



Mário Scheffer



“Aquele ciclo, que se iniciou na redemocratização, no qual afirmávamos que saúde é democracia, chegou ao fim. A saúde foi reduzida a acesso. Igualdade e democracia foram postas de lado. Qual seria então o sentido e a direção de saúde e democracia no contexto atual?” A provocação é do professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) e pesquisador do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES/IESC/UFRJ), Mário Scheffer. O entrevistado do mês de agosto do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) comenta sobre o novo projeto elaborado por operadoras de planos de saúde – “o SUS pagaria a conta dessa nova lei” –, a necessidade de avançar no debate sobre as novas interações entre público e privado e as relações capitalistas que dinamizam o setor saúde. Para Scheffer, nunca houve conjuntura política desfavorável para as empresas de planos de saúde, mas o cenário atual é um terreno muito fértil: “Tivemos oportunidade, elegemos governos que falharam e traíram o SUS, então estamos aqui hoje nos contentando com uma melhor regulação do setor privado. Uma frente pelo resgate da saúde enquanto direito é o que precisamos, mas isso está fora das bolhas nas quais nos refugiamos e exigirá novas interações sociais para angariar uma base mais ampla de apoio ao SUS”. Boa leitura!

Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): A coluna de Elio Gaspari publicada na Folha de S. Paulo revelou um projeto elaborado por operadoras de planos de saúde para mudar as leis que regulamentam o mercado desde 1998. Em análise preliminar, você, Lígia Bahia (UFRJ) e Marilena Lazzarini (Idec) comentaram alguns pontos do projeto avaliado como arrogante, predatório e danoso ao SUS, além de

extremismo inédito na defesa de interesses privados e empresariais das empresas de planos de saúde. Quais os principais elementos desse projeto?

Mário Scheffer: Veio à luz uma proposta bastante audaciosa e sofisticada das empresas de planos de saúde, de mudar inteiramente as regras do jogo. Escreveram uma nova lei que permitiria a venda de planos segmentados de menor cobertura, aumentos de mensalidade mais constantes, o fim do ressarcimento ao SUS e a desregulamentação quase que total da comercialização de planos, tudo com o objetivo final de ampliação do mercado. Este é um ponto: embora os planos de saúde tenham se expandido muito no Brasil em número de clientes, nunca alcançaram mais que 30% da população (o que é muito, aqui sem falar na heterogeneidade e na qualidade dessa cobertura). Dependente de emprego e renda, esse mercado encolhe em época de crise, depois cresce de novo, mas tem batido nesse teto. Em publicações do setor, em notas dirigidas a controladores e acionistas, as operadoras expressam metas de ampliar a clientela para 40%, até 50% da população brasileira. Ora, como vender mais planos privados, seja para empregadores ou famílias, num país com 13 milhões de desempregados, com a proporção de pessoas pobres só crescendo? Quase 30% das pessoas estão na linha da pobreza, com rendimento familiar de menos de R\$ 400 por mês.

Eles apostam em dois caminhos: desregular esse mercado, permitindo a venda de planos pobres para pobres, e acirrar a disputa por fundos públicos, acionando mais subsídios e abocanhando mais recursos que deveriam ser destinados ao SUS. O SUS pagaria a conta dessa nova lei que pleiteiam, não só por embutirem ali o fim do ressarcimento, que na prática hoje é pífilo, mas porque haveria muitas e novas barreiras, além das já existentes, para doentes e idosos entrarem ou permanecerem nos planos.

OAPS: Você acredita que a atual conjuntura favorece a aprovação de mudanças como essas?

Mário Scheffer: Para as empresas de planos de saúde nunca houve conjuntura política desfavorável. Todos os governos nos últimos 20 anos, desde o início da regulamentação em 1998, acolheram parte da agenda do setor. Não quer dizer que os donos de planos foram sempre e totalmente bem sucedidos. Agora mesmo não sabemos o real alcance desse projeto de lei vazado, embora tenha DNA, pai e mãe não vieram a público e, por ora, nem governo nem Legislativo o adotaram formalmente.

Duas investidas mais recentes não vingaram ou adormeceram. Tentaram legalizar os planos populares e acessíveis, por meio da dobradinha do então ministro da Saúde, Ricardo Barros, com a ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]. Depois, em 2017, tentaram mudar mais substancialmente a lei, via comissão especial na Câmara dos Deputados; o projeto foi paralisado em 2018. Nos dois casos foram as divergências entre os segmentos empresariais de planos e os atritos desses com prestadores que inviabilizaram a empreitada. Somente pressões vindas de baixo, exercida por consumidores, entidades e mídia, não são suficientes. Em momentos de consenso os planos sempre conseguiram ter nas mãos governos e uma boa base parlamentar, o lobby que patrocinam é suprapartidário.

Temos demonstrado em estudos sobre porta giratória que os planos foram bem sucedidos nos governos Fernando Henrique, Lula, Dilma e Temer, emplacando vários diretores e presidentes da ANS, seja levando gente do mercado para a agência, seja apadrinhando, abençoando até sanitaristas e pessoal de carreira. A omissão da ANS sobre o ressarcimento ao SUS, os reajustes abusivos e o fim da venda de planos individuais, entre tantos temas, pode em parte ser creditada a essa captura. Notícias apontaram que a lei do capital estrangeiro na saúde, de 2015, sob Dilma, pode ter sido comprada por planos de saúde e hospitais privados. Um pouco antes, enfiaram redução de 80% em pagamento de tributos pelas empresas de planos de saúde em Medida Provisória. Há muito tempo pesquisamos, com a professora Ligia Bahia, o expressivo financiamento de campanhas por planos de saúde, que migrou – não são mais as empresas, agora proibidas por lei, mas as pessoas físicas, os donos de planos, quem financiam candidatos.

Mas a resposta à sua pergunta é sim, na conjuntura atual, com a agenda ultraliberal de Bolsonaro, com o centrão poderoso, o terreno é muito fértil aos planos. Essa é uma pergunta viva para nossas pesquisas: por quais meios e mãos se movimentará esse novo projeto de lei que as empresas de planos encomendaram?

OAPS: Quais são as frentes de resistência à implantação dessas propostas?

Mário Scheffer: Durante algum tempo, uma aliança

entre entidades de médicos e de consumidores, com atuação de alguns parlamentares e pouca gente da academia, conseguiu protagonizar certa mobilização, juntavam até Ministério Público, conselhos profissionais, movimentos de patologias, conselhos de saúde. Mas uma frente de resistência, como vocês mencionam, nunca existiu. Até porque estão fora desse debate os trabalhadores, os sindicatos e suas centrais, inclusive entidades do funcionalismo público, que substituíram a defesa do SUS pela pauta de planos privados nos acordos de trabalho.

Estão fora também os gestores e conselhos de saúde, que tendem a reduzir a relação dos planos privados com o SUS ao ressarcimento (o que fracassou), enquanto o imbricamento é muito maior, passa pelo financiamento público ao privado que não atende SUS, pelo compartilhamento de serviços, de profissionais e usuários. A atual migração de médicos de saúde da família, formados com recursos do SUS, para os planos privados é um pequeno exemplo do quanto precisa prosperar o debate sobre as novas interações entre público e privado na saúde.

Também sempre foi envergonhada a aproximação do movimento sanitário e de nossas entidades da Saúde Coletiva com a questão dos planos de saúde, como se fosse uma agenda de pesquisa menor, desviante das atenções sobre o SUS. Há divergências no campo, o que é bom para o debate. Há uma noção, da qual nossos estudos discordam, de que nosso sistema de saúde é dual, ou mix – essa ideia da separação entre dois subsistemas, o SUS do bem e a saúde suplementar do mal –, o que não ajuda a explicar o sistema de saúde e contribui para promover essas propostas difusas de entidades do setor privado, que pregam maior articulação e integração entre o público e o privado.

É bom tocar em nossas contradições. Muitos de nós, sanitaristas, na hora da assistência médica e hospitalar, pouco usamos o SUS; para nós mesmos e nossos familiares preferimos planos privados. Temos experiências ruins como usuários do privado, temos dificuldade de agendar consultas (pagamos, então, particular) e de pagar as mensalidades, como o resto da população que tem planos. Recentemente, me deparei com o material de propaganda do FioSaúde, o plano privado da Fiocruz, que passou a vender um plano mais barato chamado Total Saúde (o público-alvo devem ser os trabalhadores menos remunerados). Esse material menciona, com depoimentos de



“**Em momentos de consenso os planos sempre conseguiram ter nas mãos governos e uma boa base parlamentar, o lobby que patrocinam é suprapartidário**”

colegas pesquisadores, os méritos de ser um plano privado de atenção primária. Diferente de outras autogestões, que oferecem o mesmo plano do auxiliar de limpeza ao presidente, na Fiocruz há planos segmentados, que terminam por segregar servidores por faixa de renda. O nosso objeto de estudo, políticas de saúde, requer cautela, pois nós estamos dentro dele. Portanto, corre-se o risco permanente de naturalização do objeto. Hoje, por exemplo, há sanitaristas que consideram natural prestar consultoria para empresas da saúde, pesquisar e trabalhar para o setor privado.

Só resistir a novas ameaças dos planos não nos levará para além de onde estamos. Tivemos oportunidade, elegemos governos que falharam e traíram o SUS, então estamos aqui hoje nos contentando com uma melhor regulação do setor privado. Uma frente pelo resgate da saúde enquanto direito é o que precisamos, mas isso está fora das bolhas nas quais nos refugiamos e exigirá novas interações sociais para angariar uma base mais ampla de apoio ao SUS.

OAPS: O Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES/IESC/UFRJ), que você integra, já afirmou em nota que houve uma inversão da hegemonia: é o setor privado quem define o rumo de políticas estruturantes para o sistema de saúde, não o público. Você pode indicar alguns elementos que apontam essa inversão? É preciso mais atenção aos movimentos do setor privado na saúde?

Mário Scheffer: O que buscamos demonstrar é que o setor privado na saúde no Brasil definitivamente mudou, cresceu e apareceu, praticamente dobrou de tamanho nos últimos 15 anos. Dobrou o número de pessoas com planos de saúde; a rede de oferta de serviços privados (hospitais, laboratórios, clínicas populares) expandiu territorialmente, diversificou-se; o faturamento explodiu; e o financiamento privado no sistema de saúde se consolidou em patamar sempre maior que o público. Só os planos e seguros de saúde movimentaram R\$ 195 bilhões em 2018, mais que o governo federal coloca por ano no SUS. Como o SUS também expandiu – houve imensa ampliação do acesso da população à rede pública, na atenção primária, na urgência, nas especialidades, na alta complexidade – cria-se uma falsa ideia de equilíbrio,



“O nosso objeto de estudo, políticas de saúde, requer cautela, pois nós estamos dentro dele. Portanto, corre-se o risco permanente de naturalização do objeto. Hoje, por exemplo, há sanitaristas que consideram natural prestar consultoria para empresas da saúde, pesquisar e trabalhar para o setor privado”

como se o privado, apartado, fosse do tamanho de quem pode pagar por ele. Mas os sinais são invertidos: enquanto no SUS os recursos e a oferta são menores que as necessidades da população, no privado oferta e despesas são muito maiores que a demanda (e veja que o privado seleciona nichos, só faz escolhas lucrativas).

O olhar desatento insiste que o privado é o mesmo de sempre, quando são suas novas feições, e não apenas o subfinanciamento do SUS, que têm conduzido à maior segmentação e à estratificação da assistência e à maior desigualdade entre pacientes e entre profissionais de saúde. Por isso precisamos entender melhor os planos de saúde, os hospitais privados, as organizações sociais, a medicina diagnóstica, as farmácias e drogarias, a indústria farmacêutica. Ao estudar porque empresários da saúde e suas entidades são hoje tão influentes, percebemos que eles foram moldados pela dependência de recursos

públicos e convivência com o SUS – adquiriram intimidade com políticos e gestores do SUS –, mas também se fortalecem com mudanças no interior do próprio privado – a proximidade com o mercado financeiro, a presença de grandes grupos econômicos, o capital estrangeiro agora liberado, as fusões e a diversificação de negócios.

O setor privado quer crescer ainda mais, mas vive um dilema pois, como eu disse, a venda de planos e a oferta particular têm limites. A venda de serviços ao SUS e a gestão de serviços do SUS não lhes são suficientes. E não querem jogar o jogo do público, como faz o setor privado em sistemas nacionais da Europa, onde não há saída para o mercado fora do sistema público universal, que tem popularidade duradoura e apoio público. Aqui precisam reescrever as regras constitucionais, pressionando pela desregulamentação do privado e pregando a falência e a inviabilidade do SUS, escolhendo clientela pagantes e de baixo risco, enquanto barram ou nem se aproximam de pacientes vulneráveis, crônicos, de alto risco, idosos, pobres, quem tem transtornos mentais, quem precisa de cuidados de emergência, quem mora em periferias e em municípios desassistidos. Portanto, a cantilena de que o privado desafoga o SUS, ou que o que falta é maior articulação do SUS com o privado, não sobrevive às evidências nem às intencionalidades.

Precisamos atualizar a crítica sobre o privado na saúde, que ainda recai sobre a privatização e a terceirização de equipamentos públicos dos anos 1990. As conferências de saúde votam, há 20 anos, o sim ou não às Organizações Sociais (OSs). Mas as OSs hoje são empresas gigantes, já recebem mais da metade do orçamento de várias secretarias municipais e estaduais, são as maiores empregadoras de recursos humanos do SUS e foram legitimadas pelo STF [Supremo Tribunal Federal]. Lamentável que as OSs não estejam nas conferências de saúde, assim como os planos de saúde, as representações de médicos, os novos secretários de Saúde oriundos e formados no setor privado, pois são essas forças que estão definindo os rumos do sistema de saúde. Devemos nos reapresentar e chamá-los ao diálogo.

OAPS: Em comentário feito ao CCE Fiocruz, você destaca que a abertura de cursos de Medicina resultante da Lei Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013) provocou privatização do ensino médico, com entrada de grandes grupos da educação na Medicina, e a perspectiva de meio milhão de médicos em atividade no país em 2020. Quais os impactos desse crescimento do número de cursos e médicos/as? Que efeitos sobre a distribuição geográfica e entre setores público e privado podem ser esperados?

Mário Scheffer: A opção pela privatização do ensino médico no país, induzida e acelerada pela Lei Mais Médicos, terá consequências que precisamos estudar, acompanhar. Já são 340 cursos, mais de 70% das vagas são privadas e o acesso a elas é caro e elitizado. Isso não foi acompanhado do planejamento nem da construção de um modelo de avaliação, pouco sabemos sobre os novos médicos que o Brasil forma. Não há consenso sobre quem avalia, sobre em que momento isso deve ocorrer e sobre as consequências para a escola mal avaliada. Ninguém pune ou fecha escola médica no Brasil porque criaram um modelo de negócio poderoso.

Cada escola nova vira moeda política local de prefeitos e deputados, e a galinha dos ovos de ouro não é mais de empresas familiares, mas agora de conglomerados da educação, favorecidos ainda pelos créditos educativos públicos. Criou-se um mercado de convênios com serviços de OSs para garantir campos de prática aos alunos, já que não terão hospitais universitários.



“ Não há um plano para formar médicos e especialistas que atendam às necessidades do SUS e da população, não há políticas claras que garantirão melhor distribuição de médicos entre os territórios e entre as estruturas públicas e privadas. [...] Queremos investir na formação de recursos humanos para o SUS, ou para a Amil e para o Dr. Consulta? ”

A composição do quadro docente também é estratégica para o colchão de apoio político, muitas empregam formuladores e monitores do Programa Mais Médicos. Uma mesma escola médica privada de São Paulo ostenta o ex-governador Geraldo Alckmin e o ex-ministro Alexandre Padilha como professores. A mensalidade nessa escola custa R\$ 12 mil.

Sim, teremos milhares de novos médicos no Brasil, serão 600 mil nos próximos anos. Mas não há um plano para formar médicos e especialistas (não há residência médica para todos) que atendam às necessidades do SUS e da população, não há políticas claras que garantirão melhor distribuição de médicos entre os territórios e entre as estruturas públicas e privadas. Voltamos à discussão sobre que sistema de saúde o Brasil quer ter. Queremos investir na formação de recursos humanos para o SUS, ou para a Amil e para o Dr. Consulta? Em 2020 vamos divulgar nova

edição do nosso estudo Demografia Médica no Brasil, esperamos tocar nesses pontos.

OAPS: No mesmo comentário, você afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) corre risco de extinção – “sucessivas políticas e ações foram aos poucos diminuindo a capacidade de resiliência do sistema, que é muito grande”. Considerando também os mais de seis meses do atual governo, quais suas perspectivas para o SUS nos próximos três anos e meio? E a longo prazo?

Mário Scheffer: Nesse pouco tempo e os mais recentes episódios repugnantes, os crimes de responsabilidade já cometidos pelo presidente, a ruptura do processo civilizatório pelo governo, o ambiente social tóxico que extenua e estressa as relações, tudo isso dificulta análises e ações que revertam a destruição de políticas públicas. Perto de Educação, Meio Ambiente, Previdência e Direitos Humanos, por exemplo, onde os ataques são mais frontais e arrasadores, a saúde tem sido em parte poupada. Talvez porque o SUS já tenha chegado ao fundo do poço. Mas retrocessos iniciados lá atrás podem sim se consolidar, como o subfinanciamento; as mudanças na atenção primária e na saúde mental, com aval dos gestores municipais; o desmonte da política de aids dá sinais desde a aliança

de governos anteriores com evangélicos; a suspensão da fabricação de genéricos nacionais alegando problemas nas PDPs, que de fato existiram; a continuidade do Proadi, programa criado em 2009 que, via isenções (de Cofins e cota patronal de INSS) beneficia, com recursos públicos, hospitais de ricos onde não entram pacientes do SUS; e há vários outros exemplos. Em muitos casos, foi a péssima condução no passado de políticas que até vislumbravam mais acesso que abre agora espaço para políticas antagônicas ao SUS universal.



“Disputar o hegemonismo em bolhas pode até saciar desejos emocionais, mas quem fracassou e desviou-se no governar dificilmente triunfará sozinho no resistir”

Em 30 anos não convencemos ainda toda a sociedade de que o SUS é viável e indispensável, é o melhor para o país, para a vida das pessoas. Falhamos na defesa dos valores de justiça e igualdade e falhamos na demonstração das evidências que produzimos da superioridade do SUS sobre outros modelos, da sua capacidade de produzir saúde e reduzir desigualdades. Renunciamos a admitir que falhas do SUS causam sofrimento e desumanidades, não demos soluções para o SUS que maltrata.

Talvez na Saúde Coletiva devêssemos ampliar e aprofundar possibilidades de análises que nos permitam apontar saídas. São relevantes as produções atuais dedicadas a registrar aspectos positivos de programas e políticas que têm sido atacadas, e aquelas que atribuem piora de indicadores de saúde às medidas austeras mais recentes. Mas também, e sobretudo, devemos voltar a analisar melhor as relações capitalistas que dinamizam o setor saúde.

Terminamos um ciclo. Aquele ciclo, que se iniciou na redemocratização, no qual afirmávamos que saúde é democracia, chegou ao fim. A saúde foi reduzida a acesso. Igualdade e democracia foram postas de lado. Qual seria então o sentido e a

direção de saúde e democracia no contexto atual? E retomemos à pergunta tradicional, que forjou nosso campo: quais são as especificidades de um sistema de saúde em um país capitalista como o Brasil? O SUS não é um fenômeno extra-mercado ou extra-capitalismo.

Não é possível seguir nesse ritmo de resistir, falhar ao governar o SUS, resistir de novo. Disputar o hegemonismo em bolhas pode até saciar desejos emocionais, mas quem fracassou e desviou-se no governar dificilmente triunfará sozinho no resistir. Como uma minoria isolada e fragmentada, é o que somos, se transforma em uma voz e em uma demanda unificada pelo SUS?

Neste momento gravíssimo da nossa história, devemos tentar aproximar a defesa do SUS da defesa da democracia, levando o SUS como pauta a novos formatos de participação, a métodos mais ativos de mobilização e engajamento. Parte da sociedade já perdeu a fé no SUS, não podemos permitir que abandone a fé na democracia.

Confira outras entrevistas do OAPS:



Pedro Delgado



Nelson Pretto



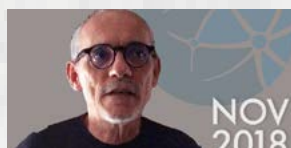
Eduardo Fagnani



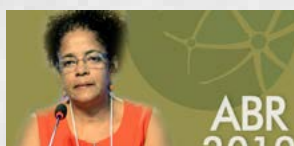
Paulo Sérgio Pinheiro



Rogério Queiroz



Luiz Filgueiras



Edna Araújo



Ines Dourado



Jurema Werneck



Graça Druck



Luís Eduardo



André Dantas

Expediente

Coordenador Geral: Jairnilson Paim

Coordenação Executiva OAPS: Maria Guadalupe Medina

Coordenação Executiva CDV: Carmen Fontes Teixeira

Equipe OAPS: Gerluce Alves

Equipe CDV: Isabela Ramos Porto | Maria Creuza Silva |
Thadeu Borges Souza Santos

Comunicação: Inês Costal | Patrícia Conceição

Tecnologia da Informação: Diego Corrêa | Fernando
Passos | Gilson Rabelo | Juliana Argolo | Sérgio Santana