

Planos de saúde e o SUS

Uma relação predatória

José Sestelo

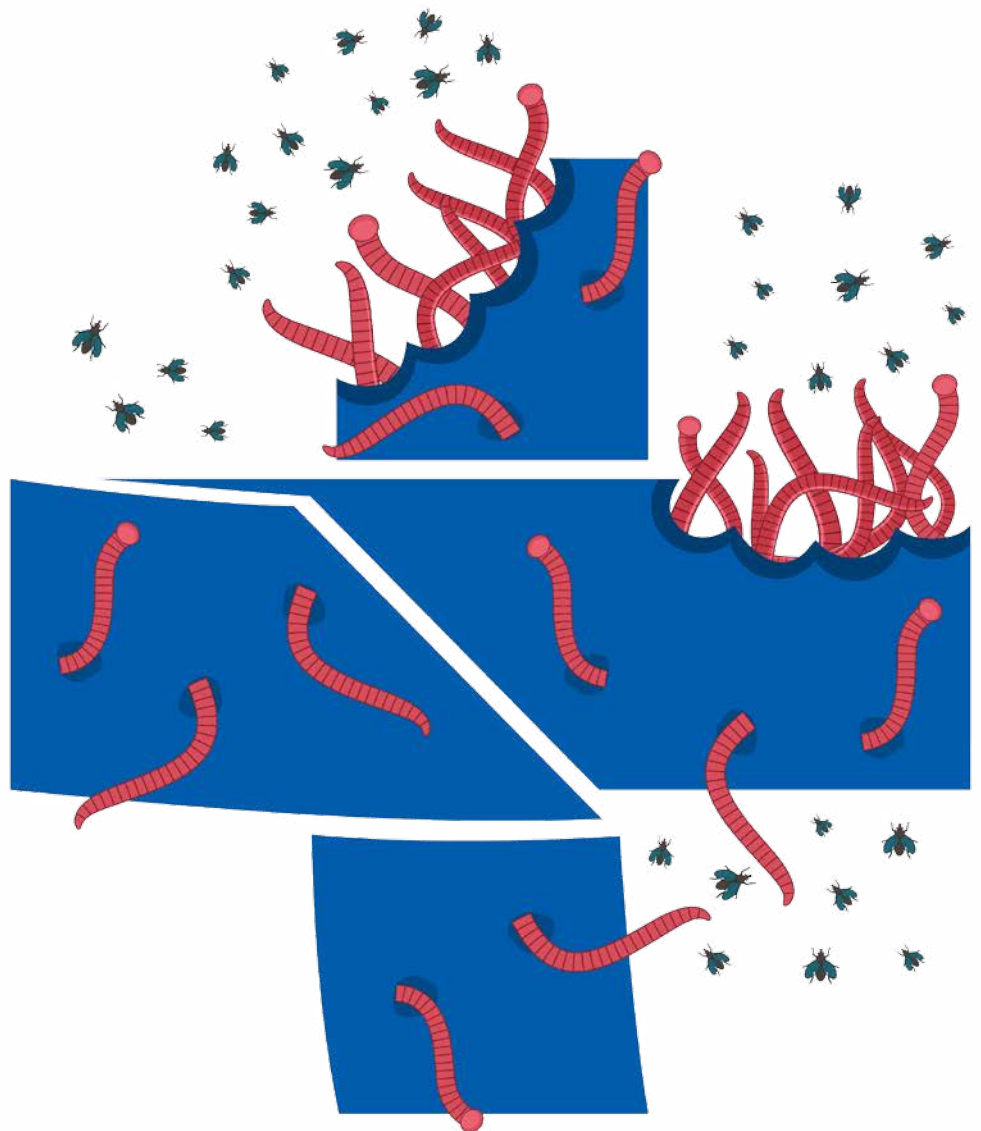
Ligia Bahia

Alcides Miranda

Élida Hennington

Lisiane Bôer Possa

Carlos Ocké



Leia também

■ João Ladeira

■ Cris Serra

SUS

Planos de saúde e o SUS. Uma relação predatória

Os planos de saúde privados estão gestando uma nova ofensiva sobre o sistema público. Ao contrário do que se imagina, e que normalmente ocorre quando o tema é a privatização, a ideia não é acabar com o SUS e conceder a empresas a gestão e a assistência à saúde. O sonho das operadoras é liberdade de mercado para venderem e entregarem somente o que quiserem, empurrando para o sistema público o que é mais oneroso e que compromete os seus lucros. Constitui-se uma espécie de relação parasitária entre planos privados de saúde e o SUS.

A edição da revista **IHU On-Line** desta semana debate o tema com especialistas e gestores que atuam na área da saúde pública.

José Antonio de Freitas Sestelo, dentista e doutor em Saúde Coletiva, compreende essa ação dos planos privados como uma manifestação do capitalismo de nosso tempo, aplicado ao campo da saúde. Para ele, “o comércio de planos e seguros de saúde não quer se apresentar, e não se apresenta, como uma ameaça de extinção para o sistema público”. O que de fato se quer é “controlar, ajustar e subordinar o funcionamento do SUS à lógica de acumulação privada de capital e concentração de recursos assistenciais.

A professora da UFRJ **Ligia Bahia**, doutora em Saúde Pública, chama atenção para a ideia de criação dos chamados “planos de saúde populares”, que escondem um alto custo e baixa efetividade em atendimento e assistência. “São mercadorias que denominamos ‘Melhoral e copo d’água’, pois os clientes pagam mensalmente e quando precisarem terão que recorrer ao SUS”, destaca.

Diante dessa ofensiva, o sistema privado de saúde naturaliza o fato de o SUS ser relegado a um plano complementar. É o que aponta o médico **Alcides Silva de Miranda**, doutor em Saúde Coletiva. “Em função de subfinanciamento crônico e de sucessivos erros estratégicos de políticas governamentais (alguns intencionais), o SUS se tornou ‘complementar’ ao setor privado (constitucionalmente deveria ser o inverso)”, sintetiza.

Élida Azevedo Hennington, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, toca num ponto delicado: a defesa que se faz do SUS, enquanto se busca atendimento dos planos privados. Para ela, são movimentos que têm origem no subfinanciamento do SUS e na dificuldade de efe-

tivação da assistência pública, que empurram usuários para o sistema privado. O caminho, segundo a professora, passa pelo “fortalecimento de uma consciência crítica que favoreça a defesa daquilo que é público, do uso adequado dos impostos que pagamos, do compromisso dos governantes para o direcionamento dos recursos para as políticas sociais”.

Professora do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, **Lisiane Bôer Possa** analisa como para os planos privados é importante ter o domínio sobre a regulação estatal. “A interferência que querem que diminua é da regulamentação sobre as suas responsabilidades assistenciais, para ampliar sua clientela através da venda de planos e seguros baratos com ofertas de cestas básicas assistenciais para os pobres, e sobre os reajustes”, resume.

Carlos Octávio Ocké-Reis, doutor em Saúde Coletiva, também chama a atenção de que, na mesma medida em que a regulação estatal vai sendo cooptada, o SUS vem sendo desidratado pelas orientações tecnocráticas e neoliberais de muitos governos. “A estratificação de clientela acabou sendo, portanto, um espinho na carne dos sanitaristas: superamos o seguro social, mas caímos nas garras do seguro privado, na contramão do modelo universal”, pontua.

Também pode ser lido o artigo de **João La-deira**, em que analisa o filme *Bacurau* (2019), e a entrevista com **Cris Serra**, psicóloga, sobre os desafios da inserção da comunidade LGBT na Igreja.

A todas e a todos uma boa leitura e uma excelente semana!



Capa: arte Jonathan Camargo/IHU

Sumário

- 4 ■ **Temas em destaque**
- 6 ■ **Agenda**
- 8 ■ **Cris Serra** | O impacto dos gestos concretos de acolhimento de Francisco para a comunidade LGBTQ+
- 14 ■ **Tema de capa | José Antonio de Freitas Sestelo**: A relação predatória e concorrencial dos Planos de Saúde com o SUS
- 22 ■ **Tema de capa | Lígia Bahia**: Os riscos dos planos de saúde que só oferecem “Melhoral e copo d’água”
- 26 ■ **Tema de capa | Alcides Silva de Miranda**: O SUS reduzido a sistema complementar do setor privado
- 34 ■ **Tema de capa | Élica Azevedo Hennington**: Defensores do sistema público, mas usuários de planos de saúde
- 38 ■ **Tema de capa | Lisiane Bôer Possa**: Regulação estatal sim, mas só se for para aumentar o lucro de planos privados
- 48 ■ **Tema de capa | Carlos Octávio Ocké-Reis**: Ferindo os pressupostos constitucionais do SUS, governo federal amplia a desigualdade de acessos à saúde
- 52 ■ **Cinema | João Martins Ladeira**: Os muitos êxitos de Bacurau
- 55 ■ **Outras edições**

IHU ON-LINE
Revista do Instituto Humanitas Unisinos

ISSN 1981-8769 (impresso)

ISSN 1981-8793 (on-line)

A IHU On-Line é a revista do **Instituto Humanitas Unisinos - IHU**. Esta publicação pode ser acessada às segundas-feiras no sítio www.ihu.unisinos.br e no endereço www.ihuonline.unisinos.br.

A versão impressa circula às terças-feiras, a partir das 8 horas, na Unisinos. O conteúdo da IHU On-Line é copyleft.

Diretor de Redação

Inácio Neutzling
(inacio@unisinos.br)

Coordenador de Comunicação - IHU

Ricardo Machado – MTB 15.598/RS
(ricardom@unisinos.br)

Redação

João Vítor Santos – MTB 13.051/RS
(joaovs@unisinos.br)

Patricia Fachin – MTB 13.062/RS
(prfachin@unisinos.br)

Wagner Fernandes de Azevedo
(wfazevedo@unisinos.br)

Revisão

Carla Bigliardi

Projeto Gráfico

Ricardo Machado

Editoração

Gustavo Guedes Weber

Atualização diária do sítio

Inácio Neutzling, César Sanson,

Patrícia Fachin, Cristina Guerini, Evelyne Zilch, Stefany de Jesus Rocha, Wagner Fernandes de Azevedo e Amanda Bier.



INSTITUTO
HUMANITAS
UNISINOS



UNISINOS

Instituto Humanitas Unisinos - IHU

Av. Unisinos, 950 | São Leopoldo / RS
CEP: 93022-000

Telefone: 51 3591 1122 | Ramal 4128
e-mail: humanitas@unisinos.br

Diretor: Inácio Neutzling
Gerente Administrativo: Nestor Pilz
(nestor@unisinos.br)

Entrevistas completas em www.ihu.unisinos.br/maisnoticias/noticias

Confira algumas entrevistas publicadas no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU na última semana.

Os sociólogos distraídos e a invasão ideológica nas Ciências Sociais



De acordo com o professor José de Souza Martins, a distração dos sociólogos brasileiros com os rumos do país sinaliza um outro problema: a invasão ideológica neutralizou a ciência.

José de Souza Martins é graduado em Ciências Sociais, mestre e doutor em Sociologia pela Universidade de São Paulo - USP. Disponível em <http://bit.ly/2kc7IAN>.

Amazônia e os militares: a tríade ocupação-desenvolvimento-soberania é indissociável



A “preocupação” dos militares com o Sínodo Pan-Amazônico “remete às divergências já bastante documentadas entre o setor progressista da Igreja Católica, as pastorais e as Forças Armadas durante a luta pela demarcação das terras indígenas no Brasil”.

Adriana Marques leciona no Bacharelado em Defesa e Gestão Estratégica Internacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Disponível em: <http://bit.ly/2mc8WXX>.

4

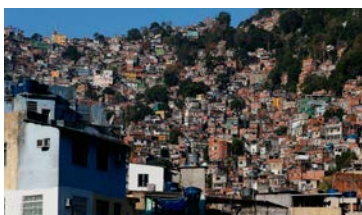
Os desafios da Defensoria Pública



O maior desafio da Defensoria Pública “é demonstrar que muito mais do que ‘defender bandido’, a Defensoria faz um longo trabalho de constituição e reconhecimento da moradia digna, de empoderamento das comunidades e das mulheres vítimas da violência”.

Isabel Wexel é defensora Pública do estado do RS e integrante do Núcleo pela Moradia. Disponível em: <http://bit.ly/2ISVvVF>.

A milícia avança nos territórios do Comando Vermelho



“O padrão da milícia é entrar, eliminar o CV, dar entrada para o Terceiro Comando Puro e fazer o acordo com ele”, relata o sociólogo José Cláudio Alves.

José Cláudio Alves é doutor em sociologia pela USP e professor na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bit.ly/2INzwGJ>.

A empresa do tráfico de drogas e a proliferação da pobreza no Norte e Nordeste



Os altos índices de violência nos estados do Norte e Nordeste podem ser explicados pelo fato de que essas regiões foram privadas de “políticas públicas de desenvolvimento regional”.

Roberto Reis Netto é professor do curso de graduação em Direito, na Escola Superior Madre Celeste - ESMAC, e instrutor no Instituto de Ensino de Segurança Pública do Pará - IESP. Disponível em: <http://bit.ly/2IKaM1W>.

**Textos na íntegra em www.ihu.unisinos.br/maisnoticias/noticias**

Confira algumas notícias públicas recentemente no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU

A desatenção e as ideologias que inebriam entendimento de um Brasil real

José de Souza Martins, em sua palestra na Unisinos, disse que é preciso estar atento à realidade local, com as suas particularidades. Por isso, se torna inviável a simples aplicabilidade de teorias importadas. “Não dá para aplicar, porque somos outras sociedades. As sociedades têm originalidade. E o Brasil tem a sua”, reitera.

Reportagem de João Vitor Santos, publicada nas Notícias do Dia de 11-9-2019, disponível em <http://bit.ly/2mbcdXt>.

“Aversão profunda” de Bolsonaro aos indígenas define políticas do governo, diz sertanista

Para Sydney Possuelo, indigenista e ex-presidente da Funai, Bolsonaro é influenciado por corrente militar que se opõe a Rondon e prega a extinção das culturas indígenas.

A reportagem é de Vasconcelo Quadros, publicada por Agência Pública, 4-9-2019 e reproduzida nas Notícias do Dia de 10-9-2019, disponível em <http://bit.ly/2kEp4kv>.

‘Quem mora na periferia recebe a maior dose de poluição’, alerta médico

“Onde tem mais carro, tem mais poluição. Mas quem leva o carbono nos pulmões? Quem mora na periferia”, afirma Paulo Saldiva. “É justamente esse pessoal que tem menos condições de controlar doenças cardíacas, a saúde respiratória, diabetes, é quem vai receber a maior dose de poluição.”

A entrevista é de Mariana Alvim, publicada por BBC Brasil, reproduzida nas Notícias do Dia de 9-9-2019, disponível em <http://bit.ly/2kGLS2Z>.

5

O Papa Francisco e a crise climática: “Vamos salvar as florestas”

Francisco fala ao mundo: se é verdade, de fato, que algumas atividades que interferem no meio ambiente “são aquelas que garantem no momento sua sobrevivência”, é igualmente evidente que o próprio ambiente precisa de “proteção”.

A reportagem é de Paolo Rodari, publicada por La Repubblica, reproduzida nas Notícias do Dia de 9-9-2019, disponível em <http://bit.ly/2mbdFsT>.

“A desigualdade é ideológica e política”: extratos do novo livro de Thomas Piketty

O economista francês publica, nessa quinta-feira, 12 de setembro, pelas edições Seuil, Capital e Ideologia, um livro que investiga a formação e a justificativa das desigualdades. Le Monde publica alguns extratos.

Os fragmentos do novo livro de Thomas Piketty foram reproduzidos nas Notícias do Dia de 12-9-2019, disponível em: <http://bit.ly/2mbGPYN>.

“O reacionário quer ser o mestre da história”. Entrevista com Mark Lilla

Em Esprit de réaction (Espírito de reação, Desclée de Brouwer), o cientista político norte-americano Mark Lilla se pergunta por que a nostalgia está experimentando um reavivamento entre os dirigentes populistas.

A entrevista é de Pascale Tournier, publicada por La Vie, reproduzida nas Notícias do Dia de 13-9-2019, disponível: <http://bit.ly/2m8V3JV>.

Programação completa em ihu.unisinos.br/eventos

Ecofeira Unisinos

18/set

Horário
13h às 14h

Cine-vídeo
Liberação de agrotóxicos pode causar epidemia de doenças em humanos

Local
Corredor Central –
Em frente ao IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo

A exploração do Rio Grande do Sul como nova fronteira mineral para empresas transnacionais

19/set

Horário
17h30min

Conferencista
Dr. Caio Santos – UFRGS

Local
Sala Ignacio Ellacuría e
Companheiros – IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo

EAD: Jesus e o Reino no Evangelho de Marcos

22/set

Quarta etapa:
Formação dos discípulos e compromisso para hoje – Quem é Jesus? O que significa o seguimento pela cruz? (Mc 8,27–13,37)

6

Oficina das bases de dados do DataSUS

24/set

Horário
14h30min às 17h

Conferencistas
Profa. Dra. Veralice Maria
Gonçalves – Escola de
Saúde Pública do RS

Local
Sala de Informática –
B09 008
Campus Unisinos
São Leopoldo

Cinedebate: Fahrenheit 451 (Direção: François Truffaut. Reino Unido, 1966)

24/set

Horário
16h às 19h30min

Conferencista
Profa. Dra. Nísia Martins
do Rosário – UFRGS

Local
Sala Ignacio Ellacuría e
Companheiros – IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo

Oficina: Construindo sua horta

25/set

Horário
14h às 16h

Conferencista
Daiani Fraporti dos Santos,
Denise Maria Schnorr e
Gelson Luiz Fiorentin –
PASEC – Unisinos

Local
Horta da Gastronomia
Campus Unisinos
São Leopoldo

2º Ciclo de Estudos
a CHINA
e o mundo
A (re)configuração geopolítica global

Investimento direto e comércio exterior. A abordagem da
China para o Brasil e a América Latina
Prof. Dr. Bruno Hendler – UFSM

29 de outubro de 2019 | 9h às 10h30min | Sala TEDU 603
Campus Unisinos Porto Alegre

ihu.unisinos.br/evento/china



“GIG - A Uberização do Trabalho”
Exibição e debate do filme documentário de Carlos Juliano Barros

25/set

Horário
17h às 19h

O debate será coordenado pelo Prof. Dr. Rafael Grohmann – Unisinos

Local
Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo

Ecofeira Unisinos

02/out

Horário
13h às 14h

Cine-vídeo
Projeto PANCs – plantas alimentícias não convencionais (Valdely Kinupp, Coletivo Catarse)

Local
Corredor Central –
Em frente ao IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo


Direito à cidade, colonialidade e território. A disputa pelo Cais Mauá


02/out

Horário
17h30min

Conferencista
Dra. Karina Macedo Fernandes – TJ-RS

Local
Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos
São Leopoldo



 JESUÍTAS BRASIL

Revolução 4.0


Impactos nos modos de produzir e viver
5º Ciclo de Estudos


Revolução 4.0, atividades científicas e os valores. Impactos nos processos de educação e formação

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto – UERJ

17 de outubro de 2019
19h30min às 22h
Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos São Leopoldo

ihu.unisinos.br/evento/ciclo-revolucao-4-0

 INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS

 UNISINOS
DESAFIO O AMANHÃ.

O impacto dos gestos concretos de acolhimento de Francisco para a comunidade LGBTQ+

Para Cris Serra, o pontífice “não se limita a defender uma ‘Igreja em saída’; ele demonstra o que diz com seus atos

Ricardo Machado | Edição: Patricia Fachin

8

A “imagem *gay-friendly*” do papa Francisco, construída em contraste com seus dois últimos antecessores, não contempla as declarações do pontífice condenando a teoria de gênero. Apesar desta posição aparentemente antagônica, a mudança de enfoque pastoral de seu pontificado “é inegável”, pontua Cris Serra, pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – CLAM, coordenadora nacional da Rede Nacional de Grupos Católicos LGBTQ e ativista de Católicas pelo Direito de Decidir. “Francisco não se limita a defender uma ‘Igreja em saída’, uma Igreja que vá em direção às periferias, uma Igreja de ‘pastores com cheiro de ovelha’. Ele demonstra o que diz com seus atos ao receber em audiência o homem trans espanhol e sua companheira; ao lavar os pés da travesti numa Quinta-feira Santa; ao dizer para o *gay* chileno vítima de abuso por sacerdotes que Deus o fez assim e o ama como ele é; ao receber o grupo de católicos LGBTQ ingleses; entre tantas outras iniciativas”, afirma.

Na entrevista a seguir, concedida por e-mail para a **IHU On-Line**, Cris Serra ressalta que “esses gestos concretos de acolhimento por parte do Papa, por mais que ele afirme e reafirme que não passa de ‘um filho da Igreja’ e que ‘a doutrina da Igreja é uma só e permanece a mesma’, têm um impacto efetivo justamente por entrarem em profunda contradição com toda a atitude moralista, de condenação e exclusão, que foi preponderante nos dois pontificados anteriores”.

A psicóloga também reflete sobre o ativismo em prol da diversidade sexual e de gênero nas comunidades cris-

tãs e salienta os desafios no interior do cristianismo. “Os desafios são muitos; contudo, de longe o principal, hoje, no tocante aos cristianismos em geral e ao catolicismo romano em particular, são os ataques antigênero, a partir da criação da famigerada ‘ideologia de gênero’. Essa expressão, criada para deslegitimar simultaneamente o campo de estudos de gênero, os movimentos LGBTQ+ e feminista e as lutas pela garantia e expansão de direitos sexuais e reprodutivos, foi forjada e elaborada inicialmente em ambientes católicos, a partir dos anos 1990, e depois adotada e disseminada também por segmentos de outras igrejas cristãs – bem como por movimentos, grupos e atores que se apresentam como cristãos e/ou se valem de um vocabulário e uma retórica (supostamente) cristãos”.

Cris Serra é psicóloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, com pesquisa em gênero e religião. Ela esteve no Instituto Humanitas Unisinos – IHU no dia 20-8-2019, apresentando seu livro *Vimos pra comungar: Os grupos de católicos LGBTQ brasileiros e suas estratégias de permanência na Igreja* (Rio de Janeiro: Metanoia editora, 2019).

A entrevista foi originalmente publicada nas Notícias do Dia de 13-09-2019, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU, disponível em <http://bit.ly/2kyBgn3>

Confira a entrevista.

“O sintagma “ideologia de gênero” serve para amalgamar todos os elementos que escapam, questionam ou criticam um determinado ordenamento normativo de gênero e sexualidade”

IHU On-Line – De onde vem a ideia de que diversidade sexual e religião são dimensões incompatíveis?

Cris Serra - A oposição entre “sexualidade” e “religião” como dimensões dicotômicas e inconciliáveis é uma característica muito central e peculiar da visão de mundo ocidental moderna. Predomina na modernidade ocidental uma representação da “religião” como um domínio antiquado (quando não retrógrado, ou mesmo obscurantista) e pudico (ou mesmo francamente repressivo). Em contraste, a “sexualidade” corresponderia ao que há de mais expressivo e autêntico em termos da “verdade de si” dos sujeitos. Entretanto, tanto essas duas categorias quanto o antagonismo entre elas são resultado de uma construção cultural que é situada historicamente, como nos lembra o antropólogo Talal Asad. Há que se ter em mente que esse entendimento do que seja o “religioso” tem raízes no Iluminismo, quando se consolidou a atribuição de um caráter “ilusório” à “religião”, entendida como sendo da ordem da “crença” e, portanto, identificada com o domínio da subjetividade. Estabeleceu-se, assim, a inferioridade da “religião” em relação à “ciência” como fonte de conhecimento sobre o mundo “objetivo”.

No caso da diversidade sexual e de gênero, sua suposta incompatibilidade com o que seja o “religioso” é reforçada pela maneira como o constante diálogo entre a religião – especialmente os cristianismos, que nos interessam aqui – e as lutas pela ga-

rantia e expansão de direitos daquela parcela da população hoje abrigada sob siglas como LGBT, LGBTQI, LGBTI+ e afins vem sendo invisibilizado tanto quando se conta a história dessas lutas quanto quando se rememora a trajetória recente dos cristianismos. De fato (e a despeito desse apagamento), à medida que se organizava, ao longo do século XX, um ativismo em prol da diversidade sexual e de gênero, e à medida que emergiam e se consolidavam novas identidades, despontaram em diferentes ambientes cristãos iniciativas de atenção pastoral e debates acerca das concepções vigentes sobre a sexualidade em geral, e a diversidade sexual e de gênero em particular. Inaugurou-se, assim, uma interlocução constante, que se deu – e continua se dando – nos mais diversos âmbitos: nas orações e elaborações pessoais e comunitárias dos cristãos e cristãs; nas atividades paroquiais; nas pastorais da família, da juventude e outras; nos seminários e outras esferas de formação de religiosos; nas instituições de ensino cristãs; na academia; em diferentes campos da teologia; e muitos outros.

Trata-se de um diálogo multilateral e multidimensional, no sentido de que não são apenas cristãos refletindo sobre a “diversidade sexual” como algo que lhes é estranho e alheio. Cristãos e cristãs são também pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgênero, queer, intersexo – e acrescenta-se aqui quaisquer outras identidades que venham a se constituir e se consolidar socialmente. Cristãos e cristãs são também pais e mães, irmãos

e irmãs, filhos, primos, sobrinhos, amigos, amigas, vizinhos, conhecidos de pessoas LGBTQI+. Historicamente, cristãos e cristãs se sentiram e sentem chamados a refletir, de maneira sistemática ou não, sobre identidades, sexualidades, orientações sexuais, experiências de gênero, desde suas próprias vivências religiosas e concepções cristãs – e, do mesmo modo, sobre suas vivências religiosas e concepções também desde suas próprias identidades, sexualidades, orientações sexuais, experiências de gênero. E essas reflexões, em seu conjunto, são muito mais ricas, matizadas e multifacetadas do que a ênfase de alguns na univocidade, na unidirecionalidade e na ortodoxia das doutrinas cristãs, dos discursos eclesiais oficiais e da autoridade magisterial podem nos levar a crer. Para além do discurso hegemônico sobre sexualidade e gênero nos cristianismos, há uma multiplicidade de concepções contra-hegemônicas que atravessam desde as atividades pastorais mais “pé no chão” até as elaborações teológicas mais sofisticadas – e se somam aos discursos oficiais para compor uma vasta rede de linhas de força que se cruzam e se tensionam, em permanente negociação e busca de legitimação.

IHU On-Line – Quais são os desafios no mundo contemporâneo no que concerne às relações entre sexualidade e confissões religiosas?

Cris Serra - Os desafios são muitos; contudo, de longe o principal, hoje, no tocante aos cristianismos

em geral e ao catolicismo romano em particular, são os ataques anti-gênero, a partir da criação da famigerada “ideologia de gênero”. Essa expressão, criada para deslegitimar simultaneamente o campo de estudos de gênero, os movimentos LGBTI+ e feminista e as lutas pela garantia e expansão de direitos sexuais e reprodutivos, foi forjada e elaborada inicialmente em ambientes católicos, a partir dos anos 1990, e depois adotada e disseminada também por segmentos de outras igrejas cristãs – bem como por movimentos, grupos e atores que se apresentam como cristãos e/ou se valem de um vocabulário e uma retórica (supostamente) cristãos. Sobretudo na Europa (onde é chamada também de “teoria do gender”) e América Latina, tornou-se uma arma crucial no debate público, servindo de “aglutinante simbólico” para consolidar alianças que agregam os mais diferentes interesses e grupos os mais distintos em torno de agendas que vão diretamente de encontro à perspectiva dos direitos humanos e à lógica democrática. Vem sendo, inclusive, um dos eixos em torno dos quais tem se articulado a escalada do populismo de extrema direita nesses dois continentes.

O sintagma “ideologia de gênero” serve para amalgamar todos os elementos que escapam, questionam ou criticam um determinado ordenamento normativo de gênero e sexualidade. Tal ordenamento baseia-se na essencialização e naturalização do que seja ou signifique ser “homem” e “mulher”; na suposta universalidade e compulsoriedade da cis-heterossexualidade; em uma concepção reificada de família, reduzida única e exclusivamente àquela composta por um casal heterossexual e seus filhos e organizada segundo uma hierarquia que sobrepõe os homens às mulheres e os adultos aos jovens e crianças, nessa ordem. Qualquer alternativa que escape a tais normas, assim estritamente definidas, é inferiorizada – quando não patologizada, ou mesmo criminalizada – e marginalizada.

Em termos retóricos, é uma estratégia muito inteligente. Ao insistir em caracterizar como “ideológico” todo e qualquer alvo de seus ataques, a posição antigênero – ainda mais por ser articulada em linguagem cristã – reforça sua própria sacralidade. Afinal, “ideologia” é sempre o que “o outro” defende. O que “eu” defendo é “ordem natural”, “ordem sagrada”, “ordem divina”, “transcendente”. Evidentemente, trata-se de uma inverdade. A norma cis-heterossexual é tão arbitrária, construída social e culturalmente e situada historicamente – e, portanto, “ideológica” – quanto qualquer outra.

Desse modo, a “ideologia de gênero” vem se configurando como o rótulo ideal sob o qual arregimentar o que quer que se queira definir como aberrante, abjeto ou abominável. Sejam pessoas LGBT ou feministas, ou seus aliados e aliadas, ou a quem quer que interesse a alguém em dado momento atribuir a pecha de “ideologia de gênero”, esta tem o dom de converter pessoas e grupos inteiros em inumanos, justificando e endossando seu extermínio, simbólico ou real. Nesse sentido, a cruzada antigênero em curso vem se configurando como uma nova perseguição a “feiticeiras” e a “hereges”, cuja definição foi atualizada para nossos tempos. E, como toda “caça às bruxas”, deve ser inequivocamente condenada por sua intolerância, virulência e capacidade de destruição.

IHU On-Line – Em especial, de que ordem é o desafio de superar o preconceito comum de que não é possível ser cristão e LGBT ao mesmo tempo? Como as pessoas que se identificam com essas duas dimensões – cristã e LGBT – lidam com a questão da religiosidade na construção das próprias identidades?

Cris Serra - O desafio mais imediato é o da violência. Além da violência psicológica e, não raro, física das tentativas de “exorcismo”, das orações de “cura e libertação”, das “terapias de reversão”, há a violên-

cia do estigma, que leva à vergonha, ao medo, à culpa, ao silenciamento e à invisibilização. O fantasma do “pecado” ou o temor de ser uma “abominação” acompanha a pessoa mesmo quando ela já foi expulsa ou se autoexilou de sua comunidade de origem, de sua família, das referências religiosas, dos símbolos sagrados e da experiência de fé em que foi socializada. A pessoa muitas vezes é convencida de que carrega algo tão maligno que se crê indigna do amor de Deus ou, de resto, de qualquer forma de amor. Crendo-se condenada à danação eterna, na tentativa de se salvar, deixa-se submeter – ou se submete espontaneamente – a todo tipo de mutilações, do corpo e da alma, chegando não raro ao suicídio. Os grupos de católicos LGBT brasileiros trabalham na perspectiva de um segundo desafio, que representa, em parte, uma superação do primeiro: a autonomização moral. Como ultrapassar a concepção eclesiológica que deposita a prerrogativa da verdade última sobre Deus e do sentido da existência humana na autoridade magisterial e encontrar uma posição de maior autonomia pessoal, através do diálogo e do encontro com Deus no sacrário da consciência (Constituição Dogmática *Gaudium et Spes*, §16) de cada um, de cada uma? Como apropriar-se da autoridade sobre si mesmo, da responsabilidade de enunciar a verdade sobre si, a ponto de superar a atitude apologética e, em vez de pedir permissão para entrar ou permanecer na Igreja, ao contrário, afirmar não só sua presença, mas o direito inalienável de quem simplesmente já está aí e cujo lugar à mesa não será tirado? A inversão promovida por essa mudança de perspectiva é de tal ordem que permite a esses grupos questionar, ao contrário, qual a legitimidade de uma Igreja que se diz seguidora de Cristo mas promove a violência e a exclusão.

IHU On-Line – De que forma se caracterizam os grupos católicos LGBT no Brasil? Quantos existem?

Cris Serra - Os grupos de católicos LGBT no Brasil têm perfis e trajetórias bastante distintos, refletindo uma riqueza e diversidade muito grande de experiências. O primeiro, por exemplo, foi o Diversidade Católica do Rio de Janeiro, que surgiu em 2007 a partir de um pequeno grupo de pessoas que começaram a se reunir para refletir sobre como viver o que chamavam de uma “dupla identidade” – ser católico e ser LGBT. A proposta inicial era criar um site com subsídios para apoiar a possibilidade de conciliar essas duas dimensões; só que, uma vez no ar, o site começou a atrair interessados que entravam em contato perguntando se havia encontros presenciais. As reuniões mensais começaram a partir dessa demanda.

Já o primeiro grupo de São Paulo surgiu por iniciativa do Pe. James Alison, que à época morava aqui no Brasil. O Diversidade Cristã, de Brasília, e o Diversidade Católica de Fortaleza surgiram, ambos, por iniciativa de membros do Diversidade Católica do Rio que se mudaram para essas cidades. Outros grupos surgiram a partir do contato sobretudo com esses coletivos pioneiros. Nesse sentido, a internet em geral e as redes sociais em particular, especialmente o Facebook (e, mais recentemente, aplicativos como o WhatsApp), têm desempenhado um papel muito importante de agregação e formação de comunidade. Graças a elas, pessoas e grupos distantes fisicamente conseguem se encontrar e partilhar experiências e o conhecimento produzido e acumulado através das práticas e especificidades de cada coletivo.

Em 2014, representantes de sete grupos existentes na época – alguns já consolidados, outros ainda em formação – se reuniram no Rio de Janeiro no I Encontro Nacional de Católicos LGBT. Naquela ocasião, foi fundada a Rede Nacional de Grupos Católicos LGBT e lançado um manifesto, que começava afirmando: “nós, cristãs e cristãos católic@s LGBT reunid@s em nosso I Encontro Nacional, no Rio de Janeiro, somos filhas e filhos de Deus

e da Igreja”. Em 2018, aconteceu o II Encontro Nacional de Católicos LGBTI, em São Paulo, com representantes de quinze grupos, de quatro regiões do país. Nesse encontro criou-se uma constituição para a Rede, elegeu-se uma equipe de coordenação para o biênio 2018-2020 e estabeleceram-se metas para esse período, a fim de tornar a Rede mais atuante e efetiva. Pouco mais de um ano depois, neste início de setembro de 2019, o número de grupos reunidos na Rede Nacional já chega a 21: dois no Rio de Janeiro, um em Nova Iguaçu (RJ), dois em São Paulo, um em Campinas (SP), um em Ribeirão Preto (SP), dois em Belo Horizonte, um em Passos (MG), dois em Brasília, um em Curitiba, um em Londrina (PR), um em Maringá (PR), um em Brusque (SC), dois em Fortaleza, um em Iguatu (CE), um em Teresina e um em Mossoró (RN). Uma das tarefas dessa equipe de coordenação é organizar subsídios pastorais para facilitar a formação de novos núcleos, mas alguns grupos, como o Porta da Misericórdia (o segundo grupo de Fortaleza) e o Prisma da Fé (grupo ecumênico de Brasília) vieram se juntar à Rede já consolidados.

Assim, as características dos grupos, como suas origens e formação, são bastante distintas, embora quase todos procurem promover encontros presenciais regulares, em sua maioria mensais, e muitos realizem eventos abertos ao público, ou participem da sua organização junto com outros parceiros. Na maioria dos casos, a partilha de experiências e o acolhimento são partes importantes desses encontros, como também a oração, a busca de desenvolvimento espiritual e, sempre que possível, a celebração eucarística. Alguns desses coletivos surgiram a partir do interesse de religiosos ordenados ou mesmo de leigos que desejavam realizar um trabalho pastoral junto a pessoas LGBT. O segundo grupo do Rio de Janeiro, o Abraço Cristão, foi criado numa paróquia do bairro do Recreio (Zona Oeste) a partir da movimentação de paroquianos que eram pais de pessoas LGBT. Entretanto, a maioria nasce

da iniciativa de católicas e católicos leigos que se identificam como LGBT e procuram criar espaços de partilha, acolhimento e vivência da fé em comunidade. Em sua maioria, os grupos contam com a direção espiritual, acompanhamento pastoral e/ou o apoio de algum padre ou freira, às vezes mais de um. O Diversidade Cristã de Brasília, por exemplo, desde o começo foi acolhido pelos jesuítas daquela cidade, e inclusive realizam eventos abertos e são responsáveis, uma vez ao mês, por uma das missas realizadas no seu centro cultural. De fato, a maior parte dos grupos se reúne em espaços cedidos por religiosos – embora haja experiências peculiares como a do grupo Filho de Davi, de Iguatu (CE), que hoje se reúne no centro pastoral de uma paróquia, mas, durante boa parte de sua história, reuniu-se nas praças e espaços públicos da cidade. Também há experiências de reuniões em casas de membros dos grupos; foi assim que o Filho de Davi, por exemplo, celebrou um tríduo de Santa Maria Madalena. O Grupo de Ação Pastoral da Diversidade - GAPD, o primeiro coletivo de São Paulo, se reúne em um espaço dos franciscanos. O Movimento Pastoral LGBT Marielle Franco - MOPA, que celebrou seu primeiro aniversário no último 14 de julho, nasceu acolhido e integrado à comunidade da paróquia de Nossa Senhora do Carmo, em Itaquera (Zona Leste de São Paulo), com o apoio e incentivo de seu pároco e de uma irmã salesiana.

IHU On-Line – Como se dá a relação destes grupos com a Igreja em nível institucional?

Cris Serra - São crescentes a demanda e o interesse de religiosas e religiosos ordenados por informações, subsídios e orientação para a realização de um trabalho de acompanhamento pastoral de pessoas LGBTI+ verdadeiramente baseado na escuta, no acolhimento e no respeito em relação a suas experiências de Deus e à prerrogativa de suas consciências. Essa tendência se manifestou e acentuou claramente a partir do início do pontificado de Francisco,

com suas críticas duras ao clericalismo e ao moralismo e sua insistência no respeito e no diálogo. Esse movimento de abertura e acolhimento, que é observado nos ambientes eclesiais não só no Brasil, vem sendo chamado de “efeito Francisco” e não se restringe aos fiéis LGBTI+. Por outro lado, mesmo no pontificado de Francisco continua sendo um desafio para os religiosos ordenados, sobretudo nos níveis inferiores da hierarquia, assumir publicamente um trabalho pastoral voltado para pessoas LGBTI+, e mais ainda propor qualquer questionamento da doutrina expressa no Catecismo. Ademais, temos visto o quanto esse mesmo “efeito Francisco” vem tensionando o próprio tecido eclesial católico, como se deduz das críticas agressivas e da feroz oposição ao Papa – que culminaram com a acusação de heresia que lhe foi feita em maio. O pomo da discórdia, não à toa, é justamente o afastamento de Francisco em relação à tradição teológica sobre matrimônio, família e sexualidade que vinha se impondo como hegemônica nos dois pontificados anteriores. O acirramento das disputas em torno desses temas “morais” – tanto no campo católico romano quanto nos cristianismos em geral, no contexto da cruzada antigênero em curso – e sua mobilização nos debates públicos mais amplos tem tido como consequência um certo fechamento e silenciamento desses debates. O “efeito Francisco” começa a ser, de certo modo, compensado pela desconfiança decorrente do clima de “caça às bruxas” e pelo medo de denúncias e perseguições.

Um exemplo foi a criação, em 2017, de Pastoris da Diversidade em duas dioceses brasileiras, uma delas a de Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro – cujo bispo à época, D. Luciano Bergamin, chegou a conceder entrevista a um jornal de grande circulação para divulgar a iniciativa. É ilustrativo o contraste com a situação das duas Pastoris da Diversidade criadas em outra diocese naquele mesmo ano. Significativamente, uma delas chegou a ser noticiada por um grande jornal nos seguintes termos:

“iniciativa faz parte da nova postura do papa e da revisão da Igreja sobre configurações da família” – um bom exemplo do “efeito Francisco” visto na prática. Um ano e meio depois, porém, ao ser atacado por um youtuber, que o acusou de estar promovendo “ideologia de gênero” na diocese, o bispo responsável voltou atrás e desautorizou os dois grupos. As duas situações são muito emblemáticas das tensões e paradoxos que se observam hoje no campo eclesial católico romano.

“A ‘ideologia de gênero’ vem se configurando como o rótulo ideal sob o qual arregimentar o que quer que se queira definir como aberrante, abjeto ou abominável”

IHU On-Line – Você cita o acolhimento às pessoas LGBT por parte da Igreja como uma das evidências do “efeito Francisco”. Mas, de outro lado, o papa Francisco também critica o que ele chama de “ideologia de gênero”. Como interpreta as manifestações dele sobre essa questão? Quais as tensões entre esse acolhimento e essa recusa à ideia de gênero?

Cris Serra - Desde o início de seu pontificado, a partir do célebre “quem sou eu para julgar?”, foi se construindo a imagem de um papa “gay-friendly”, em contraste com seus dois antecessores imediatos.

Porém, o mesmo Francisco eventualmente dava declarações condenando a “teoria do *gender*” (como é conhecida a “ideologia de gênero” na Itália e na França) e denunciando tentativas de “colonização ideológica” – quer dizer, de imposição de valores “alienígenas” à sociedade. Ao mesmo tempo, como sublinhei – e nunca é demais reiterar –, é inegável o impacto da sua mudança de enfoque pastoral, da sua ênfase no diálogo e no acolhimento e, sobretudo, de seus gestos concretos. Francisco não se limita a defender uma “Igreja em saída”, uma Igreja que vá em direção às periferias, uma Igreja de “pastores com cheiro de ovelha”. Ele demonstra o que diz com seus atos ao receber em audiência o homem trans espanhol e sua companheira; ao lavar os pés da travesti numa Quinta-feira Santa; ao dizer para o *gay* chileno vítima de abuso por sacerdotes que Deus o fez assim e o ama como ele é; ao receber o grupo de católicos LGBT ingleses; entre tantas outras iniciativas.

Esses gestos concretos de acolhimento por parte do Papa, por mais que ele afirme e reafirme que não passa de “um filho da Igreja” e que “a doutrina da Igreja é uma só e permanece a mesma”, têm um impacto efetivo justamente por entrarem em profunda contradição com toda a atitude moralista, de condenação e exclusão, que foi preponderante nos dois pontificados anteriores. Vão de encontro ao ordenamento de gênero defendido por meio dessa atitude e justificado por uma teologia muito doutrinária – uma teologia normativa, abstrata, distante da vivência cotidiana das pessoas e cada vez menos capaz de ouvir, reconhecer como legítimas e responder às questões concretas da vida concreta dos fiéis. Essa contradição abala as estruturas consolidadas e provoca o recrudescimento das tensões. Nesse sentido, entendo que o chamado “efeito Francisco” vai muito além da figura do papa Francisco em si, de suas ideias pessoais, de suas escolhas como pontífice, de suas estratégias políticas. O “efeito Francisco” diz respeito não só às repercussões do que este

Papa diz e faz, e às respostas a ele, mas também a todo o contexto mais amplo que permitiu a própria emergência deste Papa, neste momento.

Por isso, tendo a encarar certos paradoxos de Francisco como indicadores visíveis dos paradoxos da Igreja de Roma como um todo. Ao falar em “Igreja”, me refiro não apenas aos hierarcas, mas à totalidade do campo católico romano – e não podemos perder de vista que esse campo católico romano é permeável, suscetível a trocas e influências mútuas e constantes com as redes sociais em que se insere. Nunca é demais lembrar que todos os documentos da Cúria sobre questões de gênero e sexualidade – desde a encíclica *Humanae Vitae* (1968), passando pela declaração *Persona Humana* (1975) e pela carta *Homossexualitatis Problema* (1986), até chegar ao recente “Homem e mulher os criou”, da Congregação para a Educação Católica (2019) – vieram à luz em resposta e reação a uma multiplicidade de debates, inclusive e sobretudo dentro das fronteiras católicas romanas, em diálogo com discussões mais amplas em curso no mundo. É próprio da finalidade normativa desses documentos que se apresentem como expressões legítimas e excludentes de posições inequívocas e uníssonas da “Igreja”, tratada como um corpo monolítico e homogêneo. Muito ao contrário, porém, eles não só se inserem nesse fluxo de negociações e contradições (inclusive, ou principalmente, internas), como estão longe de representar, como pretendem, uma resolução e um ponto final para elas. Daí minha atenção se concentrar mais nos ambientes

eclesiais em geral que na figura do Papa. Ainda que não seja possível, evidentemente, ignorar a importância e o impacto do que fazem as autoridades da Igreja, meu foco é mais em como as diferentes linhas de força tensionam o tecido eclesial e como essas tensões afetam as bases da Igreja.

Outro paradoxo: o mesmo Francisco que faz denúncias relativamente recorrentes da “teoria do *gender*” tem como oponentes mais ferozes, e não por acaso, os mais ferrenhos críticos do que chamam de “ideologia de gênero” – os ultracatólicos e os atores e grupos de extrema direita, não raro indistinguíveis entre si. Em meio à cruzada moral antigênero protagonizada, em grande medida, por atores e grupos cristãos (e não só hierarcas, mas também leigos); face à pressão dos ultracatólicos; e com o recrudescimento do pânico moral, do clima de “caça às bruxas” e da paranoia daí decorrente – acho possível que Francisco acabe por aderir mais estritamente ao discurso antigênero como estratégia para reafirmar sua ortodoxia. Por outro lado, me parece pouco provável que ele vá moderar seus gestos concretos em direção aos LGBT e à ampliação da participação das mulheres – e, por todos os motivos citados, sua atitude pastoral fala mais alto e tem tanto ou mais impacto que suas palavras. O que constitui, no fim das contas, mais um paradoxo.

IHU On-Line – Você poderia falar um pouco mais sobre seu livro *Vimos pra comungar? Do que se trata? Qual o público-alvo?*

Cris Serra - O livro foi fruto da minha pesquisa de mestrado, e partiu do meu interesse em investigar as estratégias desenvolvidas pelos grupos de católicos LGBT brasileiros para permanecer na Igreja. É dividido em três partes. Na primeira, discuto como vem se estabelecendo essa oposição entre “religião” e “sexualidade” no debate público no Brasil, e procuro entender e desconstruir esse antagonismo. Na segunda, traço um panorama da Igreja Católica Romana hoje, na tentativa de contemplar sua complexidade e heterogeneidade, fazendo contraponto ao lugar comum de que “a Igreja” é um bloco monolítico, destituído de conflitos e contradições. Na terceira, abordo os católicos LGBT propriamente ditos e mostro como se dá seu processo de “tomar a palavra” e dizer, por si mesmos, quem são – e o impacto político dessa estratégia.

Estamos em um momento da história do Brasil em que vem se desvelando de maneira cada vez mais explícita a truculência contra os mais vulneráveis e desprivilegiados que marca nossa construção como país. São tempos em que cristãos e cristãs abusam da linguagem religiosa para justificar a própria intolerância genocida. Nesse contexto, refletir sobre a experiência daquelas e daqueles que, na materialidade de sua própria existência, põem em xeque as dicotomias consideradas intransponíveis de que falamos aqui pode ser crucial para disputar narrativas tanto sobre religião e cristianismo quanto sobre “gênero”; e para possibilitar uma reapropriação do “religioso” e do “cristianismo” em termos favoráveis à liberdade e à diversidade sexual e de gênero.

2º Ciclo de Estudos

a CHINA
e o mundo

A (re)configuração geopolítica global

Mudanças nas estratégias de desenvolvimento chinês após a crise global. Impactos na América Latina

Prof. Dr. Celio Hiratuka - Unicamp

29 de outubro de 2019 | 14h às 15h30min | Sala TEDU 603

Campus Unisinos Porto Alegre

ihu.unisinos.br/evento/china

A relação predatória e concorrencial dos Planos de Saúde com o SUS

José Sestelo analisa como planos privados manifestam a voracidade do capital de nosso tempo, em que empresas buscam liberdade de atuação em detrimento dos interesses dos clientes e do orçamento público

João Vitor Santos

A saúde pública e a saúde privada no Brasil nascem quase como irmãs, mas na medida em que o Estado começa a conceber um sistema universal, a saúde privada inicia movimentos de subsistência que vão além da oferta de alternativas suplementares. “Não há uma verdadeira relação de complementaridade entre o SUS e os planos e seguros de saúde, nem tampouco uma lógica sanitária sistêmica no funcionamento deste espaço de transações comerciais. A lógica dominante é a do ‘cada um por si’”, observa o doutor em Saúde Coletiva José Antonio Sestelo. A questão se complexifica quando o Estado vai agir na regulação desse comércio e, nesse novo cenário, as empresas passam por uma metamorfose em que precisam tanto do lucro da relação com clientes como da expropriação do Estado para assegurar a rentabilidade.

Na entrevista a seguir, concedida por e-mail à **IHU On-Line**, Sestelo observa que “o comércio de planos e seguros de saúde não quer se apresentar, e não se apresenta, como uma ameaça de extinção para o sistema público”. O que de fato se quer é “controlar, ajustar e subordinar o funcionamento do SUS à lógica de acumulação privada de capital e concentração de recursos

assistenciais para uso preferencial dos seus clientes situados nos estratos mais altos de renda”. Por isso diz que não se pode perder a perspectiva política dessa relação. “A voracidade das empresas precisa ser compreendida também em seu componente político e nos riscos produzidos pelo aviltamento das condições básicas de reprodução da força de trabalho de grandes contingentes populacionais”, salienta.

José Antonio de Freitas Sestelo é graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia - UFBA, possui especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Universidade Metodista de São Bernardo do Campo, em São Paulo. Também é analista judiciário – apoio especializado em odontologia, do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região e membro do Comitê de Saúde do Trabalhador da mesma instituição. Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA, é, ainda, doutor em Saúde Coletiva pelo Centro de Ciências da Saúde/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Entre suas publicações, destacamos o livro *Planos de Saúde e dominância financeira* (Salvador: EDUFBA, 2018).

Confira a entrevista.

IHU On-Line – Como o senhor observa a relação entre os planos de saúde privados e o SUS no sistema de saúde nacional?

José Antonio Sestelo – Existem esquemas de intermediação privativa de assistência na maioria dos pa-

íses industrializados e urbanizados, mas em geral este tipo de iniciativa ocupa um espaço limitado dentro dos sistemas de saúde porque sabe-se que resultam em um aumento nos custos gerais de transação e em uma tendência regressiva no que se refere

ao padrão de distribuição dos recursos disponíveis, ou seja, os sistemas ficam mais caros e a oferta de recursos se concentra nos estratos mais altos de renda. A grande exceção é o modelo estadunidense. Não por acaso este país tem um gasto em

“Só é possível vender planos de saúde de uso privativo para tanta gente com uma oferta exclusiva e abundante de serviços porque existe uma articulação íntima com a esfera pública como garantia de última linha”

saúde como percentagem do PIB quase duas vezes maior do que a média dos países de mesmo nível de desenvolvimento econômico, mas não dispõe dos melhores indicadores de saúde/doença.

A discussão política sobre modelos de organização do sistema de saúde tem ocupado o centro da cena em todas as campanhas eleitorais nos EUA, pelo menos desde a primeira eleição dos Clinton¹, e continua a mobilizar partidos políticos e organizações sociais nos dias de hoje. As despesas catastróficas com assistência hospitalar são uma causa importante de falência de pessoas físicas por lá. Uma busca rápida nos roteiros da produção cinematográfica e das séries de TV estadunidenses contemporâneas vai revelar muitos personagens que sofrem com problemas no sistema de saúde, o que é um indicador da relevância do tema para as pessoas comuns.

No Brasil, vivemos uma situação peculiar porque, diferente dos EUA, temos um sistema público de saúde (o SUS) acessível, em tese, a qualquer cidadão, mas ao mesmo tempo um enorme esquema de intermediação assistencial privativa que favorece cerca de 28% da população e se apropria, em média, de quatro vezes mais recursos assistenciais do que aqueles que estão disponíveis para a população em geral. Esse esquema,

embora seja de uso privativo, é beneficiário de uma série de subsídios à demanda, na forma de renúncia fiscal e compartilhamento da infraestrutura do sistema público, de tal forma que, na prática, o SUS e o orçamento público funcionam como uma espécie de resseguro para o seu funcionamento. Em outras palavras, só é possível vender planos de saúde de uso privativo para tanta gente com uma oferta exclusiva e abundante de serviços porque existe uma articulação íntima com a esfera pública como garantia de última linha.

Obviamente os usuários desse esquema privativo levam vantagem sobre o conjunto da população, mas quem realmente se apropria do grosso dos recursos que circulam pelo espaço de transações das empresas que comercializam planos e seguros de saúde são os controladores desse oligopólio. É digno de nota o fato de que mesmo em um ambiente macroeconômico de recessão e desemprego estrutural os balanços dessas empresas são positivos e seus lucros ascendentes. Em resumo, a relação entre as empresas de planos e seguros de saúde e o SUS é predatória e concorrencial e, ao contrário do que anuncia a retórica oficial, não alivia a demanda ao sistema público, mas dificulta uma distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis e aumenta os custos gerais de transação do sistema, encarecendo o seu custeio.

IHU On-Line – Qual a origem da saúde suplementar no Brasil e quando (e como) ela passa a

se configurar como uma ameaça ao sistema público?

José Antonio Sestelo – As empresas de planos e seguros de saúde costumam identificar o seu mito de origem com as iniciativas mutualistas de grupos de trabalhadores organizados para proteção contra os riscos de adoecimento e morte durante o processo de expansão das revoluções industriais, mas, a rigor, a intermediação administrativa de processos assistenciais *com caráter comercial* compõe um leque de inovações que provavelmente surgiram nos EUA durante a grande depressão dos anos 1930². Naquele período, empresas hospitalares e as primeiras clínicas de especialidades médicas, ou medicinas de grupo, procuravam suprir a ociosidade da sua estrutura de atendimento oferecendo a possibilidade de pré-pagamento na forma de planos de saúde para trabalhadores desempregados e suas famílias.

¹ **William “Bill” Jefferson Clinton** (1946): nascido William Jefferson Blythe III e mais conhecido como Bill Clinton, é um político dos Estados Unidos que foi o 42º presidente do país, por dois mandatos, entre 1993 e 2001. Antes de servir como presidente, Clinton foi governador do estado do Arkansas por dois mandatos. Tomou posse aos 46 anos, sendo o terceiro presidente mais jovem. Ele tomou posse no final da Guerra Fria e foi o primeiro presidente da geração *baby boomer*. (Nota **IHU On-Line**)

² **Grande Depressão**: também chamada de Crise de 1929, foi uma grande depressão econômica que teve início em 1929 e que persistiu ao longo da década de 1930, terminando apenas com a Segunda Guerra Mundial. A Grande Depressão é considerada a pior e o mais longo período de recessão econômica do século 20. Este período de depressão econômica causou altas taxas de desemprego, quedas drásticas do produto interno bruto de diversos países, bem como na produção industrial, nos preços de ações e em praticamente todo medidor de atividade econômica, em diversos países no mundo. O dia 24 de outubro de 1929 é considerado popularmente o início da Grande Depressão, mas a produção industrial americana já havia começado a cair a partir de julho do mesmo ano, causando um período de leve recessão econômica que se estendeu até 24 de outubro, quando valores de ações na bolsa de valores de Nova York, a New York Stock Exchange, caíram drasticamente, desencadeando a Quinta-Feira Negra. Assim, milhares de acionistas perderam, literalmente da noite para o dia, grandes somas em dinheiro. Muitos perderam tudo o que tinham. Essa quebra na bolsa de valores de Nova York piorou drasticamente os efeitos da recessão já existente, causando grande deflação e queda nas taxas de venda de produtos, o que levou ao fechamento de inúmeras empresas comerciais e industriais, elevando as taxas de desemprego. (Nota da **IHU On-Line**)

Na década de 1960 essas inovações foram transpostas para o Brasil com adaptações e as condições políticas e institucionais posteriores a 1964 fomentaram o seu desenvolvimento. As primeiras empresas eram de empresários/médicos descapitalizados e disputavam com a assistência previdenciária subfinanciada e precarizada a clientela de trabalhadores do polo dinâmico de atividade industrial nas grandes cidades. Na década de 1970, surgiram as cooperativas de trabalho médico que adotaram uma estratégia de atuação análoga à das medicinas de grupo e surgiram também as primeiras organizações empresariais para a defesa das posições políticas e ideológicas daqueles agentes econômicos.

Em 1975, houve uma discussão sobre organização de sistemas de saúde no Brasil influenciada pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS e se delineou um modelo embrionário de Sistema Nacional de Saúde composto de subsistemas articulados. É no bojo dessa discussão que a atividade comercial de intermediação assistencial passa a se apresentar como um subsistema “supletivo” à assistência previdenciária e, assim, autoatribuir alguma legitimidade institucional a uma atividade que crescia sem qualquer tipo de regulação formal ou contrapartida social. É nessa época que surge o argumento falacioso de que a atividade “supletiva” das empresas médicas alivia a demanda sobre o sistema público e, portanto, permite uma melhor utilização dos recursos. Nada mais distante da realidade. Está aí a história a nos mostrar.

Planos de saúde como benefícios ao trabalhador

Com a crise dos anos 1980, ao contrário do conjunto da economia que afundava na recessão, com hiperinflação e desemprego, acelerando a derrocada do regime militar, o esquema de comércio de planos de saúde prosperou ainda mais, porque as principais categorias de trabalhadores passaram a incluir em suas pautas corporativas a incorporação

de vantagens salariais indiretas, como cestas básicas e planos de saúde. Na década de 1990, o sucesso do esquema comercial de intermediação despertou o interesse das grandes seguradoras que até então não haviam conseguido transformar o seu seguro-saúde em um produto vendável. A atuação política desse segmento empresarial do setor financeiro foi importante para a construção de um espaço de transações híbrido e protegido que incluísse medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras.

Venda comercial de planos

Foi também nos anos 1990 que a disseminação da venda de planos e seguros de saúde conferiu uma dimensão de escândalo nacional às contradições e desvios éticos relacionados com a negação de cobertura a pacientes crônicos, idosos e portadores de condições consideradas, pelas empresas, inconvenientes do ponto de vista comercial. O SUS, portanto, surgiu em um momento de consolidação desse tipo de prática comercial e, paradoxalmente em um momento em que os problemas decorrentes da estratificação da clientela segundo sua capacidade de pagamento e seu perfil atuarial ganharam evidência. A providência tomada pelos interessados no esquema foi mudar para conservar o essencial.

Regulação

A Lei dos Planos de Saúde e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como agente do Ministério da Saúde (e não da Fazenda) representaram uma conquista dos usuários porque vinculam a regulação da atividade comercial à questão sanitária e estabelecem limites à atuação das empresas. Entretanto, representaram também a validação e legitimação institucional definitiva de um esquema predatório que vai disputar com o sistema público pelo controle dos recursos assistenciais disponíveis.

O uso da expressão “saúde suplementar” ou “sistema de saúde suplementar”, transposto das tipologias

eurocêntricas elaboradas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, é conveniente para as empresas porque se apropriam da legitimidade institucional do Sistema Único de Saúde (aquilo que é suplementar ao SUS é convergente com o SUS e não contraditório), mas não expressa a verdadeira natureza deste objeto. É importante dar nome aos bois e não chamar bezerro de cabrito.

Cada um por si

Não há uma verdadeira relação de complementaridade entre o SUS e os planos e seguros de saúde, nem tampouco uma lógica sanitária sistêmica no funcionamento deste espaço de transações comerciais. A lógica dominante é a do “cada um por si”. Atualmente, há diversos interesses contraditórios implicados com a manutenção e expansão da venda de planos e seguros de saúde no Brasil envolvendo corporações de trabalhadores, partidos políticos, corporações de prestadores de serviço, distribuidores e fabricantes de insumos, donos de empresas hospitalares e um oligopólio de controladores do esquema de intermediação em si, que ocupa um lugar estratégico nessa estrutura e vincula-se aceleradamente com o capital de grupos econômicos financeirizados de escopo global.

O comércio de planos e seguros de saúde não quer se apresentar, e não se apresenta, como uma ameaça de extinção para o sistema público. Mas, de fato, pretende controlar, ajustar e subordinar o funcionamento do SUS à lógica de acumulação privada de capital e concentração de recursos assistenciais para uso preferencial dos seus clientes situados nos estratos mais altos de renda.

IHU On-Line – Como compreender a voracidade do mercado de saúde suplementar na atual conjuntura?

José Antonio Sestelo – É difícil definir em poucas palavras a atual conjuntura no Brasil, mas é possível afirmar que vivemos uma quadra de

intensificação da exploração do trabalho pelo capital com tendência de redução nas médias salariais, assim como precarização nas relações de trabalho. Entendendo a assistência à saúde como um salário indireto é de se esperar uma concentração ainda maior dos recursos assistenciais disponíveis para uso daqueles com maior capacidade de pagamento, o que é convergente com a lógica dos planos e seguros de saúde.

Entretanto, a contradição essencial entre capital e trabalho sempre vem à tona: como vender mais planos de saúde a trabalhadores em um ambiente de desemprego estrutural e queda nos níveis salariais? Segmentar ainda mais a oferta assistencial dos pacotes com o apoio do governo tem sido a proposta engenhosa das empresas.

Desde 2014, os planos de saúde voltaram a ter um destaque negativo nos noticiários da classe média em uma onda semelhante àquela que ocorreu na década de 1990. A opinião pública identifica uma “voracidade” na atitude das empresas que a cada dia cobram mais e oferecem menos (aumento da exploração do trabalho) e passam a tratar os idosos e crônicos explicitamente como “problemas” que devem ser eliminados com a imposição de barreiras pecuniárias ao acesso. Temo que essa mudança de patamar no nível de exploração não possa ser compreendida apenas como um fenômeno conjuntural ou como mais uma das muitas crises cíclicas históricas de acumulação resolvidas às custas dos estratos mais baixos de renda.

Dominância financeira

A lógica da *dominância financeira* parece estar ocupando todos os espaços de sociabilidade e determinando um novo modo de ser nas relações que nos distancia de referências humanistas e iluministas e projeta uma perspectiva de fragmentação e desconstrução das estruturas de proteção social mais complexas como os sistemas de saúde. A acumulação financeira não é uma novidade histórica, mas a existência de um espaço

de transações global conectado em tempo real por tecnologia de processamento de informações e com uso de inteligência artificial em tomada de decisões de compra e venda é uma inovação que coloca os detentores dos meios de troca em um outro patamar, o patamar da dominância financeira, que determina uma nova escala de acumulação. Esse novo modo de ser do capital não revoga o desenvolvimento industrial “produtivo”, mas subordina este, assim como outros aspectos da vida social, à sua lógica de acumulação voraz.

Não se pode, entretanto, simplificar as explicações em um determinismo desprovido de nuances e contradições. É verdade que já faz algumas décadas que o setor saúde foi alçado à condição de *locus* estratégico para a acumulação de capital inicialmente com a venda de insumos e equipamentos, mas agora também com a venda direta e a intermediação na venda de serviços. A voracidade das empresas precisa ser compreendida também em seu componente político e nos riscos produzidos pelo aviltamento das condições básicas de reprodução da força de trabalho de grandes contingentes populacionais. A saúde continua sendo um tema central no tabuleiro político global, mas as soluções adotadas no Brasil têm suas peculiaridades que só podem ser entendidas a partir da investigação do caso concreto.

As explicações para o fato de o Brasil ter interditado o financiamento adequado do seu sistema público de saúde desde os anos 1990 e ao mesmo tempo sucessivos governos terem estimulado o crescimento do comércio de planos e seguros de saúde a níveis que tornam disfuncional a gestão do conjunto do sistema devem ser buscadas também na esfera da ciência política.

IHU On-Line – Em que consiste a Lei dos Planos de Saúde? Que avanços ela traz e quais os seus limites?

José Antonio Sestelo – A Lei 9.656/98 estabeleceu uma série de

parâmetros à prática comercial das empresas de planos e seguros de saúde. O que existia antes de 1998 era um *laissez faire* bárbaro que, no limite, prejudicava os interesses das próprias empresas. O esquema de intermediação corria o risco de ser comparado aos piores processos de fraude com a venda de uma promessa de segurança que, quando reivindicada, se transformava em um pesadelo para os clientes.

Entre os principais aspectos contemplados pela nova lei estavam a vedação às exclusões de cobertura, de tal modo que os contratos deveriam atender pelo menos as entidades nosológicas discriminadas na Classificação Internacional de Doenças, as condições de urgência e emergência, e a necessidade de reabilitação quando necessário; vedação à discriminação ou seleção prévia na venda de planos em função da idade ou condição preexistente, embora seja possível estabelecer uma carência para atendimento de determinadas condições como, por exemplo, gravidez e parto; regulação dos reajustes anuais do preço dos planos individuais e limites para o reajuste por mudança de faixa etária; limites para cobranças adicionais a título de coparticipação; previsão de cobrança de ressarcimento ao SUS por procedimentos eletivos realizados em clientes das empresas na rede pública; previsão de cobrança de multas às empresas por infrações administrativas.

Com o tempo, as empresas se adaptaram à legislação e passaram a se aproveitar das brechas legais para reforçar suas posições. O ressarcimento ao SUS, por exemplo, nunca foi efetivamente pago, seja devido a falhas no processo administrativo de cobrança por parte da ANS, seja devido a expedientes protelatórios ou questionamentos judiciais por parte das empresas. A cobrança nunca alcançou os procedimentos ambulatoriais e boa parte das internações hospitalares também ficou de fora.

A regulação de preços foi driblada com a diminuição na oferta de planos individuais e aumento da ofer-

ta de contratos coletivos de adesão com imposição de condições desfavoráveis aos clientes sem interferência da ANS. Ao mesmo tempo diversos expedientes de negação de cobertura, principalmente de procedimentos cirúrgicos com internação hospitalar, tornaram-se prática corrente, ainda que judicialmente questionáveis. Esse mecanismo funciona atualmente como uma válvula de redução de despesas operada pelas empresas em função do seu fluxo de caixa operacional, ou seja, as empresas passaram a deter amplo controle sobre sua receita com liberdade de reajuste, já que a maioria dos contratos são coletivos e, portanto, não regulados pela ANS, e, ao mesmo tempo, controle sobre as despesas por meio de mecanismos de negação de cobertura, sempre com o objetivo de não comprometer suas margens operacionais.

José Antonio Sestelo – Com todas as brechas da lei e todo o *know how* acumulado na burla e nas estratégias de adaptação à fraca regulação existente, desde 2014 presenciamos uma nova investida das empresas no plano político para ampliação de sua liberdade de atuação às custas dos interesses dos clientes e do orçamento público. A rigor nunca houve tempo ruim para o esquema de intermediação assistencial desde que as medicinas de grupo e cooperativas passaram a atuar de forma concatenada com as seguradoras. Sucessivos governos tiram do SUS com uma mão para dar para as empresas com a outra.

Entretanto, nos últimos anos esse processo assumiu cores mais intensas com o aumento da influência política de facções vinculadas diretamente às empresas ou financiadas por elas. Um breve roteiro dessa mudança de patamar pode ser montado pelo menos desde a criação das referências normativas sob medida para a atuação do modelo de negócios das administradoras de benefícios e dos planos coletivos por adesão. No caso concreto do episódio que envolve as NRs 195/196 da ANS, temos um cenário em que fundos *Private Equity* sediados nos países centrais e atuantes na Bovespa identificaram na Qualicorp e em outros grupos econômicos com atuação no sistema de saúde brasileiro um potencial de faturamento por meio de operações financeiras de compra de ativos em participação societária para reestruturação e revenda por meio de ofertas públicas de ações em bolsa com realização de lucro.

Simultaneamente à súbita mudança de patamar no nível de capital dessas empresas e ao estabelecimento de vínculos de participação societária cruzadas entre grupos de empresas de prestação de serviços hospitalares, empresas de serviços auxiliares ao diagnóstico clínico, empresas de planos de saúde e administradoras de benefícios, transcorre o aumento no volume de recursos destinados pelas empresas ao financiamento de campanhas políticas de candidatos a cargos eletivos e o trâ-

sito de representantes das empresas, ou de pessoas com evidente conflito de interesse, para o primeiro escalão de agências de governo.

Os interesses corporativos da Qualicorp, por exemplo, em um dado momento, deixam de ser os interesses de uma pequena corretora criada na periferia da região metropolitana de São Paulo com um capital inicial de R\$ 2.000,00 em 1997. Passam a representar os interesses dos fundos de investimento participantes da sua composição societária que, por sua vez, estão articulados com outras empresas no setor de assistência à saúde e fora dele. Ou seja, temos aí a presença de um novo elemento com escopo de atuação abrangente, provido de um nível elevado de poder econômico/financeiro e político atuando no interior do sistema de assistência à saúde. A sequência do roteiro contempla a mudança na Lei Orgânica da Saúde que permitiu a participação de capital estrangeiro em empresas hospitalares com a anuência da liderança do governo Dilma na Câmara.

Abertura para “planos populares”

Com Michel Temer, o Ministério da Saúde assumiu definitivamente a pauta das empresas como programa de governo e foi criado um Grupo de Trabalho para encaminhar uma proposta de flexibilização da legislação para permitir a venda dos chamados “planos populares” ou “planos acessíveis”, em que se aumenta o nível de segmentação dos pacotes de assistência para permitir a redução nos preços e avançar sobre a clientela dos decis mais baixos de renda. Esse episódio marcou também o início de um processo de perda de relevância política da ANS que hoje assume contornos mais claros.

Posteriormente houve a tentativa de mudança na Lei 9.656/98 pela via parlamentar em uma comissão que pretendia, em um injustificado regime de urgência, revisar e, na prática revogar, os principais instrumentos de defesa dos interesses dos clientes das empresas. O fato é que, devido a

“A lógica da dominância financeira parece estar ocupando todos os espaços de sociabilidade e determinando um novo modo de ser nas relações”

IHU On-Line – Atualmente, o que está em discussão acerca da legislação que regulamenta e fiscaliza os planos de saúde? E como o senhor avalia essas propostas?

conflitos internos entre os interessados nas mudanças e sob pressão da opinião pública de classe média, o processo foi interrompido.

Nova ameaça

Agora, veio à luz, por meio de uma notícia veiculada³ pelo jornalista Elio Gaspari⁴, uma nova proposta ainda sem autoria conhecida, mas coerente com o espírito das propostas anteriores de aumento na segmentação dos pacotes, restrições a idosos e crônicos, alívio de multas para as empresas, fim do ressarcimento ao SUS e quejandos. Marilena Lazzarini⁵ do Instituto de Defesa do Consumidor - Idec, Lígia Bahia⁶ da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, e Mário Scheffer⁷ da Universidade de São Paulo - USP publicaram uma nota crítica⁸ que faz uma análise preliminar, mas bastante completa do material.

Minha avaliação sobre o conjunto das propostas em circulação, e considerando também as mudanças incrementais que vêm sendo implementadas nos últimos anos, é de que o tema “saúde e assistência” aparece apenas como uma paisagem em que o centro da cena é ocupado pelo processo de acumulação de capital e apropriação privada de um bem de relevância pública. Não existe nada ali que aponte para uma melhoria nas condições de saúde e

assistência das pessoas, mas ao contrário, trata-se de retirar recursos de uma área socialmente importante para favorecer processos tipicamente financeiros controlados por grupos econômicos.

Como justificar, por exemplo, que uma empresa de intermediação de processos administrativos que começou com R\$ 2.000,00 de capital inicial em uma pequena sala comercial na periferia da região metropolitana de São Paulo passe a movimentar recursos da ordem de grandeza dos bilhões de reais em pouco mais de dez anos com a anuência de agências de governo? Qual teria sido a contribuição dessa empresa para o desenvolvimento econômico e social do conjunto da sociedade brasileira para merecer tanto crédito? Certamente o sistema de saúde não se tornou melhor, ao contrário, os bilhões que poderiam estar circulando na esfera econômica da prestação efetiva de serviços passaram a circular na esfera financeira da compra e venda de ativos de participação societária com pagamento de comissão para um elenco de intermediários com interesse em ganhar no volume das transações.

Trata-se de um descolamento absurdo da função precípua de um sistema de saúde que é prover uma melhor distribuição dos recursos assistenciais. Em outras palavras, novos bilionários ficaram ricos às custas da piora do nosso sistema de saúde e quotistas de fundos de participação sediados em países que não têm nenhum interesse na melhoria das nossas condições sociais passaram a auferir lucro com transações em uma escala inflada de forma artificial sem contrapartida efetiva para o conjunto da população.

IHU On-Line – Como compreender as questões de fundo na discussão proposta pelas operadoras de planos privados?

José Antonio Sestelo – Está claro que esta discussão não gira em torno da melhoria da oferta de assistência e, muito menos, da melhoria das condições de saúde da po-

pulação. Trata-se precipuamente de propostas para ampliação da escala dos negócios que utilizam o sistema de saúde como um trampolim para transações comerciais e financeiras.

Na época da liberação do capital estrangeiro para empresas hospitalares, por exemplo, muito se falou que esse aporte aumentaria a oferta de leitos hospitalares e por isso era muito bem-vindo. Na verdade, o muito pouco de estrutura nova que se construiu foi na direção de incrementar o segregacionismo sanitário que separa unidades assistenciais com padrão sofisticado de incorporação de tecnologia industrial de uso exclusivo dos estratos mais altos de renda, de unidades convencionais pauperizadas para a população em geral. Não creio que se possa chamar isso de um avanço em nosso sistema de saúde.

As questões de fundo relacionadas com os interesses das empresas podem ser analisadas em duas grandes vertentes. A primeira contempla o objetivo estratégico de ganhar escala comercial com a venda de planos populares segmentados e com oferta limitada de serviços. A segunda está voltada a punccionar o orçamento público em um mecanismo de acumulação primitiva, que pretende transformar, em um passe de mágica, o que ontem era de domínio público em ativos privados vendáveis.

IHU On-Line – Quais os riscos da privatização do sistema público de saúde?

José Antonio Sestelo – Todo sistema de saúde moderno possui uma dimensão pública e uma dimensão privada em sua estrutura de funcionamento. A questão central nesse caso está relacionada com um modelo de organização que assegure que o interesse público seja preservado nas situações de conflito distributivo. Em outras palavras, que o sistema de saúde assegure uma distribuição equitativa dos recursos assistenciais a partir de uma lógica sanitária em que as necessidades de saúde e não a capacidade de pa-

3 O texto da notícia pode ser acessado em <https://outline.com/s/TWJT5>. (Nota da **IHU On-Line**)

4 **Elio Gaspari** (1944): escritor e jornalista brasileiro. É comentarista do jornal Folha de São Paulo, sendo seus artigos difundidos para outros jornais, dentre os quais O Globo do Rio de Janeiro e Correio do Povo de Porto Alegre. Entre seus livros, destacam-se: *A ditadura envergonhada* (São Paulo: Companhia das Letras, 2002), seguido de *A ditadura escancarada* (São Paulo: Companhia das Letras, 2002), *A ditadura derrotada* (São Paulo: Companhia das Letras, 2003) e *A ditadura encurralada* (São Paulo: Companhia das Letras, 2004). (Nota da **IHU On-Line**)

5 **Marilena Lazzarini**: presidente do Conselho Diretor do Instituto de Defesa do Consumidor – Idec, graduada em Engenharia Agrônoma pela USP (Universidade de São Paulo), é especialista em Economia Regional e Urbana pela mesma universidade. (Nota da **IHU On-Line**)

6 **Lígia Bahia**: professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Possui graduação em Medicina pela UFRJ, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Ela é uma das entrevistadas na presente edição da **IHU On-Line**. (Nota da **IHU On-Line**)

7 **Mário Scheffer**: professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva - DMP da Faculdade de Medicina da USP - FMUSP, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É mestre e doutor em Ciências da Saúde pelo DMP - FMUSP. (Nota da **IHU On-Line**)

8 A íntegra da nota está publicada no site do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Cebras, disponível em <http://bit.ly/2IPVt7>. (Nota da **IHU On-Line**)

gamento determinam o acesso. Em uma sociedade tão desigual como a nossa, a importância de um modelo de organização que assuma essa estratégia é ainda maior, do contrário teremos uma situação em que será difícil manter um ambiente de convivência social pacificado.

Essa tese tem sido defendida pelo movimento sanitário e está bem fundamentada a partir de experiências bem-sucedidas de sistemas financiados por políticas tributárias progressivas em que os ricos pagam mais com impostos diretos sobre renda e propriedade e os pobres pagam menos. Isso não significa dizer que o sistema de saúde seja um espaço vedado a qualquer tipo de experiência privada, mas trata-se de impor limites razoáveis a esta dimensão de modo que o conceito de saúde como bem de relevância pública seja preservado.

A hipertrofia do esquema de intermediação assistencial privativa verificada no Brasil torna disfuncional a gestão do conjunto do sistema de saúde e reforça as desigualdades históricas da nossa formação social colocando em risco o interesse nacional. A discussão sobre privatização sempre aparece carregada de um forte conteúdo ideológico e vinculada a uma leitura dicotômica que divide o sistema de saúde em dois compartimentos mutuamente impermeáveis, um público e outro privado. A ideologia vai definir cada um como bom ou ruim segundo critérios opinativos.

Há diferenças qualitativas entre essas duas grandes dimensões que precisam ser reconhecidas e destacadas até para que se possa identificar as nuances e zonas de intercessão que se apresentam concretamente na realidade empírica. O mundo não é *black and white*, sempre há nuances e intercessões. Por esse motivo é importante um certo rigor conceitual no trato dessa questão. Quando falamos de privatização, a qual privatização concretamente nos referimos? Os planos de saúde são um fenômeno exclusivo da esfera privada ou existe um componente público em articulação com este objeto?

Onde está o público? E o privado?

Se não tomamos cuidado, nessa fronteira nebulosa da articulação entre o público e o privado em saúde podem surgir argumentos inacreditáveis como a ideia de que quanto mais pessoas têm planos de saúde melhor é para aqueles que não têm, ou a ideia de que este esquema de intermediação privativa constitui um verdadeiro sistema (ou subsistema) de assistência suplementar ao SUS.

Os trabalhadores também têm interesses corporativos e têm interesses privados, recebem salários, eventualmente têm acesso a uma consulta médica que sempre é um espaço privado de interlocução, mesmo quando ocorre em uma unidade assistencial pública. O risco que corremos é defender ideias que são contrárias aos nossos próprios interesses quando não somos capazes de definir com precisão onde está o público e onde está o privado em cada situação concreta.

IHU On-Line – Hoje, dado que muitas empresas oferecem planos de saúde privados e também muitas pessoas pagam autonomamente, já não vivemos na prática uma privatização do sistema de saúde? Por quê?

José Antonio Sestelo – Existe um contingente importante da população que utiliza algum tipo de plano ou seguro de saúde, cerca de 28%, sem contar outros esquemas privados como a assistência a militares e servidores públicos estaduais, entretanto a maioria da população utiliza exclusivamente o SUS ou paga por desembolso direto. É importante que se diga que essa parcela minoritária que tem acesso a esquemas privados também utiliza o SUS naquilo que lhe convém, ou seja, transita livremente pela fronteira nebulosa entre o público e o privado.

Por outro lado, a maioria dos contratos comerciais de planos ou seguros de saúde está vinculado à relação de trabalho do beneficiário e não se trata de uma decisão de compra in-

dividual em um mercado livre. As empresas quase não oferecem planos a pessoas físicas para fugir da fraca regulação de preços praticada pela ANS. Daí as novas propostas em discussão que visam flexibilizar e fracionar os pacotes assistenciais de modo a viabilizar o aumento das vendas de planos individuais para desempregados ou para o enorme contingente de trabalhadores informais. Nesse cenário o SUS passa a ser um resseguro ou uma política pública subsidiária que complementa as lacunas e o problema de escala dos esquemas privados.

“É importante que se diga que essa parcela minoritária que tem acesso a esquemas privados também utiliza o SUS naquilo que lhe convém”

IHU On-Line – Quais os caminhos para a manutenção e financiamento do sistema público de saúde? E como imagina ser a ação estatal ideal na regulação de planos privados?

José Antonio Sestelo – O SUS foi concebido como um sistema plenamente sustentável financiado pelo Orçamento da Seguridade Social - OSS em conjunto com a previdência pública e a assistência social. Entretanto, a nossa história política e institucional está repleta de grandes e pequenos golpes nada republicanos em que decisões são tomadas de for-

ma arbitrária e sem controle social. De golpe em golpe chegamos ao desmonte do Orçamento da Seguridade Social e conseqüentemente ao desmonte do SUS, da Previdência pública e das políticas de assistência social.

Se o OSS fosse deficitário certamente não seria possível subtrair 30% dele pelo mecanismo de Desvinculação de Receitas da União - DRU para composição de um superávit primário que, ao fim e ao cabo, se destina ao pagamento de juros da dívida pública. Portanto, os caminhos para a manutenção e o financiamento do SUS estão dados desde a sua origem, as explicações sobre o destino final e os beneficiários dos recursos que deveriam financiar a Seguridade Social é que não são claras. Sucessivos governos desde a década de 1990 implantaram e aprofundaram esse mecanismo altamen-

te regressivo que só faz aumentar a desigualdade em nosso país.

Quanto aos planos de saúde, não há problema algum na existência de empresas que se dediquem ao comércio desse tipo de produto desde que assumam os riscos inerentes ao negócio que são, obviamente, altos. Da mesma forma, não haveria problema que particulares com capacidade de pagamento se dispusessem a comprar pacotes assistenciais de uso privativo. Em condições normais poucas pessoas a poderiam pagar por isso.

ANS

A ANS passa por um momento de esvaziamento e perda de relevância política e as causas estão relacionadas com o fracasso no cumprimento da sua missão institucional. O modelo anunciado nos anos 1990 de agên-

cia de governo enxuta e profissionalizada apta à tarefa de regulação como agente do gestor federal do SUS não se viabilizou e a impressão que passa é a de que o Estado não consegue impor limites às empresas.

Talvez, como diz o professor José Carlos Braga (economista brasileiro pioneiro no estudo da dominância financeira), “a crise seja também a crise das formas de regulação extra mercado. A crise das formas públicas de regulação que tiveram vigência na expansão pretérita. Sua eficácia dissolve-se na crise, e assim as formas públicas tornam-se cúmplices da crise”. Um novo modelo de regulação será necessariamente uma novidade histórica, porque o novo patamar em que se estabeleceu o capital no século XXI se situa fora do alcance dos modelos tradicionais de regulação de inspiração weberiana que prevaleceram desde o pós-guerra. ■

Leia mais

- **A inanição de um organismo desidratado.** Entrevista com José Antonio Sestelo, publicada na revista IHU On-Line número 491, de 22-08-2016, disponível em <http://bit.ly/2kGXxyN>.



GIG - A UBERIZAÇÃO DO TRABALHO

Prof. Dr. Rafael Grohmann - Unisinos

25/09 (quarta-feira)

17h às 19h

Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros - IHU

Campus Unisinos São Leopoldo

08/10 (terça-feira)

17h às 19h

Campus Unisinos Porto Alegre

ihu.unisinos.br/evento/evento-filmes

INSTITUTO
HUMANITAS
UNISINOS

UNISINOS
DESAFIO
O AMANHÃ

Os riscos dos planos de saúde que só oferecem “Melhoral e copo d’água”

Ligia Bahia analisa como a saúde é tratada como mercadoria por planos privados; é o caso dos chamados “planos populares”, que cobram caro e oferecem pouca cobertura

João Vitor Santos

Quem é mais velho deve se lembrar de um antigo medicamento chamado Melhoral. Era um verdadeiro sucesso de marketing, pois se dizia que era bom para todos os males. Mas não é preciso ser especialista na área para saber que não existe remedinho mágico. A professora Ligia Bahia retoma a metáfora do Melhoral para lançar luzes sobre o que muitos planos de saúde privados têm feito: tratado a saúde como mercadoria e vendendo o que não entregam. “São mercadorias que denominamos ‘Melhoral e copo d’água’, pois os clientes pagam mensalmente e quando precisarem terão que recorrer ao SUS”, destaca. “Os empresários da saúde estão querendo posar de reformadores do sistema de saúde e esse lugar não lhes pertence. Vender mais planos de saúde não é sinônimo de solução para um país como o Brasil, que está às voltas com imensos problemas de saúde”, acrescenta.

Na entrevista concedida por e-mail à **IHU On-Line**, Ligia também analisa as relações do sistema privado com os dispositivos estatais de regulação. “As empresas criticam a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS seletivamente, ou seja, manifestam desacordo apenas quando a intervenção estatal ameaça seus lucros. Os representantes das operadoras posam de liberais antiestatistas, mas querem mais subsídios, créditos e empréstimos públicos”, revela. Assim, percebe-se que a lógica não é acabar com a agência reguladora, mas mantê-la sob controle. “A regulação caminhou sempre de lado porque a ANS tem sido fortemente orientada pelas agendas empresariais e esse proces-

so de captura permanente a enfraqueceu. Atualmente, a ANS tem um quadro técnico qualificado, mas está destituída de legitimidade para se afirmar como *locus* de uma regulação pautada pelas necessidades de saúde”.

Para ela, precisa ficar claro o que os planos oferecem. “Interesses empresariais são legítimos, o que deve ser combatido é a promiscuidade entre público e privado”, avalia. O caminho, segundo a professora, é fortalecer o SUS. E, para isso, “encarar o fato de que somos mais de 200 milhões de habitantes, a maioria de renda baixa e média e não podemos entregar a saúde para grupos empresariais, que são atraídos aos locais em que se situam segmentos de maior renda e não pelas condições sanitárias prioritárias”.

Ligia Bahia é professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Possui graduação em Medicina pela UFRJ, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento, principalmente nos seguintes temas: sistemas de proteção social e saúde, relações entre público e privado no sistema de saúde brasileiro, mercado de planos e seguros de saúde, financiamento público e privado, regulamentação dos planos de saúde. Entre suas publicações, destacamos *Planos e seguros de saúde. O que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil* (São Paulo: Unesp, 2010) e *Saúde, desenvolvimento e inovação* (Rio de Janeiro: Cepesc, 2015).

Confira a entrevista.

“Não é fato que qualquer plano resolve problemas de saúde”

IHU On-Line – Quais os limites da saúde suplementar como forma de garantir acesso a serviços de saúde de qualidade e de desafogar o Sistema Único de Saúde - SUS?

Ligia Bahia – Os limites dos planos e seguros de saúde privados são de três ordens. A primeira é comum a todos os países e diz respeito à natureza contratual entre entes privados, que combinam entre si o que é ou não incluído como garantia nos contratos. Essas garantias e exclusões de cobertura definidas *ex ante* variam entre países; por exemplo, nos EUA os planos asseguram medicamentos e prevenção e tratamento prolongado para problemas de saúde mental e no Brasil não.

O segundo e o terceiro elementos têm características nacionais. O que estimula ou restringe o fluxo de clientes de planos à rede de serviços do SUS é o tipo de plano. No Brasil existem planos “melhores e piores”; os mais abrangentes e muito caros ou exclusivos para executivos de grandes empresas, cujos clientes devem representar no máximo 5% dos que têm planos, permitem que os pacientes tenham atendimento para quase todos os problemas de saúde na rede privada. Ainda assim, esse segmento populacional recorre ao SUS para receber medicamentos de alto custo e realizar transplantes, bem como se beneficia das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

No polo oposto, situam-se os planos básicos que, ao restringir acesso e uso de serviços de saúde, terminam por empurrar deliberadamen-

te (há panfletos de propaganda que incluem hospitais públicos como se fossem credenciados pelas empresas), ou implicitamente por meio de solicitação de autorizações demoradas, informações sobre inexistência de vagas e demora para marcação de atendimentos. Outra limitação das empresas de planos aqui localizadas é o não investimento em ciência, tecnologia e inovação que são essenciais para os sistemas de saúde modernos, deixando inteiramente para o SUS as tarefas de pesquisa e modernização tecnológica e o acusando do oposto. Na aparência, os serviços públicos são ultrapassados e os privados, inovadores, e essa inversão perversa funciona como propaganda anti-SUS.

IHU On-Line – O avanço dos planos privados de saúde configuram uma ameaça ao SUS? Por quê?

Ligia Bahia – Porque não é fato que qualquer plano resolve problemas de saúde; a verdade é que os planos realmente abrangentes, os muito caros, permitem diagnósticos e tratamentos adequados. Mas, em um país que tem SUS, a comercialização de planos menos que básicos, tal como pleiteiam determinadas empresas, estabelecem uma pseudoconcorrência com a rede pública que não se efetiva.

Plano de saúde, como diz o nome, serve para evitar improvisação. É um contrato de pré-pagamento que assegura aos pacientes duas condições: a certeza de onde ir e, ao chegar em unidades de saúde, ter aten-

dimento seguro e de qualidade. As operadoras têm feito de tudo e mais um pouco para vender um plano-improvisado. A última tentativa está registrada em projeto de lei apócrifo. O documento, que prevê a desregulamentação da obrigatoriedade de coberturas, explicita uma proposta de cobrar antecipadamente e não garantir assistência.

Ao contrário da propaganda das operadoras, planos sem coberturas não desafogam o SUS. Estão prometendo que dão conta do recado e sugerem transferir mais recursos públicos para as empresas privadas. O SUS fica ainda mais subfinanciado e ocorrerá (o que já começamos a assistir) redução de coberturas vacinais, surtos de sarampo e uma rede pública cada vez mais sucateada, mas que é a responsável pela assistência a casos muito graves de quem tem e não tem plano.

IHU On-Line – No Brasil, um dos maiores desejos da população é o acesso a planos privados de saúde. Como compreender essa lógica? E em que medida ela potencializa o “poder de fogo” das operadoras diante do Estado?

Ligia Bahia – As pesquisas de opinião indicam três tendências consistentes e reiteradas: 1) o principal problema é saúde; 2) mais de 80% dos entrevistados são favoráveis ao financiamento público, por meio de impostos, para o SUS e que a saúde deva ser direito para todos; 3) o desejo de ter planos de saúde, que se situa abaixo da vontade de adquirir

casa própria. São resultados contraditórios, portanto admitem interpretações igualmente díspares.

Considero que indicam o seguinte: a população é a favor do SUS, mas conhece suas deficiências. Essas informações sugerem fortemente que se a pergunta fosse: ou plano ou SUS?, haveria uma enorme confusão. Na realidade, o que se deseja é SUS e plano e há clareza que se o SUS fosse efetivo seria melhor que os planos. Mas é preciso reconhecer que o desejo por planos é uma realidade e tem sido bem utilizado pelas empresas de planos para obter desde benesses fiscais até anistia de multas.

IHU On-Line – Até 1998, os planos de saúde privados não eram regulados no Brasil e, desde a implementação dessa regulação, as empresas criticam a incidência do Estado sobre os planos. Como avalia essa regulação hoje? Quais os avanços e os limites da ANS nessa área?

Ligia Bahia – As empresas criticam a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS seletivamente, ou seja, manifestam desacordo apenas quando a intervenção estatal ameaça seus lucros. Os representantes das operadoras posam de liberais antiestatistas, mas querem mais subsídios, créditos e empréstimos públicos. O setor privado não é contra a ANS, faz questão de intervir na escolha de seus diretores e políticas regulatórias. A regulação caminhou sempre de lado porque a ANS tem sido fortemente orientada pelas agendas empresariais e esse processo de captura permanente a enfraqueceu. Atualmente, a ANS tem um quadro técnico qualificado, mas está destituída de legitimidade para se afirmar como *locus* de uma regulação pautada pelas necessidades de saúde.

IHU On-Line – Quais são as propostas das operadoras de planos privados que têm sido

postas em discussão no que diz respeito ao marco legal da saúde suplementar?

Ligia Bahia – A proposta das operadoras é a desregulamentação das coberturas, restrição radical da escolha de prestadores de serviços, não ressarcimento ao SUS, fim das penalidades impostas pela legislação e redução do poder de definição de reajustes de preços e fiscalização da ANS. Ambicionam vender mais planos. Planos sem atendimento a emergências, realização de exames, diagnósticos e tratamentos para cânceres.

São mercadorias que denominamos “Melhoral e copo d’água”, pois os clientes pagam mensalmente e quando precisarem terão que recorrer ao SUS. O objetivo é ampliar o mercado mediante a comercialização de produtos segmentados por oferta assistencial e localidade e problemas de saúde. A lei atual prevê o atendimento aos problemas de saúde catalogados no Código Internacional de Doenças - CID. Isso atrapalha quem pretende reduzir cobertura porque os investidores, especialmente os estrangeiros, exigem estabilidade legal. Determinados *lobbies* empresariais sabem que atrairão mais investimentos se conseguirem reduzir as coberturas e apregoar que assim ajudam o SUS.

IHU On-Line – O modelo britânico de gestão de saúde pública é tomado como referência. No que consiste a lógica desse sistema e que analogias podemos fazer com a concepção do SUS brasileiro?

Ligia Bahia – O Reino Unido tem um sistema universal de saúde (National Health System)¹ que se caracte-

1 Serviço Nacional de Saúde (em inglês: National Health Service - NHS): é o nome habitualmente utilizado para referir-se aos quatro sistemas públicos de saúde do Reino Unido coletiva ou individualmente, embora atualmente, em geral, seja apenas ao serviço de saúde da Inglaterra que é corretamente chamado de Serviço Nacional de Saúde sem qualquer outra qualificação. Três serviços (Inglaterra e País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte), foram criados por legislações separadas e começaram a funcionar em 5 de julho de 1948; anteriormente a essa data, serviços públicos de saúde mais limitados eram operados por autoridades locais e por outros organismos. (Nota da IHU On-Line)

teriza por ser público (financiamento, gestão e prestação de serviços). No Reino Unido, pobres e classes médias, inclusive alta classe média, são atendidos pelo NHS.

O SUS aprovado pela Constituição de 1988 foi inspirado no modelo inglês com as devidas adaptações. Entretanto, logo após sua inscrição na Constituição foi considerado inviável por sucessivos governos. Atualmente, os ingleses se orgulham de seu sistema público e o Brasil continua às voltas com as pressões do setor privado.

IHU On-Line – Nos Estados Unidos, a gestão de Barack Obama trouxe uma alternativa à assistência em saúde. Mas esse sistema não foi bem aceito e o atual governo tenta desfigurá-lo. Por que o “Obamacare” gerou e ainda gera tanta polêmica? O que essa experiência norte-americana pode legar à realidade brasileira?

Ligia Bahia – O Obamacare foi uma reforma importante e muito controvertida, foi aprovado pelo congresso com três votos de diferença (houve senadores democratas que votaram contra) e a maioria da população (53%) se posicionava também contrária ao projeto. As principais polêmicas se concentraram em torno da ampliação da intervenção estatal na saúde. Os EUA construíram um sistema de saúde orientado pelo mercado e o Obamacare abalou os alicerces da dinâmica de grandes grupos empresariais.

Apesar das imensas dificuldades e vaivéns, o Obamacare logrou uma imensa vitória. O patamar dos debates sobre saúde hoje nos EUA é completamente diferente. Os democratas propõem um sistema de saúde ainda mais público e os republicanos admitem preservar garantias de cobertura do Obamacare. A experiência norte-americana, a despeito das imensas diferenças entre ambos os países, indica que os sistemas de saúde públicos são mais efetivos. Se um país de renda alta como os EUA

caminha para um sistema público, o Brasil deveria tratar de valorizar e reafirmar o SUS.

IHU On-Line – O SUS já tem mais de 30 anos². Nesse período, quais os mais significativos avanços, impasses, retrocessos e adaptações na compreensão da articulação do SUS com o setor privado?

Ligia Bahia – Os principais avanços são a compreensão sobre a diferença entre público e estatal. O SUS é público, significa que sua rede pode ser constituída por serviços de qualquer natureza desde que atenda a todos. Os retrocessos gravitam em torno da fragilidade do SUS para se afirmar como uma rede de serviços de qualidade. Ao longo de trinta anos, os serviços públicos não conseguiram se tornar exemplos de limpeza, bom atendimento, atendimento personalizado. Há uma diferença notória entre a conservação de prédios, procedimentos de recepção, tempos de espera entre os

serviços públicos e privados. Nesse período se cristalizou um impasse: os serviços privados, subsidiados com recursos públicos, se recusam ao atendimento universal e os públicos subfinanciados atendem todos de modo insatisfatório.

“Os ingleses se orgulham de seu sistema público e o Brasil continua às voltas com as pressões do setor privado”

IHU On-Line – Quais os desafios para evitar que lógicas mercantilistas ditem as regras na gestão de saúde pública e para fortalecer o SUS, inclusive dando um melhor aporte nas suas formas de financiamento?

Ligia Bahia – Interesses empresariais são legítimos, o que deve ser combatido é a promiscuidade entre público e privado. Os empresários da saúde estão querendo posar de reformadores do sistema de saúde e esse lugar não lhes pertence. Vender mais planos de saúde não é sinônimo de solução para um país como o Brasil, que está às voltas com imensos problemas de saúde.

Para fortalecer o SUS é necessário encarar o fato de que somos mais de 200 milhões de habitantes, a maioria de renda baixa e média e não podemos entregar a saúde para grupos empresariais, que são atraídos aos locais em que se situam segmentos de maior renda e não pelas condições sanitárias prioritárias. O financiamento e a gestão do SUS precisam ser revistos. O SUS requer um volume de recursos muito superior ao atual, que poderiam ser obtidos com o fim dos subsídios públicos ao setor privado. A modernização da gestão, incluindo fim das influências político-partidárias para a nomeação de cargos técnicos, avaliação, prestação de contas e transparência, é tarefa inadiável. ■

2 Em 2018, quando o SUS completava 30 anos, a IHU On-Line preparou uma edição especial, intitulada *Sistema público e universal de saúde – Aos 30 anos, o desafio de combater o desmonte do SUS*. Acesse em ihuonline.unisinos.br/edicao/526. (Nota da IHU On-Line)

Leia mais

- **“O SUS nos tornará mais humanos e, portanto, mais brasileiros”**. Entrevista com Ligia Bahia, publicada na revista IHU On-Line, número 376, de 17-10-2011, disponível em <http://bit.ly/2kikrfY>.
- **O sucateamento do SUS é consequência da lógica das empreiteiras e dos esquemas político-partidários**. Entrevista especial com Ligia Bahia, publicada nas Notícias do Dia de 16-5-2017, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU, disponível em <http://bit.ly/2k01NsW>.
- **Decisão do STF sobre planos de saúde é histórica e determina que planos de saúde não podem usar o SUS a seu bel-prazer**. Entrevista especial com Ligia Bahia, publicada nas Notícias do Dia de 1-3-2018, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU, disponível em <http://bit.ly/2jXpRg0>.
- **O entrecruzamento de interesses políticos e econômicos locais e o desafio de enfrentar o déficit de médicos em regiões inóspitas do país**. Entrevista especial com Ligia Bahia, publicada nas Notícias do Dia de 24-6-2019, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU, disponível em <http://bit.ly/2k0211Y>.

O SUS reduzido a sistema complementar do setor privado

Segundo Alcides Silva de Miranda, há um mercado especializado em doenças por trás dos planos privados de saúde que jogam para o sistema público, entre outras despesas, as de alto custo

João Vitor Santos

Já é quase lugar comum entre os especialistas afirmar que o Sistema Único de Saúde – SUS está sob riscos e que os planos privados de saúde são um elemento importante nesse processo de desidratação. Porém, ao contrário do que se possa supor, o mercado de planos privados não quer acabar com o SUS. O professor Alcides Silva de Miranda observa que a intenção é manter o sistema público como uma espécie de aposto, mas que seja capaz de arcar com tudo aquilo que dá despesas ao sistema privado. “Em função de subfinanciamento crônico e de sucessivos erros estratégicos de políticas governamentais (alguns intencionais), o SUS se tornou ‘complementar’ ao setor privado (constitucionalmente deveria ser o inverso)”, sintetiza, na entrevista concedida por e-mail à **IHU On-Line**. Ele ainda explica que “para o mercado especializado em doenças o SUS tem sido convenientemente útil para arcar com despesas de alto custo (transplantes, hemodiálises, outras terapias excepcionalmente caras) que gerariam eventuais prejuízos financeiros. Assim como para alguns dos mercadores de doenças o SUS tem sido conveniente como suporte ambivalente para pagamentos adicionais”.

Para Miranda, é preciso compreender essa ideia de “mercado especializado de doença” que está por trás do sistema mercantil de saúde. “No mundo inteiro, o setor privado e o mercado especializado em doenças concentram seus investimentos na indução de demandas e, por isso, têm aumentado consideravelmente a classificação de novos eventos mórbitos a requerer novas especialidades,

tecnologias e recursos terapêuticos”, define. “O mercado especializado em doenças concentra os seus investimentos e capitais no trabalho médico e nas últimas décadas promoveu uma alteração significativa do modo de produção clínico e artesanal, antigamente denominado como ‘prática liberal’, para um modo de produção mais *taylorizado*, buscando incrementar segmentações e fragmentações subespecializadas com ênfase no controle e seriação dos processos de trabalho médico”, detalha.

É por isso que considera que “os Planos de Saúde como alternativa de mercado e modalidade organizativa da prestação de serviços assistenciais especializados nunca foram uma ameaça para o SUS. O mercado e os mercados especializados em doenças, sim”. Assim, tão importante quanto relegar ao sistema público procedimentos de alto custo, é assegurar que a intervenção do Estado sob sistemas privados seja cada vez mais irrisória. “A regulação estatal das operadoras de planos de saúde estabelecida e efetuada a partir da ANS é quase uma piada de mau gosto, uma tragicomédia que reforça o sentido abrangente do que significa realmente o Estado brasileiro para os oligopólios historicamente parasitários e tutelares”, dispara.

Alcides Silva de Miranda é graduado em Medicina pela Faculdade Estadual de Medicina do Pará - FEMP/PA, com especialização em Medicina de Família e Comunidade, pelo Programa de Residência Médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - SSC-GHC/RS, mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE e doutorado em

Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC-UFBA. Atualmente, é professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, nos cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

A entrevista foi originalmente publicada nas Notícias do Dia de 11-09-2019, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos – IHU, disponível em <http://bit.ly/2mpgzSk>.

Confira a entrevista.

IHU On-Line – Como compreender o surgimento da saúde suplementar no Brasil?

Alcides Silva de Miranda – A constituição e regulamentação legal dos processos de mercantilização em escala da assistência médica especializada, notadamente sob a forma de securitização, remontam do início do século XX, principalmente a partir dos EUA. No caso brasileiro, a conjuntura propícia ocorreu na década de 1970, período da ditadura militar, inicialmente por iniciativa das grandes montadoras de automóveis sediadas em São Paulo, que buscaram ofertar procedimentos de assistência médica aos seus operários e familiares pela via da contratação de empresas especializadas (denominadas como “Medicina de Grupo”). Como também, para viabilizar tal oferta, as referidas montadoras demandaram compensações tributárias ao governo federal, que foram obtidas pela regulamentação legal de modalidade de renúncia fiscal para Pessoas Jurídicas e Físicas.

Inicialmente, em razão da ênfase na diminuição de custeio pelas empresas contratantes e em função da insuficiência para uma oferta abrangente de procedimentos assistenciais especializados (ambulatoriais, hospitalares, apoio diagnóstico e terapêutico) pelas empresas assistenciais contratadas, prevaleceu a opção pela modalidade contratual de Planos de Saúde, em vez de Seguros de saúde. Grosso modo, os Planos de Saúde consistem na contratação restrita de predeterminados procedimentos assistenciais, com as

alternativas de escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde preestabelecidas pelas empresas contratadas; em vez de autonomia na escolha por parte da clientela e do pagamento posterior à prestação de serviços, típico da modalidade de Seguros de saúde.

A modalidade contratual de Planos de Saúde tornou-se predominante no país e, mantido o artifício da renúncia fiscal (devolução no Imposto de Renda de Pessoas Físicas e Jurídicas de um limite de valores pagos como contrapartida pela prestação de serviços privados de educação e saúde), obteve progressivo incremento, principalmente na década de 1990. Ao longo do tempo também se complexificaram as intermediações administrativas e os agenciamentos operacionais dos procedimentos assistenciais contratados, sendo institucionalizadas e regulamentadas as Operadoras de Planos de Saúde.

Inclusive, a modalidade de contratação e prestação de serviços a partir de trabalho cooperativado de profissionais de saúde, como o caso das Cooperativas Unimed¹ (existentes desde o final da década de 1960), passaram a ser agenciados e a operar com a mesma logística e racionalidade

de empresarial dos Planos de Saúde. Esta modalidade de cooperativa profissional constitui atualmente a maior proporção das Operadoras de planos assistenciais médicos.

SUS e os planos privados

Desde 1988, com a advento do Sistema Único de Saúde - SUS, os serviços sem vínculos com o setor público, como aqueles contratados pelos Planos de Saúde, passam a ser classificados como “suplementares”, ou seja, adicionais, mas sem complementaridade para com as políticas públicas. Convém destacar que tal classificação é aplicável aos serviços de saúde e não propriamente aos estabelecimentos prestadores. Ou seja, um mesmo estabelecimento de saúde privado, com ou sem fins lucrativos, pode ao mesmo tempo administrar, operar e produzir serviços complementares ao SUS (contratados ou conveniados) e serviços suplementares, como aqueles contratados pelos Planos de Saúde e agenciados por diversas Operadoras.

Em 1998, o governo de Fernando Henrique Cardoso criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com o propósito de regular o setor suplementar de serviços de saúde, notadamente as Operadoras e os Planos de Saúde privados.

Números dos planos

Dados provenientes da ANS e relativos ao mês de junho de 2019 dão conta de que no Brasil havia o registro de aproximadamente 47 milhões de beneficiários de planos assistenciais médicos (correspondente a cer-

¹ **Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed)**: é a maior operadora de planos de saúde do Brasil. Fundada em 28 de novembro de 1975, o sistema de cooperativas médicas, que teve um faturamento de 33 bilhões de reais em 2012, é líder no mercado privado nacional (40% do mercado doméstico de planos de saúde) e está presente em 83% do território brasileiro. É também considerada a maior cooperativa de saúde do mundo. São 347 cooperativas em todo o país (comparáveis a subsidiárias, mas geridas de maneira autônoma), controladas pelos 113 mil médicos cooperados, além de 34 cooperativas regionais, que fazem o meio de campo entre as subsidiárias e a Unimed nacional. O sistema conta com 18 milhões de beneficiários, 2.611 hospitais credenciados e 114 hospitais próprios. (Nota da **IHU On-Line**)

ca de 22,5% da população estimada para o período) e aproximadamente 25 mil beneficiários de planos assistenciais odontológicos (cerca de 11,8% da população estimada). Dos beneficiários de planos assistenciais médicos registrados, a proporção de 67,3% havia contratado a modalidade “Coletiva Empresarial” e 19,1% a modalidade “Individual/Familiar”. Estavam registrados na ocasião 54.445 planos assistenciais médicos e quase cinco mil planos assistenciais odontológicos, os quais eram administrados por 1.219 Operadoras, estando a maioria das mesmas (61,3%) sediadas na Região Sudeste (onde vive cerca de 42% da população brasileira) e a minoria (somente 4,4%) sediadas na Região Norte (onde vive cerca de 9% da população brasileira). Consideradas apenas as Operadoras exclusivas de planos assistenciais médicos, a proporção de modalidades administrativas era respectivamente de: 31,6% de Cooperativas Médicas, 28,7% de “Medicina de Grupo”, 17,5% de “Empresas de Autogestão”, 16,6% de “Administradoras de Benefícios”, 4,5% de “Operadoras Filantrópicas” e somente 1% de “Seguradoras”.

Como o setor privado suplementar e particularmente o seu segmento de Planos de Saúde estão muito focados e dependentes do trabalho profissional médico, convém dimensionar uma tendência correlata. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, nos últimos dez anos (2010-2019) houve um aumento significativo (38,5%) na oferta de ocupações médicas (empregos) no país, entretanto, enquanto as taxas populacionais de oferta em serviços vinculados ao SUS obtiveram um incremento de 3,3 para 3,9 ocupações médicas por 1.000 hab. (20,5%), nos serviços privados suplementares o incremento variou de 1,0 para 1,9 ocupações médicas por 1.000 hab. (91,1%). Não é preciso muito discernimento para constatar que prevalece a tendência de maior expansão do segmento suplementar de mercado para o trabalho médico. Atualmente a principal variável associada com a fixação de

profissionais médicos é a existência de ocupações no segmento privado e suplementar, sendo que, na maior parte das vezes, esses profissionais trabalham também em serviços vinculados ao SUS (em junho de 2019, havia uma média de 2,8 ocupações para cada médico cadastrado em estabelecimentos de saúde).

Apresentei sumariamente alguns quantitativos para argumentar que qualquer análise razoável sobre o surgimento, o crescimento e a consolidação do setor suplementar de Saúde no Brasil precisa levar em conta os termos de reconstituição de um mercado assistencial especializado... Eu diria, não propriamente especializado na produção de saúde, mas, sim, no consumo de procedimentos biomédicos e, portanto, dependente de doenças e doentes.

Reciclagem das formas de corporativismo autoritário

No mundo inteiro, o setor privado e o mercado especializado em doenças concentram seus investimentos na indução de demandas e, por isso, tem aumentado consideravelmente a classificação de novos eventos mórbidos a requerer novas especialidades, tecnologias e recursos terapêuticos. O mercado especializado em doenças concentra os seus investimentos e capitais no trabalho médico e nas últimas décadas promoveu uma alteração significativa do modo de produção clínico e artesanal, antigamente denominado como “prática liberal” (em razão de maior autonomia dos Clínicos), para um modo de produção mais *taylorizado*, buscando incrementar segmentações e fragmentações subespecializadas com ênfase no controle e seriação dos processos de trabalho médico, visando melhor eficiência em termos de economia de escopo e de escala.

No caso brasileiro, as tendências e evidências consubstanciam a tese de que a alternativa mercantil mais compatível com a mudança do modo de produção e de controle do trabalho médico, estritamente assistencial e especializado em doenças,

tem sido os “Planos de Saúde”. Ao mesmo tempo em que essa modalidade se constitui pela segmentação subespecializada por economia de escala e sob o controle do mercado assistencial focado em doenças, vende a ilusão de “autonomia” relativa para uma corporação cada vez mais insegura pela massificação e concorrência de seu trabalho, mais insatisfeita com a perda de poder técnico (em disputas acirradas com outras corporações profissionais) e com o desgaste de sua aura de carisma institucionalizado.

Claro, eu necessitaria de mais subsídios, elementos e argumentos para justificar essa tese, o que não caberia em breve resposta. Entretanto, apresento tal provocação não somente para explicar parcialmente o surgimento e consolidação do setor suplementar, como também para explicar a reciclagem das formas de corporativismo autoritário dentre os profissionais médicos (digo, de passagem, minha formação profissional).

IHU On-Line – Quando os planos privados de saúde vão se configurar como uma ameaça ao Sistema Único de Saúde - SUS?

Alcides Silva de Miranda – Creio que os Planos de Saúde como alternativa de mercado e modalidade organizativa da prestação de serviços assistenciais especializados nunca foram uma ameaça para o SUS. O mercado e os mercadores especializados em doenças, sim. Refiro-me a um mercado “especializado em doenças” como uma política focalizada (nas doenças e no lucro gerado pelo seu manejo mercantil), em distinção com a necessária direcionalidade de uma política pública: a produção social e a atenção integral em Saúde, a partir de estratégias integradas em sistemas institucionalizados de ações e serviços orientados para intervir sobre determinantes dos processos de saúde (prevenção, promoção); para proteger os indivíduos e grupos sociais mais vulneráveis e expostos a riscos e desgastes (biológicos, sociais, ambientais, de

trabalho etc.); para garantir assistência no caso de eventos (doenças e outros agravos, gestações etc.), mas também para garantir medidas e intervenções para a reabilitação e a reintegração.

Afirmo isso porque nas experiências históricas de consolidação efetiva de políticas e sistemas universais de Saúde, a existência de subsistemas suplementares mercantis nunca constituiu ameaça. No passado, alguns países do hemisfério norte optaram pela universalização de políticas públicas de saúde (sob a égide do *welfare state*) e estabeleceram regimes e vínculos contratuais diretamente com médicos, buscando preservar alguns aspectos de sua “prática liberal”, com adscrição de clientelas, contudo, também com maior regulação estatal. Em tais experiências, o setor privado suplementar não vicejou e a oferta de planos de securitização ou de “pacotes” com programação de procedimentos biomédicos se tornou algo raro.

No Brasil, a opção inicial no SUS foi de incluir o trabalho profissional sob a forma de serviço público (estatutário ou regido pela CLT), em alguns casos, em regime de dedicação exclusiva. Entretanto, isso ocorreu sem que tenham sido efetivadas reformas e garantias burocráticas elementares (no sentido *weberiano*), como a regulamentação de um plano nacional de cargos, carreiras e salários; a descentralização de recursos e a desverticalização de estratégias programáticas etc.

Do Direito Público para o Direito Privado

Nos últimos anos, parcialmente em função da não ocorrência de necessárias reformas na Administração Pública Direta, muitos gestores governamentais do SUS têm acentuado a transferência de estabelecimentos e serviços de saúde da égide do Direito Público para o Direito Privado, principalmente pelo seu “empresariamento” (mudança da institucionalidade de estabelecimentos estatais para as modalidades de empresas públicas, fundações estatais de Di-

reito Privado, Sociedades de Economia Mista) e agenciamento empresarial (contratação de associações privadas em regime especial, como Organizações Sociais e congêneres). Esse fenômeno implica na transferência de prerrogativas de gestão pública e de autoridade sanitária estatal para a égide do Direito Privado, com a introjeção da racionalidade de gestão empresarial de mercado e com ênfase no “direito de consumo de procedimentos biomédicos”, à revelia do direito social e princípios da política pública de Saúde.

O contrato social estabelecido constitucionalmente de direito ao cuidado (universal, equânime, integral, participativo, sob controle público etc.) vai sendo gradualmente substituído por “contratos de gestão” para a produção especializada, desintegrada e o consumo de procedimentos biomédicos assistenciais. Dito de outro modo, mesmo na esfera pública, o mercado de doenças ameaça e avança célere em contraposição aos fundamentos ético-sociais e princípios de direcionalidade do SUS.

Dificuldades e subfinanciamento

Dentre outras dificuldades, o crônico subfinanciamento e o progressivo desfinanciamento do SUS têm acentuado a sua fragilização institucional, criando lastro para as “alternativas de mercado”. Por exemplo, a proposta de oferta de “Planos de saúde populares” com subvenções públicas pode até soar como alternativa viável para o consumo fragmentado de procedimentos ambulatoriais de baixo custo, entretanto, fere de morte as garantias de integralidade (promoção da Saúde, proteção, reabilitação, reintegração... Para além da assistência imediata de demandas individuais e eventuais) e de melhor equidade (prioridade para os mais expostos a riscos, vulnerabilidades e desgastes biológicos, sociais, ambientais) tensionadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, mesmo quando introjetada na institucionalidade estatal, a racionalidade empresarial do mercado

especializado em doenças não opera sob controle público (aos moldes dos Conselhos de Saúde), buscando disfarçar formas figurativas e tuteladas de regulação estatal.

Em suma, as ameaças e riscos para o SUS provêm principalmente das iniciativas e tentativas, inclusive governamentais, de reificação do direito social com ênfase em seu valor de troca e consumo, sob a forma de mercadoria. Uma espécie de “quase-mercado” dependente de oligopólios e de uma corporação profissional especializada e autoritária. Os Planos de Saúde são uma das alternativas deste mercado, contando para a sua expansão e consolidação com a depreciação (de fato e simbólica) do SUS.

“A regulação estatal das operadoras de planos de saúde estabelecida e efetuada a partir da ANS é quase uma piada de mau gosto”

IHU On-Line – Qual a sua avaliação quanto às formas de regulação do Estado brasileiro acerca da saúde suplementar? Quais os avanços e os limites que a Agência Nacional de Saúde - ANS trouxe a essa regulação?

Alcides Silva de Miranda – Ultimamente, a regulação estatal das operadoras de planos de saúde estabelecida e efetuada a partir da ANS

é quase uma piada de mau gosto, uma tragicomédia que reforça o sentido abrangente do que significa realmente o Estado brasileiro para os oligopólios historicamente parasitários e tutelares. Evidentemente não me refiro ao conjunto de técnicos e trabalhadores da ANS, que muito têm se esforçado para estabelecer um marco regulatório minimamente republicano e para executar com responsabilidade as suas funções de fiscalização, controle e regulação. Refiro-me preliminarmente à opção política, ensejada no governo FHC, que vai além da política setorial de Saúde, de uma regulação agenciada e sem controle público, sob governança intercorporativa e sob a tutela dos oligopólios concorrentes ou parasitários das políticas públicas.

No caso da regulamentação da ANS, fica claro o propósito de delegação de autoridade dissociativa (para com o Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que constitucionalmente deveriam compor a direcionalidade única, em termos regulatórios) e de alienação das instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos de Saúde). Conjunturalmente, refiro-me aos fatos inequívocos de escolhas burlescas de altos dirigentes para a ANS. Dirigentes com biografias e “folhas corridas” de serviços prestados para Operadoras de Planos de Saúde, intermediários da tutela deste oligopólio sobre tal instância de regulação agenciada.

Como afirmei anteriormente, dada a característica histórica da relação pública e privada no país, da tutela e parasitismo de oligopólios e de corporações autoritárias (da sociedade política e civil) sobre o Estado brasileiro, seria surpreendente se a regulação do setor privado e suplementar de Saúde ocorresse de outra forma.

IHU On-Line – O que está por trás da intenção das operadoras de saúde privadas de retirar da ANS o poder de regulação e fiscalização dos Planos de Saúde?

Alcides Silva de Miranda – Em prosseguimento com a resposta anterior, não creio que exista tal intencionalidade, pelo menos em perspectiva estratégica. Já existe tutela do referido oligopólio e mera “governança procedimental” na ANS. Ou seja, a direcionalidade e a metarregulação já estão estabelecidas pelo oligopólio de Operadoras dos Planos de Saúde, enquanto competem à ANS os termos procedimentais de governança e de regulação.

O que pode haver de intencionalidade circunstancial, em oportunismo tático para com a atual conjuntura de ofensiva ultraliberal distópica, alinha-se às pretensões de maior “flexibilização” procedimental em nome da “autorregulação” mercantil.

“O SUS ainda não foi legitimado socialmente e apropriado pelo seu valor de uso, muito menos por seus valores redistributivos”

IHU On-Line – O que desejam as operadoras de planos privados? Qual a questão de fundo ao levantar esses pleitos diante da atual conjuntura?

Alcides Silva de Miranda – O de sempre, nos termos de sua propensão ideológica: mais autonomia para autorregulação mercantil. O que chega a ser irônico, porque lembra um dito popular: “Se ficar melhor, estraga...”. Para este oligopólio,

a atual tutela sobre ANS tem a vantagem de disfarçar os termos de direcionalidade das dinâmicas regulatórias do setor e ensaiar, de vez em quando, algumas medidas simbólicas de controle e punibilidade com apelo popular (processadas e divulgadas pelo oligopólio da grande mídia, parceiro que muito lucra com o pagamento de propagandas das Operadoras).

Aproveitar a conjuntura de ofensiva ultraliberal para esvaziar a instância já instrumentalizada (ANS) e “escancarar” a ilusão de autorregulação mercantil pode ser um risco mal calculado estrategicamente (embora devamos admitir que cálculos estratégicos de longo prazo nunca foram o forte deste oligopólio). O ultraliberalismo em voga no Brasil possui natureza distópica e caráter indigente e precipitado, se pensarmos nos termos mais substanciais da agenda de reformas neoliberais preconizada para a periferia do capitalismo. O oportunismo da aposta precipitada pode contaminar o setor com a mesma distopia.

IHU On-Line – De que forma as crises econômicas do Brasil dos últimos anos têm impactado o setor de saúde suplementar? E como isso tem repercutido no SUS?

Alcides Silva de Miranda – As contemporâneas “crises econômicas” têm fragilizado o capital produtivo em sua interdependência dialética para com o capital especulativo e rentista. No Brasil as ditas “crises” têm aumentado a concentração de renda e diminuído o poder aquisitivo de quase todos, mas, particularmente, do estrato denominado vulgarmente como “classe média”, principal consumidor dos serviços vendidos pelas Operadoras de Planos de Saúde. Tendencialmente a diminuição do poder aquisitivo (e de custeio para necessidades expressas) da “classe média” deve impactar negativamente o mercado das Operadoras de Planos de Saúde, o que só pode ser melhor dimensionado em ciclos e períodos mais longos. O

problema é que a rápida sucessão de “crises econômicas” em curso, que capitaliza e nutre o mercado financeiro, prenuncia mudanças estruturais profundas, cujos impactos devem ser projetados com cautela, principalmente em se tratando de “mercados” específicos.

Enquanto isso, o setor privado de Saúde Suplementar no Brasil integra o condomínio de oligopólios que aposta e investe nas disrupções e impositões ultraliberais conjunturalmente em curso. Torna-se inevitável a lembrança de outra alegoria: aquela do parasita afoito que termina por matar o hospedeiro.

“Reitero que o processo de criação do SUS nunca se completa e nem se esgota, o que é dialeticamente imprescindível”

IHU On-Line – Quais os riscos de privatização do SUS, convertendo-o nos moldes de Planos de Saúde privados?

Alcides Silva de Miranda – Em função de subfinanciamento crônico e de sucessivos erros estratégicos de políticas governamentais (alguns intencionais), o SUS se tornou “complementar” ao setor privado (constitucionalmente deveria ser o inverso). Mais do que isso, tornou-se convenientemente útil para a transferência de custeios. Por exemplo, para o mercado especializado em doenças o SUS tem sido convenientemente útil para arcar com despesas de alto

custo (transplantes, hemodiálises, outras terapias excepcionalmente caras) que gerariam eventuais prejuízos financeiros. Assim como para alguns dos mercados de doenças o SUS tem sido conveniente como suporte ambivalente para pagamentos adicionais (“agiliza-se” o que deve ser feito, mas demoraria muito pela “fila do SUS”, no caso de que se “pague por fora” um adicional pelo procedimento, assim mesmo, encaminhando os exames, as internações etc. “pelo SUS”).

Com tal utilidade acessória, a “privatização” do SUS seria inconveniente para o mercado especializado em doenças, melhor seria mantê-lo como se encontra: instrumentalizado e parasitado. Mantendo a circunscrição acessória e complementar do SUS, nada impediria que o mercado especializado em doenças abrisse campo para a massificação e venda de “planos meia boca” e “populares”.

Para os *chicago boys* que estão (e sempre estiveram) em altos escalões da política e da institucionalidade econômica governamental, a proposta é outra: transformar o SUS num “grande plano de saúde” com a programação de uma “universalidade básica” (“carteira de procedimentos” para todos, com “complementações” a cargo dos mercados) e gestão agenciada empresarialmente: um “SUS” reciclado sob os auspícios da “Av. Paulista”. Mais uma distopia anunciada, que revela o seu grau de irresponsabilidade e de individualismo utilitário e autoritário.

No entanto, considerando a atual conjuntura brasileira e mundial, propícia para distopias e neofascismos, sim, existe tal risco, que deve ser enfrentado não somente com alternativas de “redução de danos” ao SUS ou ao setor público de Saúde, mas com a busca de convergências republicanas e transeitoriais para as políticas públicas. Dito de outro modo: o risco não se restringe às políticas setoriais de saúde (ao SUS), trata-se de risco abrangente (societário, democrático, republicano, civilizatório) e assim deve ser enfrentado.

IHU On-Line – Muitos especialistas alegam que o SUS não teve completado o seu processo de criação. Em que medida a não completude desse processo – agenda incompleta da Reforma Sanitária, limitações do financiamento, insuficiências da regionalização, incipiente mudança nas práticas assistenciais e na burocratização dos modelos e processos de gestão – contribuiu para os avanços das lógicas de privatização sobre o sistema de saúde pública?

Alcides Silva de Miranda – Anteriormente já respondi algo sumário sobre tais insuficiências e incompletudes para a consolidação do SUS como política pública e republicana. Muitos têm sido os constrangimentos (financeiros, de gestão intergovernamental, de modelagem tecnossistêmica etc.) que deformaram a arquitetura constitucional do SUS, substituindo-a por “puxadinhos” e “penduricalhos” de arranjos governamentais (em vez de políticas de Estado). Mesmo assim, a experiência incremental e incompleta dessa política pública de Saúde tem sido um dos melhores exemplos de responsabilidade social e efetividade equânime na história do nosso país. É impressionante, mesmo para a ótica internacional, como uma política pública tão constrangida recursivamente, tão parasitada e comprometida por interesses privados e corporativos, tenha atingido tamanha cobertura e tenha diminuído significativamente iniquidades de acesso e de utilização de serviços públicos. Existem muitos indicadores epidemiológicos e sociais que dimensionam e consubstanciam o alcance, a abrangência e os resultados do SUS, seja em termos de produção de serviços (*outputs*) ou de impactos sobre o estado de saúde da população (*outcomes*).

O SUS ainda não foi legitimado socialmente e apropriado pelo seu valor de uso, muito menos por seus valores redistributivos. Além de suas dificuldades e insuficiências, enfrenta ainda a guerra de desinformações promovida pelo mercado especiali-

zado em doenças, que, evidentemente, busca realçar midiaticamente a ineficácia simbólica do “SUS”, para continuar capitalizando as vantagens decorridas de tal depreciação. Mas é bom lembrar que mesmo em experiências de reformas mais rápidas e substanciais, como o caso do sistema de saúde do Reino Unido (NHS), o processo de legitimação social implicou em décadas de disputas estratégicas e ideológicas.

Reitero que o processo de criação do SUS nunca se completa e nem se esgota, o que é dialeticamente imprescindível. Evidentemente, as lacunas e os termos de suas insuficiências ou incompletudes estão em disputa. Ao mesmo tempo em que se torna preocupante o futuro de tão frágil e débil política pública, torna-se contraproducente subestimá-la, mesmo diante de conjunturas tão adversas.

sistente, contínua e inequívoca tensão política que disputa pretensões de reforma estratégica institucional com ênfase na APS; entretanto, com os mesmos percalços, insuficiências e incompletudes do conjunto das estratégias institucionais e programáticas do SUS.

Da mesma forma, existem versões e proposições mais corporativas e mercantilizadas para a ênfase na APS, geralmente veiculadas em discursos tecnocráticos e disfarçadas em competências instrumentais (no sentido *habermasiano* do termo). As próprias Operadoras de Planos de Saúde têm investido em procedimentos típicos de APS (*Homecare* etc.), visando mais a racionalização na contenção de custos operacionais (APS de *gatekeepers* para a triagem de demandas e coordenação de referenciamentos), do que propriamente a constituição de atributos inerentes a tal estratégia de cuidado como política pública.

O mercado das doenças tem induzido a formação e atuação de uma corporação médica especializada em APS, inclusive, muitos dos seus expoentes ocupam cargos diretivos governamentais, de onde buscam traficar reformas de interesse corporativo e mercantil, amparadas em discursos tecnocráticos e medidas autoritárias, verticais. Inclusive, na conjuntura atual esse viés corporativo, autoritário e tecnocrático, pautado em discurso reformista da APS, tem se configurado como uma das tensões mais influentes, proeminentes e atuantes no Ministério da Saúde do governo Bolsonaro.

Claro, se analisarmos as especialidades médicas orientadas pela e para a APS no Brasil, notadamente a “Medicina de Família e Comunidade”, constataremos disputas, muitas vezes subliminares, entre aqueles que têm implicação e compromisso com os princípios ético-sociais e diretrizes do SUS e aqueles que estão mais alinhados em perspectiva corporativa e de mercado especializado. Portanto, a questão mais pertinente não seria se a APS encontra-se em risco diante da ofensiva de “privatização da Saúde Pública”, mas, sobre qual APS estamos referindo.

APS do sistema público e do sistema privado

No SUS a APS está definida pela adscrição de responsabilidades (clínicas e de Saúde Coletiva) de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar em relação a populações e territórios; na APS corporativa e mercantil preconiza-se a adscrição de clientela para especialistas médicos (os outros profissionais de saúde dependeriam dos especialistas médicos). Na APS do SUS busca-se ênfase na priorização de necessidades sociais visando o enfrentamento de iniquidades e as prioridades de proteção em razão de riscos e vulnerabilidades abrangentes; na APS corporativa e mercantil priorizam-se os protocolos de classificação de riscos estritamente biológicos visando a eficiência alocativa de recursos. Na APS do SUS busca-se a gestão do cuidado no âmbito local, a partir da mediação entre custos e benefícios sociais, individuais e comunitários; na APS corporativa e mercantil há ênfase em eficiência estritamente orçamentária (na condição de política governamental, a equação seria de custo orçamentário sobre benefício eleitoral)...

Enfim, poderia alongar as comparações em vários aspectos, mas importa realçar que se trata do matriciamento da APS a partir da política pública do SUS ou do mercado especializado em doenças.

IHU On-Line – Plano de saúde privado é o sonho de consumo de muitos brasileiros. Como compreender essas lógicas?

Alcides Silva de Miranda – A sociedade de mercados investe no individualismo (sob o disfarce do “empreendedorismo” individual) e na insegurança compensada pelo consumismo. Os “Planos de Saúde” são um produto de consumo compatível com tal ideação e governamentalidade (no sentido *foucaultiano do termo*), pois vendem a ilusão de autonomia de escolha diante de necessidades, desejos e sofrimentos que podem ser reais ou induzidos.

Aliada a esta egrégora ideológica há a disseminação do desprestígio, inefi-

“O SUS vive e pulsa e continuará sendo defendido com ousadia e criatividade”

IHU On-Line – A privatização da saúde pública pode ameaçar a Atenção Primária à Saúde? Por quê?

Alcides Silva de Miranda – A necessidade de mudança do modelo technoassistencial com ênfase na Atenção Primária à Saúde - APS é um consenso internacional. Entretanto, para todos os consensos “genéricos e generalizáveis” é importante termos o devido cuidado com as particularidades e singularidades de cada processo social, de cada práxis política, dos interesses em disputa. No contexto brasileiro tem havido uma per-

cácia e desvalia do SUS, o que gera situações curiosas: muitas pessoas preferem ser reificadas pelos “Planos de Saúde” (que também têm filas, destratos, constrangimentos, insuficiências etc.) do que se “submeterem” ao SUS. Em todo o caso, persiste o desafio ideológico em disputa societária: o “sonho de consumo” individual ou grupal *versus* o valor redistributivo da política pública.

IHU On-Line – Muitas empresas passam a aderir a planos coletivos de saúde privada e o oferecem como um dos grandes benefícios aos seus funcionários. Em que medida essa lógica também enfraquece o SUS?

Alcides Silva de Miranda – De fato, o que deveriam ser direitos sociais com garantia universal a partir de políticas públicas passam a ser capitalizados como gratificações ou compensações “voluntárias” de empresas aos seus empregados. O que os empresários não referem e nem divulgam são os “ganhos secundários” com tal “benemerência”.

De acordo com dados da Receita Federal², de 2013 a 2018 houve significativo incremento de recursos tributários devolvidos em função da renúncia fiscal por gastos privados especificamente com serviços de saúde, respectivamente: 57% no Imposto de Renda de Pessoas Físicas (de R\$ 7,4 bilhões para R\$ 11,6 bilhões), 97% no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (de R\$ 2,3 bilhões para R\$ 4,5 bilhões). Além de valores decorrentes de isenções tributárias para entidades “sem fins lucrativos” que, embora prestando serviços complementares ao SUS, operam concomitantemente com “Planos de Saúde” (próprios ou agenciados), que tiveram um incremento de 98% (de R\$ 2,2 bilhões para R\$ 6,6 bilhões) no mesmo período. Por exemplo, em média, do total de gastos declarados no Imposto de Renda, aproximadamente 70% correspondem ao pagamento de Planos de Saúde.

² Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), julho de 2019. (Nota do entrevistado)

No ano de 2018, os valores fiscais “renunciados”³ pela declaração de gastos com serviços privados de saúde no Imposto de Renda e por abatimentos e isenções tributárias para entidades “sem fins lucrativos” atingiu o montante de aproximadamente R\$ 27,1 bilhões (se acrescentarmos as isenções tributárias aplicadas às importações de matérias-primas para produtos fabricados pela indústria farmacêutica privada, o montante atingiu R\$ 32,2 bilhões), enquanto o gasto orçado pelo governo federal para o programa “Bolsa Família” foi de aproximadamente R\$ 28,7 bilhões. Considerando quais têm sido os estratos de renda que, desde a década de 1970, mais têm obtido “compensações” tributárias e financeiras com a renúncia fiscal aplicada aos gastos privados em serviços de saúde, é possível se insinuar que também existe uma espécie de “bolsa classe média-alta” no país, bem anterior ao “Bolsa Família”. Entretanto, não há registros de alguém em algum “bairro nobre” protestando com veemência ou “batendo panelas” contra tal artifício compensatório, que em muito tem induzido a adesão aos “Planos de Saúde” e ao progressivo lucro de suas Operadoras.

Como prepondera a regressividade na política tributária brasileira (os mais pobres pagam proporcionalmente mais tributos), cada centavo devolvido, em função de “renúncia fiscal” da parte de quem possui maior poder aquisitivo e de custeio familiar, deixa de ser contabilizado recursivamente para as políticas públicas, como o SUS. Os recursos tributários que deixam de ser pagos em função da renúncia fiscal com gastos privados de serviços de saúde equivalem ao custeio atual do SUS com a sua Atenção Primária, que poderia ser significativamente aumentado, caso houvesse maior aporte orçamentário.

O atual ministro da Economia, Paulo Guedes, tem proposto agora limitar os termos de “renúncia fiscal”, mas

³ Sobrinho WP. “Renúncia bilionária. Governo federal congela gastos com o SUS enquanto abre mão de bilhões de impostos da saúde privada...”. Folha de São Paulo, 19/12/2018. Em: <https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/governo-congela-gastos-com-o-sus-enquanto-abre-mao-de-bilhoes-em-impostos-a-saude-privada/> (Nota do entrevistado)

não está nem um pouco preocupado em canalizar os recursos tributários adicionais para financiar políticas públicas, como o SUS. Em verdade, opera em sentido inverso, ou seja, visa aumentar os recursos orçamentários de governo que tem nutrido a agiotagem do mercado rentista a partir dos serviços de juros da chamada “dívida pública”. Os recursos orçamentários para as políticas públicas permanecerão contingenciados ao teto imposto pelos síndicos governamentais dos rentistas, agiotas e “atravessadores”, da mesma estirpe do sr. ministro.

IHU On-Line – E quais os desafios para conceber lógicas que valorizem a saúde coletiva pública?

Alcides Silva de Miranda – Creio que não são desafios específicos ou restritos de políticas setoriais. Eu diria que são desafios societários, republicanos e civilizatórios (desconsiderado o viés etnocêntrico do termo) em um momento histórico crucial. Não entendo que a necessidade de consolidar as políticas públicas de saúde seja um desafio maior do que outras pendências históricas de direitos sociais e civis, mas enfatizo a afirmação original do Movimento Sanitário brasileiro, que há gerações e décadas tem lutado pela consolidação do SUS: democracia é saúde, saúde é democracia.

IHU On-Line – Deseja acrescentar algo?

Alcides Silva de Miranda – Temo que minhas respostas estejam contaminadas por um viés pessimista de análise conjuntural e contextual. Por isso, desejo acrescentar que o pessimismo da análise responsável não pode servir para nos paralisar ou reduzir as nossas pretensões aos termos de redução de danos na disputa política. Como recomendou o velho *filósofo sardo*: pessimismo na análise política requer otimismo na ação...

O SUS vive e pulsa e continuará sendo defendido com ousadia e criatividade. ■

Defensores do sistema público, mas usuários de planos de saúde

Para Élide Hennington, o subfinanciamento e a gestão do SUS levam à busca pelo sistema privado, mas isso não pode significar abandono da luta pelo fortalecimento do sistema público

João Vitor Santos

Quem busca emprego não está só atento ao salário, mas também aos benefícios ofertados pelos empregadores. Entre esses benefícios, a grande estrela são sempre os planos de saúde. Na prática, a busca pelo sistema privado acaba nutrindo um mercado, enquanto o Sistema Único de Saúde - SUS é desestruturado. “Esta é uma questão antiga que acompanha os debates sobre a defesa do SUS e a aparente contradição que habita o seio não só da classe que vive do trabalho, mas também do movimento sanitário e de todos que defendem a saúde pública, equânime e universal”, aponta a médica e especialista em saúde coletiva Élide Hennington. Na entrevista, concedida por e-mail à **IHU On-Line**, também reconhece a aparente contradição. “Eu defendo o SUS e tenho plano de saúde. Sabemos que os planos privados não são a solução, porém o sistema público de saúde ainda não funciona da maneira que gostaríamos e, se temos condições financeiras, optamos por fazer um plano privado”, analisa.

Para Élide, é necessário um movimento da sociedade que exija melhor financiamento do sistema público, assim como a otimização da gestão e uso dos recursos. É como diz: “fortalecimento de uma consciência crítica que favoreça a defesa daquilo que é público, do uso adequado dos impostos que pagamos, do compromisso dos governantes para o direcionamento dos recursos para as políticas sociais”. Mesmo reconhecendo que essa não é uma tarefa fácil, aponta que “o Brasil precisa avançar muito na valorização da coisa pública: da saúde pública, do transporte público, da educação pública etc. A defesa tem que ser intransigente, ainda que por um tempo

tenhamos que conviver com essas contradições”.

Além disso, ressalta que não se pode perder a perspectiva de que a saúde é um bem público e não comercializável. “Na medida em que os trabalhadores optam pelos planos de saúde sem uma visão crítica, sem perspectiva de defesa e fortalecimento do SUS ou até mesmo negando o SUS, eles acabam fortalecendo o privado em detrimento do público, a lógica da saúde como mercadoria”, completa. Assim, enfatiza que é preciso pensar nesse fortalecimento como princípio de solidariedade para quem não conta com a possibilidade de pagar a saúde como bem. E, depois, até mesmo quem hoje diz não usar e não querer o SUS, pode acabar tendo esse sistema como única opção assistencial. “Com o crescimento da informalidade, do subemprego e do desemprego, grandes parcelas da população só terão acesso ao SUS. Mais do que nunca é preciso que essa discussão penetre no âmbito dos sindicatos e movimentos sociais. O empregado de hoje pode ser o desempregado de amanhã”.

Élide Azevedo Hennington é graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, possui mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e pós-doutorado no Instituto de Salud Colectiva da Universidade Nacional de Lanús, na Argentina. Atualmente é pesquisadora titular em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - PPGSP ENSP Fiocruz.

Confira a entrevista.

“O que diferencia é que para a saúde pública, saúde é direito e não mercadoria e, portanto, o projeto da saúde pública é a defesa da vida”

IHU On-Line – Quais as diferenças e as semelhanças entre os projetos de saúde coletiva pública e privada?

Élida Azevedo Hennington – Fundamentalmente, o que diferencia é que para a saúde pública, saúde é direito e não mercadoria e, portanto, o projeto da saúde pública é a defesa da vida. Ao contrário, o setor privado da saúde, em última instância, visa ao lucro, o que pode comprometer a oferta de serviços quando estes forem considerados pouco lucrativos ou deficitários. Podemos observar que o SUS assume o atendimento da população em muitas situações que não são de interesse da saúde privada porque não geram lucro como, por exemplo, atendimentos de alta complexidade e internações de longa duração. De outro modo, todos nós usufruímos de importantes serviços prestados pelo sistema público de saúde, como as campanhas e a vacinação de rotina oferecida nos centros de saúde, as ações de vigilância sanitária e ambiental, o controle da qualidade de alimentos e da água, controle do sangue e hemoderivados, os atendimentos de urgência, transplante de órgãos, dentre outros.

IHU On-Line – Em que medida os planos de saúde privados podem constituir uma ameaça ao sistema público de saúde?

Élida Azevedo Hennington – Sabe-se que os planos de saúde privados atuam fortemente na disputa por mercado e por recursos públicos na medida em que se colocam como

alternativa ao SUS. Recentemente, com o discurso de “ampliar o acesso à saúde”, representantes da Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde e da Associação Brasileira de Planos de Saúde - Abramge em artigo publicado na Folha de São Paulo¹ advogaram pela atualização do marco legal da saúde suplementar que hoje proíbe a oferta segmentada de serviços de saúde. Ou seja, eles querem liberação para venda de planos de menor cobertura, proposta esta que foi prontamente contestada por outro artigo publicado² no mesmo veículo por Scheffer³, Lazzarini⁴ e Bahia⁵, que denunciaram a tentativa das empresas de planos de saúde de impor a venda de “planos pobres para pobres”.

Os autores chamaram atenção para o ganho de receita das operadoras de R\$ 109 bilhões, em 2013, para R\$ 196 bilhões em 2018, apesar da recessão e da alegada perda de três milhões de clientes. De outro modo, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as operadoras deixaram de repassar ao SUS quase R\$ 2 bilhões referentes a atendimen-

tos prestados por unidades públicas de saúde a beneficiários da saúde suplementar. Este montante deveria ser repassado pela União a estados e municípios para ressarcimento dos gastos, mas as empresas recorrem à judicialização, o que dificulta ou posterga o repasse.

Como dito anteriormente, o SUS acaba arcando com atendimentos que não são prestados pelos planos, como procedimentos caros e complexos não autorizados ou casos de urgência e emergência que chegam nos hospitais públicos. Parece existir sempre o movimento de deixar para o SUS os custos e tentar abocanhar maior fatia do mercado lucrativo sem que isto signifique resolver os problemas de saúde dos conveniados, além de muitas vezes limitar a cobertura e negar atendimentos, cobrar mensalidades altas e nem sempre oferecer serviços de qualidade.

IHU On-Line – Como a ideia de saúde preventiva é compreendida dentro da lógica dos planos privados? E no sistema público?

Élida Azevedo Hennington – Os objetivos podem ser semelhantes, mas as lógicas são distintas. O setor privado segue a lógica do lucro já citada anteriormente. Para as operadoras, prevenir significa evitar ou reduzir custos. A visão é reduzir a utilização de serviços de maior complexidade, por exemplo. Se eu controlo os casos de diabetes e hipertensão, claramente isto terá um impacto significativo em tratamentos mais complexos, cirurgias, internações

1 O artigo referido está disponível em <https://outline.com/sTWJTS>. (Nota da **IHU On-Line**)

2 A íntegra da nota está publicada no site do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Cebes, disponível em <http://bit.ly/2IPVit7>. (Nota da **IHU On-Line**)

3 **Mário Scheffer**: professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É mestre e doutor em Ciências da Saúde pelo DMP- FMUSP. (Nota da **IHU On-Line**)

4 **Marilena Lazzarini**: presidente do Conselho Diretor do Instituto de Defesa do Consumidor – Idéc, graduada em Engenharia Agrônoma pela USP (Universidade de São Paulo), é especialista em Economia Regional e Urbana pela mesma universidade. (Nota da **IHU On-Line**)

5 **Ligia Bahia**: professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Possui graduação em Medicina pela UFRJ, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Ela é uma das entrevistadas na presente edição da **IHU On-Line**. (Nota da **IHU On-Line**)

etc. O sistema público também objetiva reduzir custos e manter a sustentabilidade financeira do sistema, mas não segue, obviamente, a lógica do lucro, e sim visa à proteção e recuperação da saúde das pessoas.

IHU On-Line – Por que as empresas investem em planos privados para seus trabalhadores? Como compreender esse desejo da classe trabalhadora de possuir plano privado?

Élida Azevedo Hennington – Esta é uma questão antiga que acompanha os debates sobre a defesa do SUS e a aparente contradição que habita o seio, não só da classe que vive do trabalho, mas também do movimento sanitário e de todos que defendem a saúde pública, equânime e universal. Eu defendo o SUS e tenho plano de saúde. Você também deve ter. Sabemos que os planos privados não são a solução, porém o sistema público de saúde ainda não funciona da maneira que gostaríamos e, se temos condições financeiras, optamos por fazer um plano privado.

O plano de saúde privado sempre esteve na pauta dos acordos sindicais e ainda permanecerá como desejo dos trabalhadores enquanto não houver um amplo movimento na sociedade que promova um adequado financiamento do sistema, o uso adequado dos recursos e o fortalecimento de uma consciência crítica que favoreça a defesa daquilo que é público, do uso adequado dos impostos que pagamos, do compromisso dos governantes para o direcionamento dos recursos para as políticas sociais. Não é tarefa fácil, mas urgente e necessária. O Brasil precisa avançar muito na valorização da coisa pública: da saúde pública, do transporte público, da educação pública etc. A defesa tem que ser intransigente, ainda que por um tempo tenhamos que conviver com essas contradições.

Eu acredito que, na medida em que o serviço público de saúde deixe de ser subfinanciado, que a gestão me-

lhore sua performance e seus processos, que a mídia comece a mostrar não somente os problemas, mas também os bons serviços e os grandes avanços conquistados, conseguiremos nos livrar dos planos, valorizar e consolidar um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Isto requer fortalecer um discurso crítico e contra-hegemônico.

O SUS tem que ser para o brasileiro o mesmo que o NHS⁶ significa para os ingleses. Uma conquista que precisa ser aprimorada, mas da qual não podemos abrir mão. Nesse sentido, os trabalhadores têm que ser aliados do movimento sanitário – temos que conquistar corações e mentes através do pensamento crítico: todos devem ter direito à saúde. Devemos seguir defendendo o SUS dos constantes ataques porque significa a defesa do bem comum, a defesa da vida.

IHU On-Line – Em que medida a opção pelos planos privados no mundo do trabalho impacta o sistema público?

Élida Azevedo Hennington – Na medida em que os trabalhadores optam pelos planos de saúde sem uma visão crítica, sem perspectiva de defesa e fortalecimento do SUS ou até mesmo negando o SUS, eles acabam fortalecendo o privado em detrimento do público, a lógica da saúde como mercadoria. Tem saúde quem pode pagar por ela.

Com o crescimento da informalidade, do subemprego e do desemprego, grandes parcelas da população só terão acesso ao SUS. Mais do que nunca é preciso que essa discussão penetre no âmago dos sindicatos e movimentos sociais. O empregado de hoje pode ser o desempregado

6 Serviço Nacional de Saúde (em inglês: National Health Service - NHS) é o nome habitualmente utilizado para referir-se aos quatro sistemas públicos de saúde do Reino Unido coletiva ou individualmente, embora atualmente, em geral, seja apenas ao serviço de saúde da Inglaterra que é corretamente chamado de Serviço Nacional de Saúde sem qualquer outra qualificação. Três serviços (Inglaterra e País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte) foram criados por legislações separadas e começaram a funcionar em 5 de julho de 1948; anteriormente a essa data, serviços públicos de saúde mais limitados eram operados por autoridades locais e por outros organismos. (Nota da IHU On-Line)

de amanhã. Precisamos discutir a saúde que queremos, como iremos avançar e superar esses impasses. Os planos de saúde não cobrem acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, por exemplo. A Reforma da Previdência pode abrir espaço para as seguradoras privadas, que estão de olho nesse nicho de mercado há muito tempo. Isto significaria abrir mão de uma lógica contributiva e solidária para o privilegiamento da lógica de mercado.

IHU On-Line – A senhora também pesquisa acidentes de trabalho. Qual o impacto do custo desse tipo de acidente no Sistema Único de Saúde - SUS?

Élida Azevedo Hennington – Segundo estimativas da Organização Internacional do Trabalho, a economia global perde anualmente cerca de 4% do Produto Interno Bruto em razão de doenças e acidentes de trabalho. No Brasil, o Ministério Público do Trabalho estima que acidentes de trabalho custaram mais de R\$ 26 bilhões à Previdência Social entre 2012 e 2017, gastos no pagamento de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio acidente. Dados do Ministério da Saúde apontam que de 2010 a 2014 as internações hospitalares no Brasil registradas como acidentes de trabalho típicos ou de trajeto geraram um custo total de R\$ 422.409,43.

Porém, esses dados não expressam a realidade nem a totalidade dos gastos tendo em vista a notória subnotificação de eventos acidentários no SUS, que gira em torno de 90%. Serviços públicos de saúde atendem rotineiramente acidentes de trabalho que incluem acidentes típicos, violências, acidentes de trânsito e doenças ocupacionais mas, infelizmente, muitos não são reconhecidos e registrados como acidente de trabalho. Assim, ainda é muito difícil avaliar concretamente o impacto dos acidentes de trabalho para o SUS.

IHU On-Line – Como imagina ser a relação ideal entre

o público e o privado no que diz respeito à saúde coletiva, especialmente na questão da prevenção?

Élida Azevedo Hennington – O SUS realiza prevenção de doenças e agravos, campanhas e práticas educativas em saúde. Como dito anteriormente, o setor privado não tem compromisso com a prevenção de doenças na perspectiva do sistema público – acaba realizando ações de prevenção e de promoção da saúde visando à redução de custos. Não creio que exista uma relação ideal, porque as lógicas de funcionamento e os objetivos são bem distintos.

IHU On-Line – De que forma observa a regulação do Estado sobre planos privados de saúde? E qual a importância da regulação e do controle estatal sobre o sistema privado?

Élida Azevedo Hennington – A regulação é fundamental não só para garantir o cumprimento das obrigações contratuais e evitar o aumento abusivo das mensalidades, por exemplo, bem como para exigir o ressarcimento do SUS pelos serviços prestados aos conveniados. Os planos querem como clientes os jovens e sadios porque visam ao lucro – pessoas doentes e idosos dão

prejuízo e, portanto, é necessária uma estrita regulação para evitar a discriminação, os preços abusivos e as tentativas de exclusão de serviços, tratamentos e outros procedimentos necessários, bem como impedir a ingerência no estabelecimento de procedimentos diagnósticos e tratamentos, desrespeitando muitas vezes a autonomia profissional. Observa-se o avanço das operadoras e de seus representantes na máquina do Estado, influenciando eleições e assumindo cargos de comando na agência reguladora. É preciso criar mecanismos para evitar esses vícios e dar poder ao controle social. ■

Cadernos IHU Ideias

37

Confira em bit.ly/ihupublicacoes



Regulação estatal sim, mas só se for para aumentar o lucro de planos privados

Lisiane Bôer Possa analisa que o controle do Estado sobre as empresas privadas só é visto como problema quando exige responsabilidades assistenciais

João Vitor Santos

38

O controle que se tem hoje sobre o mercado de planos privados de saúde se dá pela resposta a uma série de pressões e interesses dos usuários. “E oportunizou garantias importantes de acesso aos serviços e relações mais protegidas entre os beneficiários, os prestadores e as operadoras. Também respondeu às demandas das operadoras por um ambiente de estabilidade jurídica e pela diminuição da concorrência, uma vez que regras mais rigorosas tiraram do mercado muitas empresas que ofertavam planos e seguros baratos”, completa a professora e especialista em Saúde Pública Lisiane Bôer Possa. Na entrevista, concedida por e-mail à **IHU On-Line**, ainda explica que tais ações corrigiram distorções, fazendo com que os sistemas privados não escolhessem apenas os tratamentos menos onerosos e deixassem de lado outros, “tais como tratamento do câncer, terapias renais substitutivas, transplante etc.”

Entretanto, com o avanço desse mercado, não demorou para esse quadro gerar novas tensões. Para Lisiane, é importante saber ler as críticas do setor, pois quando falam em interferência estatal, é especificamente contra esses esforços regulatórios que agem. Assim, a legislação defendida pelas operadoras que

tramita no Congresso tem um só viés: flexibilizar as responsabilidades assistenciais e permitir que se ofereçam planos mais baratos. “Não considero que os esforços das operadoras são no sentido de diminuir a interferência do Estado. Acredito tratar-se de mudar a direcionalidade desta interferência”, avalia.

“A interferência que querem que diminua é da regulamentação sobre as suas responsabilidades assistenciais, para ampliar sua clientela através da venda de planos e seguros baratos com ofertas de cestas básicas assistenciais para os pobres, e sobre os reajustes. Trata-se de diminuir as regras que limitam o aumento da sua participação no mercado e sua lucratividade e manter ou aumentar as regras que ampliam os subsídios públicos para a sua atuação”, resume.

Lisiane Bôer Possa é professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, no curso de graduação em Saúde Coletiva. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, é especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do RS e Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Ainda possui mestrado e doutorado em Sociologia pela UFRGS.

Confira a entrevista.

“Quanto maior a participação de fundos privados no financiamento dos sistemas de saúde, mais caro é o sistema e menor é a garantia de acesso”

IHU On-Line – No que consiste o conceito de saúde suplementar? E como, na prática, a saúde suplementar é empregada no Brasil?

Lisiane Bôer Possa – A saúde suplementar é o setor econômico que congrega o mercado de seguros e planos de saúde, para compor fundos privados de financiamento. Possibilitam o acesso diferenciado a serviços em contextos em que os cidadãos também têm o direito ao sistema público. Em tese, ter um plano ou seguro privado de saúde oferece aos seus beneficiários mais comodidade, menores tempos de espera e possibilidades de escolha de serviços do que aqueles ofertados na assistência pública. Mas essa condição não acontece plenamente, uma vez que, nos lugares em que o componente público do sistema de saúde funciona de forma mais organizada e em ações de maior densidade tecnológica e custo, o tempo de espera e a facilidade de acesso são, muitas vezes, equivalentes ou até mais fáceis no componente público.

No Brasil, naturalizamos a presença de planos e seguros privados e, concomitantemente, a maior parte de nós acredita na impossibilidade da provisão da saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS como direito universal. No entanto, a composição da participação do público e do privado nos sistemas de saúde é diferente em cada país e é resultado do jogo de forças entre distintos interesses.

Existem sistemas universais em que o subsistema de assistência privada à saúde é complementar. Nesses casos, ao setor privado apenas é permitido vender serviços, tanto por desembolso direto do usuário quanto para os planos e seguros privados, nas áreas em que não há financiamento e oferta do sistema público de saúde aos seus cidadãos. Dessa forma, não há concorrência entre o mercado financeiro e o Estado para a prestação dos serviços e não há segmentação da população ao acesso àquelas ações que respondem pelos principais e mais relevantes problemas de saúde. Nos sistemas substitutivos, a população tem acesso aos serviços públicos, e aqueles que optam por adquirir planos e seguros de saúde privados deixam de ter o direito de acessar o sistema público.

Em outros sistemas, as pessoas compram planos e seguros e são majoritariamente esses fundos privados que lhes possibilitam acesso aos serviços de saúde. O sistema público substitui os fundos privados tanto para atender a população que está completamente excluída da possibilidade de adquirir no mercado os planos e seguros privados de saúde, quanto nas situações em que não interessa ao mercado ofertá-los devido à baixa lucratividade, como é o caso de idosos e pessoas com deficiências. Ainda há parcela da sociedade que tem como única forma de acesso à saúde o desembolso direto e, como os custos da assistência são proibitivos para essas pessoas, muito frequentemente ficam desassistidas.

Também há sistemas em que está vedada a participação da iniciativa privada, tanto no financiamento quanto na prestação de serviços. Estes são providos apenas pelos fundos públicos. Por fim, sistemas como o nosso, considerados suplementares porque há possibilidade da participação dos fundos privados concorrendo com o Estado na prestação dos serviços. Também há possibilidade de os cidadãos, conforme sua capacidade de compra, acessar ambos os subsistemas de assistência.

IHU On-Line – Mas o que essas diferenças significam nos resultados do sistema e no seu financiamento?

Lisiane Bôer Possa – O Quadro 1 apresenta de forma muito simplificada alguns dados sobre diferentes sistemas de saúde que podem ilustrar os efeitos econômicos e de atenção, considerando a maior ou menor participação dos seguros privados nos sistemas de saúde.

Os dados do quadro a seguir demonstram que quanto maior a participação de fundos privados no financiamento dos sistemas de saúde, baseados na ideia da saúde como um bem de consumo, atrelado à capacidade de renda das pessoas e também aos interesses de equilíbrio financeiro e lucratividade do capital, mais caro é o sistema e menor é a garantia de acesso. Os EUA são reconhecidos como o pior modelo a ser seguido.

Quadro 1: Dados dos escolhidos de sistemas de saúde - ano 2018.

País	Classificação aproximada do sistema	Expectativa de Vida (a)	Mortalidade Infantil (a)	Financiamento (c)	Cobertura Populacional (c)	% do PIB gasto em Saúde (d)	Gasto Per Capita ano Total (PPP) (d)	Gasto Público Per Capita (PPP) (d)
Estados Unidos	Majoritariamente seguro privado	79,7	5,9	Predominantemente privado Prêmios seguros privados; Medicaid (para pobres): recursos fiscais estaduais e subsídios federais; Medicare (para idosos): contribuições sociais compulsórias durante a vida ativa	Medicaid: 19% Medicare: 17% seguros privados: 68% não segurados: 11%	17	8.639 (2013)	4.222 (2013)
Canadá	Sistema universal público com participação complementar dos seguros privados	82,7	4,7	Predominantemente público fiscal	100% Cidadãos e residentes habituais	11	4.718	3.465
Inglaterra	Sistema universal público com participação suplementar dos seguros privados	81,2 (b)	3,7 (b)	Predominantemente público fiscal (68% recursos fiscais; 15% contribuições sociais)	100% Cidadãos e residentes habituais	10	4.178	3.352
Brasil	Sistema universal público com participação suplementar dos seguros privados	75,9	14,0	Predominantemente privado 57%, e públicos 42% fiscal e contribuições sociais**	100% Cidadãos e estrangeiros no SUS e 24,3% da população também coberta por planos e seguros privados	9	1.401	592
Alemanha	Majoritariamente seguros públicos com participação substitutiva dos seguros privados	81(b)	3,3(b)	Predominantemente público por contribuições sociais compulsórias proporcionais aos salários (15%) paritárias entre empregadores e trabalhadores (70% cont. sociais; 7% recursos fiscais)	*Seguro social GKV: 90% Seguros privados: 10% substitutivo (4,4% funcionários públicos)	11	5.463	4.626
Cuba	Unicamente Sistema Público e Universal sem planos privados	80,1	4,0	Predominantemente público fiscal	100% Cidadãos e residentes habituais	12	2.458	2.202

Fonte: (a) PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas/OPS [Acessado em 28 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2lO8hvm>; (b) European Health Information Gateway/OMS [Acessado 28 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2ksv3sM>; (c) Giovannella, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 28 de agosto 2019], pp. 1763-1776. Disponível em: <http://bit.ly/2maUBuZ>. ISSN 1678-4561. <http://bit.ly/2k7K2YI>; (d) Global Health Expenditure Database/OMS [Acessado 28 de agosto de 2019]. Disponível em: <http://bit.ly/2k9VaVo>; (e) OPAS.

Estudos consideram que, apesar de os fundos privados desempenharem uma certa partilha de riscos de adoecimentos entre os seus beneficiários, se comparados com o desembolso direto para financiar os cuidados em saúde, é um modelo de financiamento insuficiente para garantir a cobertura da atenção à saúde das populações. Tanto porque atingem

apenas parcela da população de maior renda, quanto porque oferecem serviços restritos, excluindo os que mais necessitam, ou ações com maior custo. Por outro lado, maiores gastos públicos em saúde dos países estão relacionados com melhores coberturas de serviços, economicidade e melhores resultados de saúde. Ou seja, a constituição de fundos públi-

cos, arrecadados através de impostos diretos ou seguros obrigatórios, são estratégias de organização de sistemas de saúde que mais possibilitam a consolidação do direito, garantem o acesso aos bens e serviços de forma universal e equitativa¹.

1 (Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1;



Saúde suplementar

O conceito da saúde suplementar foi cunhado pelo mercado de planos e seguros privados, cujo objetivo foi inicialmente capitalizar e angariar lucros ao constituir-se como uma alternativa de assistência para a parcela da população de média e alta renda em países com sistemas universais em que a saúde é um direito, como é o caso do Brasil. Trata-se da financeirização e privatização da saúde, que se tornam relevantes no contexto de políticas neoliberais, que apregoam o estado mínimo e a supremacia do mercado.

Volto a falar disso, mas antes é preciso contextualizar que, no caso da saúde, as propostas neoliberais também coincidem com o momento significativo dos gastos dos países com essa área. Estes aumentos foram influenciados pelas políticas de Estado de Bem-Estar do Pós-Guerra, mas também pela ampliação da atuação do capital industrial e de bens e serviços. A influência deste mercado conformou as modelagens tecnoassistenciais que orientam a organização dos sistemas de saúde, as práticas dos profissionais e sua formação, de tal forma que a realização de procedimentos e o uso de insumos, medicamentos e equipamentos tornou-se, paulatinamente, a partir da década de 1940, o centro da atuação profissional em muitos sistemas de saúde. As críticas a essa influência e a impossibilidade de esse modelo responder às necessidades em saúde e serem viáveis economicamente ensejaram alternativas e proposição de mudanças nos sistemas de saúde e na atuação dos profissionais.

Atenção Primária à Saúde

Uma dessas alternativas, que ficou mais conhecida como resultado da Conferência de Alma-Ata², no final

Health Financing Working Paper No. 1; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>. (Nota da entrevistada)

² **Declaração de Alma-Ata:** Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a "necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo". A Declaração de

da década de 1970, é da Atenção Primária à Saúde - APS como ordenadora dos sistemas. Apostava-se na possibilidade de saúde para todos, nos anos 2000, como resultado de sistemas públicos organizados para prover o cuidado dos principais problemas das pessoas por equipes de saúde, ao longo das suas vidas, com ênfase na prevenção e na promoção.

Estudos apontam que os serviços de APS poderiam responder de 80 a 90% das necessidades em saúde da população. Nessa proposta, o limite da atuação do capital industrial, de bens e serviços, o controle sobre os gastos crescentes e a garantia da universalidade de acesso e qualidade da atenção ocorreria a partir da mudança na organização dos sistemas públicos e nas práticas de cuidado dos profissionais. O uso das tecnologias e insumos bem como a sua produção, com maior regulação e participação pública, estariam orientados para o atendimento das necessidades em saúde e o interesse público.

O mercado

A outra proposta de controle dos gastos crescentes na saúde toma como pressuposto as leis do mercado. Aposta-se na concorrência entre o capital industrial, de bens e serviços, e financeiro, uma vez que o primeiro garante a lucratividade com consumo ampliado, com frequência excessivo e injustificado, de procedimentos e produtos de saúde e o segundo amplia seus lucros com a redução desse consumo. A atuação crescente dos seguros e planos privados na saúde ampliaram os mecanismos de microrregulação do uso de tecnologias e insumos e introduziram maiores controles na atuação dos profissionais. Visualizamos esses mecanismos no cotidiano

Alma-Ata se compõe 10 itens que enfatizam a Atenção primária à saúde (Cuidados de Saúde Primários), salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. Exortando os governos, a OMS, a UNICEF e as demais entidades e organizações, a declaração defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional. Tem sido considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde, desde então defendida pela OMS como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal. (Nota da **IHU On-Line**)

a partir da expansão de diretrizes clínicas, protocolos e necessidade de autorização de procedimentos prescritos. Para essa regulação, o objetivo é maximizar os lucros dos seguros privados e o efeito é a subserviência dos trabalhadores em saúde e das necessidades dos usuários aos interesses de mercado financeiro e sua lucratividade.

Esses dois exemplos de perspectiva de sistema de saúde influenciam com menor ou maior ênfase a organização dos sistemas de saúde dos países, a nossa percepção acerca da saúde, de como mantê-la e recuperá-la, das formas de nos protegermos do risco do adoecimento, das "melhores" inserções no mercado de trabalho da saúde e formas de acesso aos bens e serviços. Tanto os usuários como os trabalhadores do setor estão permanentemente influenciados por essas ideias e interesses. Enquanto o capital industrial atua para ampliar a realização de procedimentos e atos de assistência à saúde induzindo a medicalização da vida, o capital financeiro alardeia a insuficiência dos serviços e das condições de trabalho no sistema público, induzindo assim o consumo de planos e seguros privados de assistência. Ambos constituindo, nos imaginários profissionais de saúde, o trabalho liberal como melhor alternativa de atuação e como possibilidade de enriquecimento.

São essas ideias e interesses distintos que conformam as agendas dos organismos internacionais que influenciam as mudanças nos sistemas nacionais de saúde ao longo das décadas de 80 e 90 do século XX. A Organização Mundial da Saúde - OMS, que propunha a expansão da APS e de sistemas públicos, perde o protagonismo e sofre influências para rever suas posições. O Banco Mundial torna-se o principal organismo a propor novos receituários para a organização dos sistemas de saúde, tendo atuação marcante nos países em crise econômica da América Latina. Advogam pela oferta nos sistemas públicos de APS seletiva, de baixo custo e sem compromisso com a integralidade para os pobres

e seguros e planos privados para as populações de média e alta renda, regulados pelo Estado para garantir estabilidade jurídica às operadoras. Ganha força o discurso que aponta o Estado como ineficiente para a garantia do acesso universal e qualificado para os bens e serviços de saúde.

O “mix” do público e do privado

No Brasil, a Constituição de 1988 universaliza o direito à saúde e atribui ao Estado o dever de provê-lo, de tal forma que a todo cidadão é garantido o acesso à assistência pública. No entanto, a regra constitucional também mantém a liberdade de iniciativa privada para atuar no setor saúde de tal forma que possibilita a manutenção da existência do mercado de seguros e planos de saúde, que surgiram ainda na década de 1960 no país, em todas as áreas de assistência à saúde que também são ofertadas pelo sistema público. A presença do setor privado, prevista no regramento constitucional, permite aos brasileiros a aquisição de planos e seguros que lhes possibilita o acesso a serviços privados concomitantemente aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

A conformação do *mix* público e privado do financiamento e da assistência à saúde no Brasil após a Constituição de 1988 foi objeto de estudo da professora Telma Menicucci³, que nos apresenta uma vasta pesquisa elucidando a incorporação do subsistema de assistência privada da saúde suplementar como política pública no país através da sua regulamentação pelo Estado na década de 1990, paradoxalmente no mesmo período de implementação do Sistema Único de Saúde, que deveria prover o direito à saúde.

Segundo essa pesquisadora, no caso brasileiro, tiveram influência

para a consolidação dual da assistência à saúde e a expansão dos planos e seguros privados tanto as políticas neoliberais já referidas como a dependência de trajetória das políticas prévias. Dentre elas destacam-se: organizações e atores ligados a operadoras de planos e seguros de saúde privados, que foram constituídos a partir dos anos 1960 com incentivos do Estado e que têm poder para disputar os rumos do sistema de saúde brasileiro; e a naturalização pela sociedade da segmentação da população, que é resultado da experiência prévia da distinção do acesso aos serviços de saúde entre as diferentes categorias dos trabalhadores formais contribuintes e destes com os demais brasileiros. Essa naturalização se expressa na agenda dos principais movimentos dos trabalhadores e seus sindicatos que têm na reivindicação de planos e seguros de saúde uma prioridade, afastando-se da agenda de defesa e pressão pela implementação do SUS.

Regulação da saúde estatal

O processo de regulação estatal sobre a saúde suplementar, que surge em 1998, estabeleceu algumas regras para o funcionamento deste mercado. Entre elas, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como reguladora das relações entre as operadoras, prestadores de serviços e beneficiários dos planos e seguros de saúde. Destaca-se o controle sobre os reajustes, a obrigação dos planos e seguros de ofertarem um rol mínimo de procedimentos, o ressarcimento ao SUS pelo uso dos serviços por parte dos seus beneficiários, a impossibilidade de discriminar e excluir clientelas pela idade ou por problemas de saúde.

Outra característica da saúde suplementar brasileira é que, desde sua origem até os dias atuais, conta com apoio direto do Estado para sua manutenção através de políticas de isenções fiscais. Notícias da revista *Exame* de novembro de 2018 nos informa que os benefícios tributários do setor saúde seriam de R\$ 39 bilhões, conforme estimativa da Recei-

ta Federal para o ano (IR para pessoas físicas R\$ 13,1 bilhões e Jurídicas R\$ 5,3 bilhões). O que, segundo a matéria, equivaleria a aproximadamente um terço das despesas em ações e serviços de saúde pública.

IHU On-Line – Em que medida a saúde suplementar pode se converter como algo que enfraquece o SUS?

Lisiane Bôer Possa – A existência da saúde suplementar é tanto maior quanto pior for a assistência prestada pelos serviços públicos de saúde nos países. A principal motivação das pessoas para adquirirem no mercado a pretensa segurança para enfrentar os riscos de adoecimentos está diretamente relacionada à insatisfação simbólica ou real com a assistência pública à qual têm direito. No Brasil, a saúde suplementar tem impacto relevante na composição do financiamento da assistência à saúde, na concorrência com o sistema público pelos prestadores de serviço, na organização dos atores e instituições de suas ideias e interesses, na modelagem tecnoassistencial e na legitimidade social do SUS.

A sustentabilidade e eficiência de sistemas universais de saúde, como o SUS, está associada à existência de fundos públicos unificados de financiamento. Trata-se de garantir recursos suficientes para o acesso da totalidade da população a ações e serviços necessários para o cuidado à saúde. O fracionamento dos recursos em múltiplos fundos privados, o que ocorre com a existência da saúde suplementar, acarreta iniquidades nos sistemas de saúde e a inviabilidade de sustentar sistemas universais. Em termos simples, quando são constituídos vários fundos privados específicos para a parcela da população que tem maior renda, estes contam com mais recursos, para atender menos pessoas, que têm menos problemas de saúde, acrescidos ainda os lucros do capital financeiro ou empresa operadora.

Por outro lado, os fundos públicos contam com menos recursos para

³ Telma Maria Gonçalves Menicucci: possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (1971), mestrado em Sociologia pela UFMG (1990) e doutorado em Ciências Humanas Sociologia e Política pela UFMG (2003). Atualmente é professora adjunta do Departamento de Ciência Política da UFMG. (Nota da IHU On-Line)

atender muito mais pessoas, com mais problemas de saúde, visto que são aquelas com maior vulnerabilidade social que recorrem ao sistema público. A existência de fundo único permite a organização de sistemas de saúde mais equânimes. Os países com sistemas universais de saúde têm acima de 70% dos recursos de saúde concentrados em fundos públicos unificados, como já foi apresentado no Quadro 1. No caso brasileiro, contribuem ainda mais para a iniquidade e desigualdade as isenções de impostos já referidas.

Disputas políticas

Outro aspecto são os atores e instituições ligados ao mercado da saúde suplementar que compõem organizações e disputam as políticas públicas de saúde. Este setor do mercado financia inúmeros parlamentares brasileiros, tem influência importante no executivo e no judiciário. Suas proposições contribuem para fragilizar o SUS, visam amealhar mais incentivos estatais e diminuir as regulações que inviabilizam a sua expansão ou que diminuem suas lucratividades. Notícias recentes informam que as operadoras encaminharam ao congresso proposta de mudanças no regramento regulatório e que contam com influência considerável sobre os atores estatais do parlamento e do executivo.

Dupla porta de atendimento

Também influencia o SUS a concorrência das operadoras e do Estado para prestação de serviços. Por exemplo, os serviços estatais, em geral com os mais bem conceituados ou únicos equipamentos dos territórios, ofertam assistência aos planos e seguros, mesmo acarretando desassistência e filas no SUS. Por outro lado, os prestadores privados, sejam lucrativos ou filantrópicos, que são contratados pelo público e pelo privado, atendem as necessidades dos usuários do SUS ou dos beneficiários dos planos e seguros prioritariamente?

Um exemplo disso pode ser observado nos serviços de saúde com dupla porta de atendimento. Uma

emergência e um ambulatório que prestam serviços para o SUS oferecem ambiência bastante distinta daquelas oferecidas aos beneficiários de planos de saúde, o que produz um efeito simbólico que mobiliza as pessoas a aquisição destes planos, mesmo que esta distinção não seja verificada na assistência prestada.

Modelagem tecnoassistencial

Quanto à modelagem tecnoassistencial, trata-se das diferentes percepções sobre o que é central para a organização do sistema, composição dos serviços e práticas profissionais. Muito simplificada poderíamos atribuir o consumo e produção de procedimentos, insumos e tecnologias como centro da modelagem tradicional ou hegemônica, ainda influenciada pelo capital industrial, de bens e serviços. Já a modelagem oriunda do capital financeiro está centrada na regulação, regras, protocolos e diretrizes que controlam a atuação dos profissionais e o consumo de bens que é a saúde. E a modelagem tecnoassistencial centrada nas pessoas reconhece insumos, tecnologias, protocolos e diretrizes como ferramentas de trabalho que serão utilizadas para responder às necessidades que estão colocadas em cada momento, mas também pressupõe que outras ferramentas precisam ser acionadas e desenvolvidas para realmente responder ao cuidado das pessoas e coletividades vivas, reais e complexas e que demandam empatia, vínculo e capacidade criativa dos trabalhadores de saúde.

A legitimidade do SUS e a mobilização para a defesa de um sistema universal e generoso na defesa da vida conta com apoio restrito das classes altas e médias, que têm maior possibilidade de vocalizar seus interesses para influir nas políticas que reivindicam o plano de saúde do que para a qualificação do SUS. Por outro lado, os usuários do SUS, tais como os mais de 25 milhões de brasileiros que ficaram sem assistência com o fim do Mais Médicos, têm menos possibilidade de que suas ideias e interesses cheguem à agenda pública.

IHU On-Line – Como analisa as formas de regulação estatal sobre planos privados de saúde? Por que muitas empresas buscam menos interferência do Estado?

Lisiane Bôer Possa – O processo de regulação da saúde suplementar no Brasil em 1998 significou o reconhecimento e a legitimação pelo Estado de um subsistema privado de assistência à saúde no Brasil e a oficialização da segmentação dos brasileiros no acesso a serviços de saúde, na contramão do sistema universal, de acesso igualitário e equitativo previsto na Constituição.

A regulação foi uma agenda em resposta aos interesses e pressões dos beneficiários de planos e seguros de saúde e oportunizou garantias importantes de acesso aos serviços e relações mais protegidas entre os beneficiários, os prestadores e as operadoras. Também respondeu às demandas das operadoras por um ambiente de estabilidade jurídica e pela diminuição da concorrência, uma vez que regras mais rigorosas tiraram do mercado muitas empresas que ofertavam planos e seguros baratos com coberturas restritas de serviços.

Nas duas primeiras décadas do século XX, as políticas da ANS ampliaram a regulação deste mercado de forma que operadoras dos planos e seguros de saúde assumiram paulatinamente mais responsabilidades sobre o cuidado da saúde dos beneficiários. Também foram viabilizados os processos e fluxos de ressarcimento do SUS. Esses mecanismos coibiram a utilização do subsistema de assistência público que anteriormente prestava assistência aos beneficiários dos planos e seguros privados, em especial naquelas ações de maior custo, tais como tratamento do câncer, terapias renais substitutivas, transplante etc. Esse processo de desresponsabilização das operadoras pelo cuidado da saúde dos seus beneficiários aumentava a lucratividade a partir de subsídios estatais indiretos. São esses esforços regulatórios que estão sendo

criticados pelas operadoras e cuja supressão e abrandamento é objeto de projetos de lei encaminhados ao congresso nacional.

Não considero que os esforços das operadoras são no sentido de diminuir a interferência do Estado. Acredito tratar-se de mudar a direcionalidade desta interferência. Não há desacordo com a manutenção e ampliação dos subsídios estatais que são ofertados para o setor, sejam diretos, como os benefícios tributários já referidos, sejam indiretos, ao delegar a assistência de maior custo dos seus beneficiários ao SUS, sem a responsabilidade de ressarcimento, ou ainda pela permissão do uso dos equipamentos estatais, como os hospitais universitários que hoje são exclusivos para o SUS. A interferência que querem que diminua é da regulamentação sobre as suas responsabilidades assistenciais, para ampliar sua clientela através da venda de planos e seguros baratos com ofertas de cestas básicas assistenciais para os pobres, e sobre os reajustes. Trata-se de diminuir as regras que limitam o aumento da sua participação no mercado e sua lucratividade e manter ou aumentar as regras que ampliam os subsídios públicos para a sua atuação.

IHU On-Line – A atenção básica é vista por especialistas como a melhor forma de se investir em política pública de saúde, pois não só age na prevenção como também atende os pacientes nos quadros iniciais de doença. Na medida em que a saúde é mercantilizada via sistemas privados de planos de saúde, as políticas de atenção básica podem ser ameaçadas? Por quê?

Lisiane Bôer Possa – Estão ameaçadas as políticas de atenção básica que têm como pressuposto a integralidade e a tarefa de articular as respostas de cuidado adequadas às necessidades de saúde da população do território, seja ampliando o escopo dos serviços e das práticas dos profissionais nestas unidades, seja ga-

rantindo a continuidade do cuidado na rede de atenção. Coloca em risco a busca da integralidade que caracteriza a proposta da Atenção Básica brasileira, tanto as propostas de APS com carteiras mínimas de serviços, dos planos privados, quanto do sistema público.

A APS para pobre do sistema público restringe acesso e possibilidade de resolução das necessidades das pessoas e estimula aqueles que podem ao consumo de serviços dos seguros de saúde. Já a APS dos planos populares possibilita às operadoras aumentarem suas carteiras de beneficiários com os usuários de menor renda através da oferta de serviços bastante restritas e de baixo custo, além da utilização da microrregulação sobre o uso das tecnologias e insumos da saúde que ficam condicionados à garantia da lucratividade e não às necessidades dos usuários.

IHU On-Line – Há distinções na formação de profissionais que atuam na saúde suplementar? Quais?

Lisiane Bôer Possa – No sistema educacional não há distinção formal da formação dos profissionais para a saúde suplementar. No entanto, é currículo oculto implicitamente abordado na formação em muitas instituições o descrédito com o sistema público e as abordagens diferenciadas de atendimento para as situações em que o paciente é do profissional, porque este é pago pelo atendimento, ou em que o paciente é da instituição, porque o trabalhador tem um salário fixo como remuneração ou porque é do SUS.

A grande maioria dos trabalhadores de saúde no país tem vínculo com serviços contratados ou próprios do SUS, que é o maior empregador do setor saúde do Brasil. As principais críticas relativas à gestão da educação e do trabalho em saúde, em se tratando do objetivo de implementar sistema público universal, é a dificuldade de direcionar a provisão dos profissionais para a atuação na atenção básica, para as regiões mais po-

bres e periféricas do país. Também é difícil garantir a formação de profissionais em quantidade e qualidade que respondam às necessidades de cuidado em saúde e sobretudo que tenham as competências e habilidades centradas nas pessoas e suas necessidades de cuidado.

A formação de profissionais de saúde é orientada pelas diretrizes curriculares nacionais que incorporaram mais recentemente, com mais ênfase, o SUS e suas políticas. No entanto, a formação cujo centro é a produção de procedimentos, sempre mais sofisticados, especializados e em maiores volumes, que responde à lógica de expansão do consumo de bens e produtos, e de especialização das corporações, ainda orienta a maior parte da formação profissional. A mudança da formação tem sido disputada, cada vez mais, tanto pelo SUS quanto tem sofrido interferências dos interesses do mercado de planos e seguros de saúde privados cujo centro é o controle de custos através da protocolização de atos e procedimentos e do controle da atuação dos profissionais.

IHU On-Line – E com relação aos usuários, quais as implicações nas concepções de “paciente cliente”, nos sistemas privados, e de “paciente usuário”, nos sistemas públicos?

Lisiane Bôer Possa – Faz parte do processo de indução do consumo de serviços, insumos, tecnologias, bens e seguros privados de saúde a maximização dos riscos e do medo nas populações, sejam usuários dos sistemas públicos ou privados. O desejo de consumo de procedimentos, sempre com maior densidade tecnológica, e o receio de não acessá-los influenciam a nossa capacidade de entender e vivenciar a morte como um processo da natureza humana e a saúde como potência para andar na vida relacionada às nossas condições de existência.

Muitos de nós sofremos com o medo e com a insatisfação pela forma fragmentada e desconectada

como somos cuidados. Estamos submetidos à justaposição e sobrecarga de atos e procedimentos. Peregrinamos em diversos serviços, temos receio de questionar os profissionais de saúde, afinal há uma hierarquia de poder que marca nossas relações e não constituímos vínculos para que relações de confiança possam ser construídas. Com frequência estamos incertos se o cuidado que precisamos é o que efetivamente estamos recebendo.

Em alguma medida, estamos certos sobre esses receios, uma vez que, cada vez mais, estamos sujeitos a danos por excesso de intervenção de médicos e outros profissionais de saúde, tais como: exageros de medicações, cirurgias e procedimentos diagnósticos desnecessários. Há estudos da OMS que estimam que os eventos adversos da assistência hospitalar são a terceira causa de morte nos EUA. Estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG em 2016 estima que no Brasil esta seria a segunda causa de morte, matando mais que o câncer. Os serviços de saúde e os atos dos profissionais, seja por precariedade, negligência, imperícia, erro ou pelo excesso de intervenções, têm causado muitos danos à nossa saúde. E essa é uma experiência que afeta a todos, sejam pacientes, usuários ou clientes.

Pior para usuários

No entanto, o medo e a insegurança podem ser ainda mais expressivos para os “pacientes usuários”. Uma das razões é a manutenção da crença de que o SUS é para os indigentes, despossuídos e que os serviços que recebem são um favor que não pode estar sob questionamento, pensamento esse que orienta, infelizmente, a atuação de muitos trabalhadores de saúde.

Graça Carapinheiro⁴, pesquisadora portuguesa, já demonstrava

a diferença entre o paciente ser do médico, nos hospitais privados, e da instituição, nos hospitais públicos. No primeiro contexto há maior responsabilidade dos profissionais pela condução dos casos e maior vínculo com os usuários e familiares. No segundo contexto, com mais frequência os profissionais não assumem como sua a tarefa de gestionar o cuidado e vincular-se aos pacientes.

Os “pacientes clientes”, na maior parte das vezes, também têm o direito à saída. Podem trocar de operadora, de serviço ou de profissional quando estão insatisfeitos com o atendimento recebido. No caso do serviço público, aos “pacientes usuários” essa possibilidade é bem menos frequente.

Má fama, mas boas experiências

Mesmo que tenhamos acesso e qualidade do cuidado garantido em muitos serviços no sistema público, há um efeito produzido pelo imaginário de insegurança e desconfiança com o cuidado, que produz sofrimento e tensiona as relações entre os usuários e os trabalhadores de saúde. Pesquisas já mostravam que quem não usa os serviços de assistência do SUS os avalia pior do que seus usuários. Mais recentemente, com a perda de planos e seguros de saúde, muitos ex-“pacientes beneficiários” passaram a acessar os serviços do SUS, e não é incomum que possam relatar boas experiências de cuidado e são surpreendidos por um atendimento que foi melhor do que as expectativas que tinham.

No entanto, é fato que “pacientes usuários” têm restrições importantes de acesso e qualidade dos serviços de saúde públicos no Brasil, em especial os especializados e nas regiões mais pobres e periféricas do país. Essas restrições ampliaram-se nos últimos anos como efeito da diminuição dos recursos e do fim do Mais Médicos.

No Brasil, o cidadão portador do direito à saúde é um personagem recente. Estamos aprendendo a nos

relacionar com esse novo papel que nos foi garantido com a Constituição de 1988. Felizmente cada vez mais pessoas têm atuado para exercê-lo. Isso vale para os usuários beneficiários, que com frequência abdicam e se constroem em ser cuidados no SUS, uma vez que têm melhor renda ou outra inserção social e no mercado de trabalho. Apesar de que efetivamente o utilizam para ter acesso a um conjunto de ações que foram universalizadas, não o reconhecem (imunizações, acesso ao sangue, tratamentos de doenças específicas, farmácia popular, SAMU, transplante etc.).

Também é frequente que busquem no SUS a garantia de acesso a produtos e bens de que necessitam, mas que não lhes são ofertados por seus planos e seguros de saúde ou são inviáveis de serem adquiridos por desembolso direto (vide judicialização da saúde). Os usuários beneficiários são segmentos da nossa sociedade, com maior capacidade de vocalização dos seus interesses, mas que participam pouco dos processos organizados de defesa e qualificação do SUS.

IHU On-Line – É possível articular saúde suplementar com o sistema público de saúde sem que haja enfraquecimento do SUS? Como?

Lisiane Bôer Possa – E se invertêssemos a pergunta? É possível articular a saúde suplementar com um sistema público de saúde que ofereça acesso universal, com qualidade e que resolva os principais problemas de saúde dos cidadãos dos países, sem enfraquecimento da saúde suplementar?

Como os seguros privados e o capital financeiro, para garantir sua lucratividade, convenceriam os cidadãos a abrir mão dos seus recursos para compor múltiplos fundos privados, que em tese poderiam ser utilizados para comprar um “Produto” caso você precise dele se você confia no sistema público a que tem acesso? Como seria o espaço da saúde

⁴ **Graça Carapinheiro**: licenciada em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto, é doutora em Sociologia no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. É Professora Catedrática no Departamento de Sociologia da Escola de Sociologia e Políticas Públicas (ESPP) do ISCTE-IUL, desde 2006. (Nota da **IHU On-Line**)

de suplementar quando a maioria da população, dos trabalhadores de saúde e dos atores estatais estivessem convencidos acerca da garantia de um direito básico, que é a preservação da vida, e não abrissem mão que este seja garantido através de fundos públicos pelo estado, tendo como perspectiva a solidariedade e generosidade entre as pessoas e os povos na defesa da vida?

A aquisição de planos e seguros privados não atraem os cidadãos em países que possuem sistemas de saúde públicos confiáveis, com legitimidade social e que garantem acesso, mesmo que tenham problemas e que sua comercialização não seja impedida. Qualquer articulação entre o sistema público de saúde e a saúde suplementar, que garanta o acesso universal aos cidadãos sem riscos econômicos das pessoas com o adoecimento, só é possível se esta última tenha sua regulação efetivamente submetida aos interesses da população e do direito à saúde e à vida. Neste cenário teriam um papel

realmente residual, tanto no volume dos gastos, como na capacidade de compra dos prestadores de saúde e no imaginário da sociedade. Quanto maior for a capacidade do setor saúde suplementar de influir no sistema de saúde, politicamente, economicamente e culturalmente menos provável que o Sistema Único de Saúde seja fortalecido.

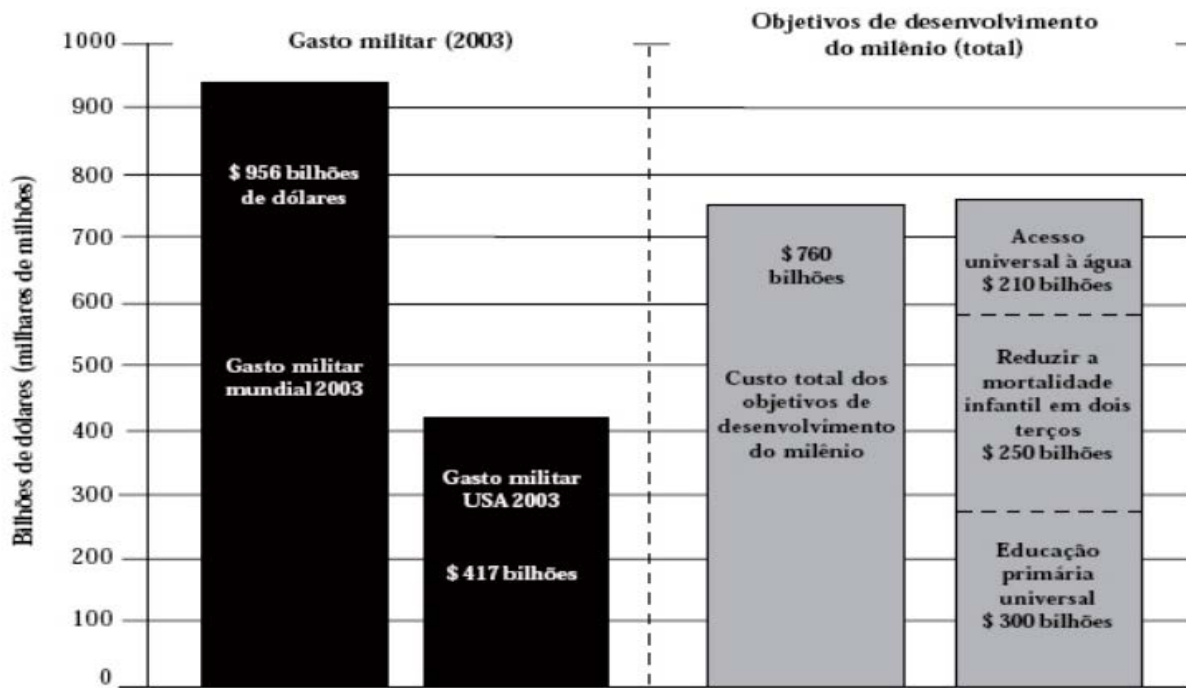
Financiamento

Os ganhos do mercado da saúde suplementar estão alicerçados na insegurança das pessoas quanto ao sistema público em responder aos riscos advindos do adoecimento e também na participação direta e indireta do estado no financiamento e oferta de assistência a uma parcela da população que não tem poder de compra, além de suportar os gastos da atenção que requer mais densidade tecnológica e custo e que não é lucrativa ao sistema suplementar. Um sistema público de saúde reconhecido como capaz de cuidar da maioria das pessoas na maior parte das vezes que

elas precisam as desmobilizariam do desejo de adquirir esse acesso ao mercado. Por outro lado, a constituição de fundos de financiamento públicos robustos garante o acesso à atenção a pessoas que respondam integralmente aos problemas de saúde mais prevalentes, com maior regulação do capital industrial, da provisão e gestão de força de trabalho, estando os usos de tecnologias, medicamentos e o saber e fazer dos trabalhadores efetivamente focados nas necessidades das pessoas.

Acredito que para muitos essa perspectiva pareça impossível, no entanto, a globalização do direito à saúde dos povos, assim como a superação da pobreza e da iniquidade, não é uma questão econômica. Não se trata da insuficiência de recursos no mundo, mas sim das escolhas políticas que orientam os usos dos mesmos. Os dados chocantes, produzidos pelos Economistas pela Paz e Segurança, que estão sistematizados no gráfico abaixo, ilustram essa afirmativa.

Gráfico 5. Gastos militares *versus* gastos sociais.



Fonte: Economistas por la Paz y la seguridad (EPS). Base de dados do Stockholm International Peace Research Institute.

Fonte: BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.6

Esses dados são de 2003 e mostram a viabilidade econômica da expansão de políticas sociais no mundo, uma vez que os recursos necessários em 10 anos para alcançar os objetivos do milênio são menores que os gastos militares de um ano no mundo. Universalizar a atenção à saúde como direito é uma questão sociológica e ético-política, que trata de como dividimos os recursos da humanidade. Os empecilhos para uma saúde global universal não estão na insuficiência financeira e sim nos critérios de priorização do seu uso.

Há tensões causadas por diferentes atores e organizações, com interesses e ideias distintos incidindo sobre o estado e disputando a gestão das políticas de saúde. A expansão do capital financeiro, através dos seguros privados, amplia-se na medida em que os sistemas públicos são questionados e a universalização de acesso não está na agenda política e da sociedade. Os atores e organizações do mercado atuam para a manutenção destas condições. Em alguma medida a má gestão, a falta de recursos, o imaginário de um sistema público falido, em especial produzido pela mídia, não é apenas o resultado da atuação de um Estado neutro. Ao contrário, é um projeto político e econômico que disputa a agenda das políticas de saúde no Estado.

IHU On-Line – No atual cenário, quais os desafios para se es-

tender a oferta de saúde pública de qualidade a toda população brasileira?

Lisiane Bôer Possa – Vivemos num país continental, que tem realidades bastante distintas. A experiência de cuidado do SUS varia de um bairro para outro na mesma cidade, entre as cidades e estados. Isto é princípio constitucional, a descentralização e regionalização, e é desejável, pois só assim poderíamos ter um sistema que responda às necessidades das pessoas em cada território. É um desafio resistir às políticas autoritárias e centralizadoras do Ministério da Saúde que estabelecem padrões que serão sempre insuficientes, considerando a realidade brasileira diversa.

A formação profissional que demanda ampliar a provisão tem também o desafio de ganhar corações e mentes dos trabalhadores para construir o SUS. Precisamos de mudanças no trabalho cotidiano dos serviços, sobretudo com experiências de cuidado e compromisso com os usuários sobre nossa responsabilidade e com sua participação, trabalho alicerçado em práticas colaborativas entre os profissionais, não justaposição de atos e envolvimento de todos para a qualificação da gestão.

O financiamento do sistema de saúde é o grande desafio, gastamos muitas vezes menos que países que têm sistemas universais. As últimas me-

didias de restrição de investimentos públicos na saúde, como o teto de gastos e contingenciamentos orçamentários, comprometem a possibilidade de constituir um sistema e evidentemente oportunizam a expansão do mercado privado e dos seus interesses no sistema de saúde brasileiro. E por fim a ciência, a tecnologia e a formação dos profissionais não podem ser subjugadas aos interesses do mercado. A produção do conhecimento na saúde condicionada à lucratividade impede o acesso pelos custos proibitivos dos serviços, tecnologias, insumos e medicamentos para a maior parte das pessoas, como também limita as invenções que não são incentivadas quando a consequência é diminuir os lucros ou quando afetam pessoas sem capacidade de compra.

É preciso explicitar que a política pública de saúde sempre está em disputa. Alguns acreditam, defendem e têm seus interesses maximizados ao tratar a saúde como um bem de mercado. No entanto, a saúde não pode ser assim considerada. Não é um bem que possa ser submetido a leis invisíveis do mercado, de oferta e procura para equilíbrio de preços, as pessoas não têm poder de escolha e barganha sobre o que lhes é indicado como alternativa para salvar-lhes a vida. A saúde é um direito experimentado apenas através do cuidado confiável, generoso e solidário das pessoas e das coletividades.



THE CLEANERS

Prof. Dr. Rafael Grohmann – Unisinos

23/10 (quarta-feira)
16h30min às 19h

Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos São Leopoldo

04/11 (segunda-feira)
16h30min às 19h
Campus Unisinos Porto Alegre

ihu.unisinos.br/evento/evento-filmes

IESUITAS BRASIL

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS

UNISINOS
DESAFIO
O AMANHÃ.

Ferindo os pressupostos constitucionais do SUS, governo federal amplia a desigualdade de acessos à saúde

Para Carlos Ocké, o SUS vem sendo desidratado ao mesmo passo que a regulação de sistemas privados vai se anulando

João Vitor Santos

Ao ser questionado sobre uma ameaça de privatização do sistema público de saúde no Brasil, o economista e doutor em saúde coletiva Carlos Ocké não hesita: “observa-se, a um só tempo, a queda do gasto público per capita e o aumento dos preços dos bens e serviços privados de saúde, num quadro de piora das condições de saúde da população”. Para ele, isso vai configurando um “modelo de proteção social na área da saúde perversamente excludente”, pois só quem paga tem acesso aos serviços. Assim, observa movimentos de orientação neoliberal e tecnocrática num governo que acredita que a saída para os problemas da saúde se resolve retirando o Estado de cena.

Na entrevista concedida por e-mail à **IHU On-Line**, Ocké observa que tal estratégia não vem somente na austeridade de gastos em saúde pública, que fazem minguar a vida do Sistema Único de Saúde - SUS. Há uma relação direta com o sistema de regulação de planos privados. Para o professor, na prática, a atuação da Agência Nacional de Saúde - ANS é “um fracasso”, “apesar da presença de uma burocracia pública competente e comprometida com o interesse público”, observa.

E, com baixo financiamento do SUS, vem a desestruturação dos serviços.

Quem pode, corre para os planos privados e passa a ter neles o ideal em atendimento. “A estratificação de clientela acabou sendo, portanto, um espinho na carne dos sanitaristas: superamos o seguro social, mas caímos nas garras do seguro privado, na contramão do modelo universal”, pontua.

Carlos Octávio Ocké-Reis é graduado em Economia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, especialista em International Health Economics pelo Centre for Health Economics, University of York (York, Inglaterra), mestre e doutor em Saúde Coletiva pela UERJ, com estágio pós-doutoral na Yale School of Management (New Haven, EUA). Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea. Foi pesquisador visitante das universidades de Yale (New Haven, EUA), Columbia (Nova York, EUA) e Mannheim (Mannheim, Alemanha). Ex-diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - Desid do Ministério da Saúde e ex-assessor econômico da presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. É autor do livro “SUS: o desafio de ser único” (Editora Fiocruz, 2012).

Confira a entrevista.

IHU On-Line – Em algumas entrevistas concedidas à IHU On-Line, o senhor tem dito que o Estado é quem “patrocina” os planos privados de saúde.

Gostaria que recuperasse essa ideia e detalhasse como esse “patrocínio” compromete o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Carlos Ocké – Esse patrocínio se dá especialmente por meio da renúncia de arrecadação fiscal, mas poderíamos falar também do ressarcimento, entre outros. Compromete

“No caso brasileiro, produzir saúde pública de qualidade demanda mais recursos e não menos”

porque em tese o governo troca gasto direto no SUS por gasto indireto no mercado (subsídio).

IHU On-Line – Como compreender essa relação que as operadoras privadas de saúde estabelecem com o Estado brasileiro?

Carlos Ocké – O Estado fomentou a criação e favoreceu o desenvolvimento do mercado de planos de saúde.

IHU On-Line – O SUS, apesar de todos os avanços, ainda tem uma série de problemas de gestão. Como compreender a raiz desses problemas e como superá-los?

Carlos Ocké – Superar os problemas de gestão significa ao menos superar os problemas de financiamento (recursos humanos), de planejamento (federalismo cooperativo) e da administração (desprivatizar o Estado). No caso brasileiro, produzir saúde pública de qualidade demanda mais recursos e não menos.

IHU On-Line – No atual cenário do Brasil, corre-se o risco da privatização do sistema público de saúde?

Carlos Ocké – Sim, por causa da orientação neoliberal e tecnocrática do governo federal. Observa-se,

a um só tempo, a queda do gasto público per capita e o aumento dos preços dos bens e serviços privados de saúde, num quadro de piora das condições de saúde da população. Nessa direção, esse modelo de proteção social na área da saúde será perversamente excludente. A literatura científica inclusive denuncia que a austeridade fiscal tem contornos genocidas, uma regressão brutal, típica de regimes totalitários.

IHU On-Line – No Brasil, planos de saúde privados são objeto de desejo de muitas pessoas e em muitas empresas é oferecido como um grande benefício. O que está por trás dessa lógica? Por que há tanta resistência em ser apenas usuário do SUS?

Carlos Ocké – Dada a crise de legitimidade do SUS, em parte criada pelo baixo financiamento, em parte produzida ideologicamente pela mídia – que apoia o mercado de serviços de saúde, os planos de saúde se constituem em uma estratégia de sobrevivência das classes médias. Como a pobreza, a desigualdade e a violência social pressionam cotidianamente o SUS, o problema das filas (tempo de espera) explica em parte essa resistência (em especial nas consultas dos especialistas, nas cirurgias eletivas e nos exames diagnósticos). A estratificação de clientela acabou sendo, portanto, um espinho na carne dos sanitaristas: superamos o seguro social, mas ca-

ímos nas garras do seguro privado, na contramão do modelo universal.

IHU On-Line – Como avalia a atuação da Agência Nacional de Saúde - ANS no que diz respeito à regulação dos planos de saúde privados?

Carlos Ocké – Um fracasso completo, apesar da presença de uma burocracia pública competente e comprometida com o interesse público. Os planos coletivos, que representam 82% do mercado, continuam desregulados e podem rescindir unilateralmente os contratos.

IHU On-Line – Há em discussão um projeto de lei que revê a regulação do Estado sob as operadoras privadas, inclusive cogitando retirar da ANS a função fiscalizadora. Como o senhor tem acompanhando esse debate?

Carlos Ocké – Desregular preço, desregular acesso, desregular cobertura. Acumular capital e radicalizar a seleção de riscos. Esse é o mantra do mercado nessa conjuntura. Está em marcha uma expropriação significativa da “poupança” das famílias e dos trabalhadores, tão violento como foi o plano Collor¹.

¹ **Plano Collor**: foi um plano econômico que tencionava acabar com a inflação que estava em níveis hiperinflacionários. Foi a primeira medida econômica do Presidente Fernando Collor de Mello, sendo decretada no dia de sua posse, em 1990. O plano consistia basicamente na retirada da moeda de circulação com um bloqueio dos numerários depositados em bancos. (Nota da **IHU On-Line**)

IHU On-Line – De que forma o capitalismo de nosso tempo tem se revelado no campo da saúde?

Carlos Ocké – Como uma fronteira de acumulação vigorosa (financeirização) impondo um modelo de proteção social residual (exclusão social), bota de cabeça para baixo as experiências do *welfare*² europeu. Na periferia capitalista, como já sugerimos, um convite à barbárie.

IHU On-Line – Quais os riscos para a população em geral caso o SUS seja desidratado e a saúde pública entregue à iniciativa privada?

Carlos Ocké – Na prática, o governo federal amplia as desigualdades de acesso e ameaça o direito

² **Welfare State**: expressão em inglês que significa "estado de bem-estar" e abrange as noções de Estado de bem-estar social e de políticas públicas, ou seja, o conjunto de benefícios socioeconômicos que um governo proporciona à população. (Nota da **IHU On-Line**)

social à saúde, ferindo de morte os pressupostos constitucionais do SUS – em torno da universalidade, integralidade e equidade. Darei três exemplos concretos: a desidratação do Programa Mais Médicos (agravando o problema dos vazios assistenciais e fragilizando a estratégia de saúde da família), a manutenção da Emenda Constitucional 95 (congelando o teto da despesa primária, reduzindo o piso per capita da saúde e estrangulando o financiamento de estados e municípios) e a suspensão de contratos com sete laboratórios públicos nacionais para a produção de 19 medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS (destinados à fabricação de remédios para pacientes que sofrem de câncer, diabetes e transplantados).

IHU On-Line – Quais os desafios para fortalecimento do SUS e controle maior sobre operadoras privadas de saúde?

Carlos Ocké – Do ponto de vista programático, aponto os seguintes desafios: (i) revogar a Emenda Constitucional 95, para ampliar o financiamento do SUS; (ii) frear a internacionalização do mercado, para reduzir os gastos dos trabalhadores e empregadores com bens e serviços privados de saúde; (iii) regular os planos empresariais de saúde, os hospitais privados e filantrópicos e as organizações sociais, para acabar com o parasitismo do mercado sobre o SUS; (iv) com o dinheiro do Pré-Sal, investir, de um lado, no Programa Mais Médicos, no Programa Farmácia Popular e nos hospitais universitários, e de outro, concluir as obras inacabadas nas unidades de pronto-atendimento e unidades básicas de saúde, fortalecendo a atenção básica e as linhas de cuidado das redes de atenção à saúde nos estados e municípios. Finalmente, para viabilizar o sistema, é importante valorizar o serviço público no SUS, criando a carreira nacional interfederativa. ■

Leia mais

- **Caminho para SUS ser único e universal passa pela política e pelo fortalecimento da base social de apoio.** Entrevista com Carlos Ocké-Reis, publicada na revista **IHU On-Line** número 526 de 13-8-2018, disponível em <http://bit.ly/2kk9dYo>.

- **Parasitismo do privado no público.** Entrevista com Carlos Ocké-Reis, publicada na revista **IHU On-Line** número 491 de 22-8-2016, disponível em <http://bit.ly/2kk8cQ2>.

- **A flexibilização da regulação dos planos de saúde - A privatização do sistema de saúde e o desmonte do SUS.** Entrevista especial com Carlos Octávio Ocké-Reis, publicada nas Notícias do Dia de 5-7-2018, no sítio do Instituto Humanitas Unisinos - IHU, disponível em <http://bit.ly/2lxGFuH>.

2º Ciclo de Estudos

 A (re)configuração geopolítica global

A Geopolítica Sinocêntrica e a sua Dimensão Securitária
 Prof. Dr. Marcos Aurélio Barbosa dos Reis – Unisinos

29 de outubro de 2019 | 16h às 17h | Sala TEDU 603
 Campus Unisinos Porto Alegre

ihu.unisinos.br/evento/china

ECOFEIRA

ObservaSinós

OBSERVATÓRIO DA REALIDADE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DO VALE DO RIO DOS SINÓS



PROGRAMAÇÃO | OUTUBRO

02 de outubro (quarta-feira)

13h às 14h – Cine-vídeo: Projeto PANCs – plantas alimentícias não convencionais

Equipe Observasinos

Corredor central em frente ao Instituto Humanitas Unisinos - IHU

09 de outubro (quarta-feira)

13h às 14h – Círculo Cultural

Coordenação: Prof. Dr. Telmo Adms - Unisinos

Corredor central em frente ao Instituto Humanitas Unisinos - IHU

16 de outubro (quarta-feira)

13h às 14h – Oficina: Segurança Alimentar e Nutricional

Ministrantes: Banco de Alimentos de São Leopoldo

Corredor central em frente ao Instituto Humanitas Unisinos - IHU

23 de outubro (quarta-feira)

13h às 14h – Oficina: Certificação Orgânica

Ministrantes: Marcelo Fernandes Ritter - Referência de Qualidade em Extensão Rural - EMATER

Corredor em frente ao Instituto Humanitas Unisinos – IHU

30 de outubro (quarta-feira)

14h às 16h – Oficina: Construindo sua horta

Coordenação: Denise Schnorr - Instituto Anchietano e Gelson Fiorentin e Daiani Fraporti dos Santos - PASEC Unisinos

Horta na Gastronomia - Escola de Saúde da Unisinos





Cena do filme Bacurau (Divulgação)

52

Os muitos êxitos de Bacurau

João Ladeira

“O que importa está alhures, naquilo que esses ícones pop da cinefilia fazem com todas as bestas armadas das telas”, escreve João Ladeira

João Martins Ladeira é professor na Universidade Federal do Paraná, possui doutorado em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ, mestrado e graduação em Comunicação pela Universidade Federal Fluminense – UFF

Eis o artigo.

O sucesso de maior repercussão no cinema brasileiro recente talvez importe por razões que ultrapassam os motivos pelas quais até agora foi tão admirado

Há algo curioso nas críticas sobre **Bacurau** (2019, de Kleber Mendonça Filho e Juliano Dornelles), e o mais interessante parece ter sido o fato de que elas não necessariamente viram o filme. Falou-se de tudo nesses textos: o comentário da obra sobre o momento que vivemos; a resistência; a opressão e a violência; o extermínio de minorias. Em si, o filme pareceu menos importante.

Na Folha de S. Paulo, surgiu uma comparação com a brutalidade do sequestro, em agosto, de um ônibus na ponte Rio-Niterói. O Globo narrou o quanto os cineastas teriam se inspirado no Gueto de Varsóvia para compor seu filme; e as declarações de ambos – ao menos aquelas

apropriadas por esses grandes jornais – não se esforçaram em relativizar a primazia do mundo concreto.

Se apenas a realidade importa, o cinema soa como coisa menor. Presume-se, então, que a violência no interior dessa arte não tenha história. De fato, no audiovisual, demanda-se sempre certa primazia para as coisas da vida. Em momentos de crise (como o nosso) a sensação se acirra: mas Bolsonaro vai passar e a obra de nossos cineastas, não.

Sessões da meia-noite

Muito menos o próprio cinema. Foram poucos os comentários sobre o diálogo de *Bacurau* com um gênero muito específico, escasso no Brasil: o filme B de terror e ficção científica, cujas marcas parecem bem mais nítidas que as do faroeste do qual tanto se falou. Novamente, as declarações dos cineastas voltam à tona, pois suas entrevistas não editadas concederam mais destaque para tal estilo.

Ambos expressaram a vontade de compor um filme de gênero, como na conversa com o podcast Saco de Ossos. Certas cenas soam abertamente cômicas: drones em forma de discos voadores; assassinos se entregando ao sexo após a violência; um matador vivido por Udo Kier, esse eterno vilão. São imagens de um gênero difícil de levar a sério. Todavia, a crítica de *Bacurau* preferiu se negar ao riso.

Por quê? A resposta passa por um traço caro ao cinema: pois tal arte vive não pela correspondência com a realidade, mas por imagens destiladas durante décadas. É um ofício estranho esse de criar tais imagens através de uma técnica que tem o mundo todo como repertório, permitindo que qualquer fração do real caiba na tela comente para reapropriá-la.

Hipócrita leitor, meu igual, meu irmão!

Foi graças a tal amplitude que a cinefilia capturou essas imagens, saturando-as, manuseando-as como se pudesse enchê-las após as ter esvaziado, apenas para logo depois esgotá-las mais uma vez, sempre em direção a novas capturas. Porém, como se as contradições nunca terminassem, retorna-se à indispensável referências às coisas, que ganha vida para nos enganar.

Como parte da exploração cinéfila, assassinos em série deixam de ser retratos de tragédias concretas. Quando param de refletir fatos, tornam-se patrimônio do cinema. Mas não é casual que, a partir daí, enxergue-se neles signos sobre a própria vida. E, mais uma vez, vem a pretensão de comentário ou de alegoria. Eles devem dizer algo: ou talvez sejamos nós que precisemos demasiado disso.

Contudo, há uma outra opção. Não poderiam essas imagens bastar por si mesmas? Assim, elas tangenciariam a abstração, exatamente nesse ofício para o qual toda abstração é inviável. É um movimento difícil. Mas a repetição desses filmes de terror transforma monstros e assassinos em ícones, tornando-os recursos disponíveis para sua recombinação.

E eis que, exatamente quando recuperam a própria representação, tais imagens descartam a correspondência com o mundo. Para isso, precisa-se de ícones amplamente conhecidos, e o conjunto de temas do horror soa perfeito. Há algo em *Bacurau* muito mais importante que engajamento: é um tipo de experiência como aquela que a Arte Pop tentou construir.

Monstros demais

A flexibilidade que permitiu a *Bacurau* se transformar num marco da crítica ao nosso tempo decorre da diversidade de perspectivas disponíveis, fruto dessa busca por signos: logo aqui, numa circunstância na qual esses signos talvez nem sejam o mais importante.

Pois existe de tudo um pouco nas imagens do horror. Há o moralismo de Paul Morrissey, para quem as drogas e a juventude eram valores vazios, consequência de uma sociedade sadia que não conhece a doença, simulando-a ao invés de encará-la. Seus monstros celebravam a contracultura como fraqueza, e por isso o sangue se tornava tão importante.



Cartaz de Bacurau

Existe também a dualidade de *Taxi Driver* (1976, de Martin Scorsese), da reflexão humanista-cristã de seu diretor sobre a alienação, por um lado, à exaltação da violência do roteiro de Paul Schrader, por outro. Mas há também a pretensão de inverter a normalidade, já discutida nessa coluna ao retomar a trajetória que levou a filmes como *As Boas Maneiras* (2017, de Marco Dutra e Juliana Rojas).

Por que procurar em **Bacurau** – no faroeste que ele não é – a defesa de uma civilização se esvaindo frente à barbárie, invertendo, então, a mítica do próprio gênero: a conquista de um território onde se vai impor tal civilização? O que importa está alhures, naquilo que esses ícones pop da cinefilia fazem com todas as bestas armadas das telas. Dói abandonar uma chance de falar sobre o presente, mas, talvez, seja outro o dado libertador. ■

Ficha técnica



Direção: Kleber Mendonça Filho, Julio Dornelles

Elenco: Sonia Braga, Udo Kier, Bárbara Colen, Thomas Aquino, mais

Gênero: Ação | Suspense | Western

Nacionalidade: Brasil | França

Trailer: <http://bit.ly/2lQXxfM>

Revolução 4.0



Impactos nos modos de produzir e viver
5º Ciclo de Estudos

Saúde Pública, saúde coletiva e a Revolução 4.0. Possibilidades e limites no Brasil

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha – Fiocruz

05 de novembro de 2019
19h30min às 22h
Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos São Leopoldo

ihu.unisinos.br/evento/ciclo-revolucao-4-0

Outras edições em www.ihuonline.unisinos.br/edicoes-anteriores



Sistema público e universal de saúde – Aos 30 anos, o desafio de combater o desmonte do SUS

Edição 526 – Ano XVIII – 13-8-2018

No ano em que completa três décadas de implantação, o Sistema Único de Saúde - SUS já sente as consequências do principal golpe que sofreu em sua trajetória. Trata-se da promulgação da Emenda Constitucional nº 95 em dezembro de 2016. De autoria do governo de Michel Temer, ela limitou os gastos públicos por 20 anos, fixando em zero o crescimento real das despesas primárias. No momento, os efeitos mais notórios são a redução de atendimento, a falta de insumos básicos e a precariedade na manutenção de equipamentos, na distribuição de medicamentos e nos programas de promoção e prevenção da saúde.



SUS por um fio. De sistema público e universal de saúde a simples negócio

Edição 491 – Ano XVI – 22-8-2016

O Sistema Único de Saúde - SUS tem sido amplamente debatido e defendido nas páginas impressas e eletrônicas do Instituto Humanitas Unisinos – IHU. A este tema foram dedicadas inúmeras entrevistas e artigos. A revista IHU On-Line volta ao tema, pois, se é verdade que o SUS sempre tem vivido em crises, nenhuma é de tal gravidade como a atual.



Sistema Único de Saúde. Uma conquista brasileira

Edição 376 – Ano XI – 17-10-2011

Para refletir sobre os rumos do SUS, a IHU On-Line convidou alguns pesquisadores e especialistas no tema, que contribuem com suas ideias sobre o que é o SUS, quais seus avanços e desafios. Para Gilson Carvalho, médico pediatra e de saúde pública, ainda não chegamos a implantar o SUS constitucional. “Estamos longe dele”, afirma. Já o professor da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim, destaca que “o maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político”.



FARENHEIT

451

DEBATEDORA: PROFA. DRA.
NÍSIA MARTINS DO ROSÁRIO
- UFRGS



CINE DEBATES

IHU
2º CICLO

24 | SET
2019
16^H

SALA IGNACIO ELLACURÍA E COMPANHEIROS
CAMPUS UNISINOS SÃO LEOPOLDO

ihu.unisinos.br/evento/cinedebates-ihu

GIG - A UBERIZAÇÃO DO TRABALHO



Realização: Repórter Brasil, Documentário, 60 min.

Direção de Carlos Juliano Barros, Caue Angeli
e Maurício Monteiro Filho. Brasil, 2019.

Debatedor: Prof. Dr. Rafael Grohmann – Unisinos

• 25/09 | 17h às 19h

Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos São Leopoldo

• 08/10 | 17h às 19h

Campus Unisinos Porto Alegre

Mais informações e inscrições em ihu.unisinos.br/eventos

LITERATURA NEGRA: CRÍTICA ÀS POÉTICAS HEGEMÔNICAS



07/10/19 (segunda-feira)

14h às 15h30min

Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros – IHU
Campus Unisinos São Leopoldo

ihu.unisinos.br/evento/ontologias-anarquistas

Ronald Augusto

Porto Alegre



ihu.unisinos.br | ihuonline.unisinos.br



twitter.com/_ihu



bit.ly/faceihu



bit.ly/instaihu



bit.ly/youtubeihu