares na rua. A resposta do MRS às ruas deve ser a defesa intransigente de um sistema público universal.

14. O SUS E A SOCIEDADE BRASILEIRA

O MRS contribuiu para aprovar outro projeto de sociedade, uma sociedade de direitos, mas esses direitos ainda precisam ser concretizados. Fabricamos um modo de lutar pela conquista de direitos sociais que acumula experiência para um dia efetivar as políticas sociais universalistas. Há uma maioria de trabalhadores da saúde insatisfeita com o SUS. Também a maioria dos consumidores de planos privados não está satisfeita, é importante potencializar essas insatisfações em prol do SUS.

Admite-se que faltou construir uma consciência social hegemônica após a constituinte, uma consciência sanitária na sociedade como um todo. A nova geração precisa acreditar que é possível mudar o cenário.

Quando as várias vozes pedem por mais saúde, isso não quer dizer que estão pedindo por mais SUS. O que está de fato no imaginário da população? Aqui no Brasil, nenhuma classe social assumiu a saúde como necessariamente pública. Uma prova disso são os trabalhadores, organizados nos sindicatos, que gritam por planos privados de saúde e por fundos de pensão em detrimento da seguridade social e do SUS público.

Como legitimar o SUS como um direito de cidadania, um direito social, uma política de Estado? Para isso é preciso construir o SUS com os trabalhadores descontentes, com os usuários dos planos insatisfeitos, com os jovens insurgentes.

A repolitização da saúde implica em admitir que se procura a recuperação atualizada de algo que ocorreu no passado, com o qual se identifica, este é o ponto de conexão, que deve ser atualizado com novas táticas e estratégias. Há uma pulverização dos movimentos que lutam pela saúde, é preciso forjar uma unidade, constituindo um amplo movimento a partir da base da sociedade. O grande desafio do MRS é romper com o isolamento político que se encontra e disseminar seus ideais na sociedade.

Existe o perigo concreto de o SUS se consolidar como um sistema pobre para pobres, esta é a visão que está sendo transmitida pela grande mídia. As políticas de saúde, de fato, parecem caminhar para este sentido. Se o SUS tivesse ganhado força, a caridade teria perdido, mas não é isto que está ocorrendo. Esta é uma questão ideológica e ela venceu – temporariamente.

Ser a favor do SUS implica, necessariamente, ser contra a política econômica do governo e contra o capitalismo neoliberal.

15. OUTROS TEMAS A SEREM INCORPORADOS NA AGENDA DO CEBES

Entre as diversas bandeiras do MRS, deve estar a luta pela democratização dos meios de comunicação, do direito de comunicação. Os veículos não são empresas, são concessões públicas para levar informação para o público. Os grupos privados fazem dessa concessão uma empresa. Por isso se torna tão urgente, para a democracia, a questão da democratização da comunicação.

Trazer para o debate a discussão sobre qualidade da assistência, medicalização da sociedade, aborto, práticas tradicionais, drogas (legalização da maconha), violência, questão indígena, pobreza, ambiente, contaminação dos alimentos por agrotóxicos, reforma política, que

tem relação direta com o financiamento de campanha pelos planos e seguros privados de saúde e combater os retrocessos da política de saúde mental como a internação compulsória.