

“QUEREM QUE O SUS SEJA COMPLEMENTAR AO SETOR PRIVADO”

Hugo Fanton
Jornalista

Peter Illiciev



Presidenta Michele Bachelet, do Chile, durante o Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrásco), realizado na Fiocruz, no Rio de Janeiro

Aumento de casos de mortes por violência, depressão, suicídios, infartos, reemergência de doenças como febre amarela. Supersucateamento da rede pública e aumento da privatização. A EC 95 ("PEC da Morte") afeta a situação demográfica e epidemiológica. “Os riscos para o SUS são dramáticos, o que os privatistas querem é inverter o que a Constituição prevê: pretendem que o SUS seja complementar ao setor privado”, diz a professora Ligia Bahia (UFRJ). “Em 2019, sentiremos de fato o golpe em relação ao SUS, com consequências muito sérias: não haverá recursos para se cumprir as obrigações atuais”, adverte o professor Mário Scheffer (FM-USP)

Passados dois anos do golpe que destituiu Dilma da Presidência da República, inflexões promovidas pelo governo Temer nas políticas econômicas e sociais impactaram diferentes áreas, tais como habitação, cultura e educação. Na saúde, o cenário é de aprofundamento do processo histórico de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de maior estreitamento de interesses entre mercado e governo, com decorrente avanço da apropriação do público pelo privado. São expressões desse contexto a Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95), as propostas de criação de planos de saúde populares e de revisão da lei que regula a atuação das seguradoras, o fechamento de serviços e equipamentos, assim como a redução de políticas específicas voltadas à saúde da mulher e de vigilância em saúde.

O cenário histórico de desfinanciamento do SUS piorou significativamente com a aprovação da EC 95, que congela o gasto público em saúde por 20 anos no patamar de 15% das receitas correntes líquidas, com correção pela inflação. “Em 2017, esses 15% correspondiam ao que foi aplicado em 2015. Desde então, tivemos inflação e insuficiências orçamentárias graves, como o descumprimento, pelo Ministério da Saúde, dos compromissos de transferência para Estados e municípios”, explica Áquilas Mendes, professor de economia política da saúde na Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP). A EC 95 traz também uma distorção na correção pelos índices inflacionários, com base no Índice de Preços ao Consumidor-Amplio (IPCA) do ano anterior. “O valor empenhado em



Professor Áquilas Mendes (FSP)

2017 foi de R\$ 115,3 bilhões. Com o IPCA a 3%, o orçamento para 2018 ficou em R\$ 118,3 bilhões. Mas a inflação para este ano já tem prognóstico de 4%, isso significa que o orçamento deveria ser de R\$ 119,9 bilhões”, com o agravante de que “a inflação no setor saúde, com grande incorporação tecnológica, é sempre três vezes maior que a medida pelo IPCA”.

Desde o início da construção do SUS, em 1988, há um contexto macroeconômico desfavorável à expansão da saúde pública universal e gratuita. “Nesses últimos 30 anos, vivemos período muito particular, de capitalismo financeirizado, com declínio da taxa de lucro do capital produtivo, que o enfrenta com mais exploração sobre as classes trabalhadoras e diminuição dos direitos sociais. Na saúde isso se expressa pela privatização e desfinanciamento”, explica Mendes. O desfinanciamento tem origem na própria Constituição, que não garantiu fontes definitivas e seguras para a saúde. O movimento da Reforma Sanitária luta desde a EC 29/2000 pela garantia de uma base



Professor Mário Scheffer (FM)

fixa de aplicação da União, advinda de impostos. “A regulamentação foi aprovada pela lei complementar 141/2012, mas até hoje nossa luta é pela aplicação de recursos pela União com base nas receitas correntes brutas”. Um passo nessa direção foi dado com a aprovação da EC 86/2015, que fixa a aplicação de gasto público em saúde pela receita corrente líquida. “A reivindicação era de 10% das receitas correntes brutas, o que corresponde a 19,4% da líquida. Pela EC 86, em 2016 o aplicado seria de 13% das receitas líquidas, com previsão de crescimento para 15% em 2020”. Mendes ressalta que, por essas razões, o gasto público na saúde no Brasil é muito baixo, 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), “e países com sistemas universais como o nosso gastam em média 8% do PIB”.

O professor Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (FM-USP), acrescenta que, desde a criação do SUS, há constrangimento ao financiamento público e incentivo de gastos privados. “Não por acaso, hoje mais

de 50% são recursos privados, e há destinação de fundo público ao setor privado, com crescimento de renúncia fiscal, desonerações e benefícios como empréstimos do BNDES”. No orçamento de 2017, a renúncia na saúde foi de R\$ 32 bilhões. Em 2018, subiu para R\$ 40 bilhões. “O governo Temer congelou o gasto público e o capital privado pressionou para receber mais recursos em forma de renúncia”, o que castiga duplamente o sistema público. “A isso se soma a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que tira 30% da seguridade para o governo fazer caixa para pagar juros da dívida”, complementa Mendes, da FSP.

Outras formas de desfinanciamento remontam a medidas do governo Dilma, como a redução em 80% na base de cálculo do PIS/Cofins para os planos, além da aprovação da participação do capital estrangeiro na saúde. “O setor está sempre próximo do núcleo de poder, seja qual for o governo. No de Temer, há intimidade maior, é mais ouvido. Há mudanças como na política de saúde mental, que privilegia hospitais privados e indústrias farmacêuticas”, explica Scheffer.

No entendimento de Carlos Octávio Ocké-Reis, doutor em Saúde Coletiva e técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com a aprovação da EC 95 não se trata mais de subfinanciamento, mas de uma política deliberada de desmonte do SUS. A medida está na contramão dos pressupostos constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e participação social. “A EC 95 reduzirá o gasto público *per capita* em saúde. Isso ficará evidente no médio prazo. Estima-se uma perda de mais de R\$ 300 bilhões em 20 anos”.

“Temer acelera algo que vem desde o governo FHC. Como o Estado não pode contratar, vemos uma estabilização das despesas com pessoal e aumento de serviços de terceiros pelas contratações de OSS”, afirma Áquilas Mendes

Algumas das consequências são a diminuição da capacidade instalada, de leitos públicos, de realização de cirurgias, a não expansão da atenção primária e o fechamento de serviços. “Em 2019, sentiremos de fato o golpe em relação ao SUS, com consequências muito sérias: não haverá recursos para cumprir as obrigações atuais”, complementa Scheffer.

A isso se somam as diferentes formas mercantilizadas de intervenção do Estado, como as “organizações sociais de saúde” (OSS) e as empresas públicas de direito privado, o que desloca para o interior do SUS as contradições entre o público e o privado. “Temer acelera algo que vem desde a Lei de Responsabilidade Fiscal no governo FHC. Como o Estado não pode contratar, vemos uma estabilização das despesas com pessoal e aumento de serviços de terceiros pelas contratações de OSS”, afirma Mendes. Ele lembra ainda que, conjugada à aprovação da participação do capital financeiro internacional na saúde, esteve a permissão de compra das Santas Casas por grandes grupos estrangeiros. Como existe um mecanismo jurídico de renúncia fiscal em hospitais filantrópicos, isso significa que recursos públicos estão sendo canalizados para o capital internacional. “O Hospital Samaritano é um exemplo. Foi comprado pela United

Health em 2015, e recebe recurso diretamente do SUS, por fundação que não atende usuário do sistema público”, denuncia o professor da FSP. Outras instituições filantrópicas como Albert Einstein e Oswaldo Cruz possuem projetos com o Ministério da Saúde, e assim justificam o certificado de filantropia, fazendo jus a isenção fiscal e recursos públicos. Também é o caso da Fundação Faculdade de Medicina (FFM).

No governo Temer, ocorreu igualmente aumento das emendas parlamentares. Em 2017, dobrou para R\$ 14,1 bilhões a magnitude dos “restos a pagar” (revertendo uma série histórica que apontava para redução de tais recursos). Isso, no entender de Ocké-Reis, “obscurece a diminuição dos recursos liquidados: seria o mesmo que dizer que, em 2017, deixaram de ser efetivamente pagos e realizados um conjunto de ações e serviços públicos de saúde”. A recessão e a política de austeridade reduziram, drasticamente, a capacidade de arrecadação do governo e, portanto, diminuíram no curto prazo a base de cálculo da saúde. Deste subfinanciamento decorre “uma piora das condições de vida da população, o aumento dos gastos dos trabalhadores com bens e serviços privados de saúde, e o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico pri-



Carlos Ocké (IPEA)

vado com base nas corporações de especialistas”, completa Ocké-Reis. As bandeiras de luta e as medidas necessárias para que a saúde seja efetivada como um direito no Brasil são, no seu entender, “revogação da EC 95; fortalecer o financiamento do SUS (especialmente da atenção primária e dos recursos humanos); e ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre o mercado de serviços de saúde, contando com o apoio da sociedade civil organizada por meio da participação social”.

Já Mendes coloca a necessidade de intensificar a resistência à austeridade fiscal. “Temos de pautar a luta contra o capital. No momento, a questão previdenciária é o que está aí, a população vai sentir os impactos da EC 95 daqui a dois ou três anos, mas a Previdência é imediata, então a saúde deve integrar essa luta, com apoio a ações como a greve geral”. Na saúde, deve-se pautar a discussão do financiamento, com propostas como a auditoria da dívida. Hoje, o capital financeiro se apropria de 22% do orçamento federal, na forma de

juros. A Previdência corresponde a 21% — e o capital quer se apoderar desses recursos. “Além disso, é preciso alargar novas fontes para a saúde, com uma reforma tributária e medidas como a contribuição sobre grandes movimentações financeiras e tributação sobre as grandes fortunas”.

Outro movimento conjugado à diminuição do investimento na saúde pública é a proposta de modificação da lei dos planos de saúde, em tramitação acelerada no Congresso, e “totalmente a favor dos interesses das operadoras”. Uma comissão especial foi criada e já apresentou substitutivo do Projeto de Lei 7.419/06, do Senado, com previsão de cobertura reduzida e permissão para a venda de produtos segmentados, como o regional, que só cobre a região em que o usuário vive. Esse PL também altera o ressarcimento das seguradoras ao SUS, reduz valor de multas e libera reajuste para idosos.

Cerca de 30% da população possuem planos de saúde e sofrerão os impactos diretos da revisão. Pelo pla-

no regional, por exemplo, se houver necessidade de cirurgia cardíaca e o serviço de saúde não possuir estrutura no local, o plano não precisará garantir o recurso e o usuário deverá buscar alternativa por conta própria em outra região. “Já no modelo de copagamento, há previsão de até 50% de pagamento pelo usuário de qualquer serviço que utilizar: diária de UTI, internação. Isso é um engodo, o plano é mais barato, mas metade de muito caro é inviável, e a pessoa não conseguirá arcar com os custos”, explica Scheffer. Por isso, a tendência é de deslocamento do usuário da seguradora para o SUS nos serviços de média e alta complexidade. “O que é caro fica para o SUS, que por sua vez está subfinanciado e possui como gargalo justamente esses serviços”.

Relatório publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a pedido do Ministério da Saúde, já libera alterações desse tipo, mas há leitura de que para sua aplicação é necessário mudar a legislação. “A lei atual tem lacunas, mas ao menos traz parâmetros de ajuste, ainda que a ANS não fiscalize adequadamente. Sua revisão representa um grande retrocesso”. Scheffer exemplifica pela forma de ressarcimento ao SUS. “Hoje a lógica é de repasse pela seguradora a fundo nacional, com identificação do uso pelo CPF do usuário. A proposta nova é de ressarcimento no local onde a pessoa foi atendida. Com isso, haverá estímulo à dupla porta (reserva de leitos públicos para atendimento privado pelos planos), por incentivar hospital público a atender o plano”, configurando uma nova forma de apropriação dos recursos públicos pelo privado.

Com Temer, houve um desmonte das políticas públicas voltadas para as mulheres. Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e da pauta do aborto, o retrocesso é enorme, adverte Ana Flávia D'Oliveira

O contexto de desinvestimento recai de forma ainda mais intensa sobre as mulheres. Ana Flávia D'Oliveira, docente do Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP e com trabalho dedicado a temas da saúde da mulher, lembra que são as mulheres as principais usuárias dos serviços de atenção primária e as principais cuidadoras. “A falta de suporte do Estado no cuidado da saúde das pessoas pune as mulheres”. Não à toa, a luta pelo SUS tem forte base social nos movimentos de mulheres, que igualmente protagonizaram os protestos contra o atual governo. “O ministro da Saúde foi vaiado na segunda Conferência de Saúde da Mulher [realizada em 2017]. As mulheres jogaram ovos e se viraram de costas para ele, mostrando como vem a política de saúde atual”.

Com Temer, houve um desmonte das políticas públicas voltadas para as mulheres. Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e da pauta do aborto, o retrocesso é enorme. “O ministro Ricardo Barros (PP) disse que essa política deveria ser discutida com a Igreja. Para nós, é questão muito importante que política relacionada ao que fazer quanto à interrupção da gravidez indesejada não seja pautada no cunho religioso, pois o Estado é laico e deve propiciar para

todas as mulheres a possibilidade de interrupção com segurança, pois é questão de saúde pública”. No Brasil, o aborto é permitido em poucas situações, mas mesmo quando permitido, há risco de ser criminalizado. “Nos casos legais, como de estupro, teve diminuição grande de investimento”. Além do fechamento de serviços, há campanha de demonização da prática e profissionais ficam em situação delicada. “Aqui temos dificuldade de implementar algo que em outros países é rotina, uma obrigação da saúde”. Tal cenário pode piorar com a tramitação da PEC 181. “Era uma emenda para dar licença maternidade para mulheres com parto prematuro ou óbito fetal, ou seja, ampliava os direitos das mulheres. Mas foi acrescentada a inviolabilidade do direito ao nascituro, o que abre possibilidade de tornar todo tipo de aborto um crime de homicídio”.

O retrocesso se expressa também no plano cultural, pois os discursos oficiais recolocam simbolicamente a mulher em situação de submissão e opressão, o que tem repercussão micro e macrossocial. De acordo com a professora Ana Flávia, as pesquisas apontam como era importante, no discurso das mulheres que sofrem violência, haver uma mulher, Dilma Rousseff, na Presidência da Repúbli-



Professora Ana Flávia (FM)

ca, “pois o fato de a mulher poder ser presidente do Brasil mostra para todas que temos possibilidade de igualdade de condições”. Agora, há um recuo, com o ministro da Saúde “falando publicamente que homem trabalha mais que as mulheres ou com a própria composição inicial do ministério do governo Temer, todo por homens”. No plano geral, há perda de legitimidade na possibilidade de se colocar como sujeito, como cidadã. No plano particular, “o marido fala que Lei Maria da Penha não vale mais nada”.

Com o desinvestimento, as políticas de combate à violência contra as mulheres sofreram inflexão. Serviços como a Casa da Mulher Brasileira estão, apesar de prontos, fechados, por impedimentos relacionados à política de Temer e dos governos estadual e municipal de São Paulo. A redução de recursos destinados a políticas para as mulheres chega a 70% com o fechamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Na



Professora Áurea Ianni (FSP)

ro e Direitos Humanos, por creche e políticas de permanência e assistência estudantil”. Para ela, tanto a conjuntura interna à USP quanto a nacional podem ser modificadas se tais inflexões na política tiverem como efeito o aumento da mobilização das mulheres. “Devemos nos organizar, em um processo de resistência e acúmulo de forças”. Para isso, é preciso “analisar o que está acontecendo, dar destaque às lutas específicas e ao mesmo tempo ver como conectá-las com as questões gerais da classe trabalhadora”. Diante do cenário de fragmentação, destaca a docente, “precisamos identificar o que temos em comum e atuar junto”.

ção: junto com a efetiva ampliação dos serviços de saúde, da cobertura, do acesso a bens, houve ampliação e fortalecimento de uma dimensão de mercado”. Isso se dá na medida em que os serviços de saúde contêm em si a acessibilidade a novas tecnologias, como de medicamentos e diagnóstico. “O SUS, ao não manter certo fervor da discussão de suas matrizes teóricas e políticas mais originais, secundarizou uma dimensão que era central no direito à saúde: ser estrutura e possibilidade de desenvolvimento social mais amplo. A saúde não como resultado, mas como necessidade estruturante

saúde, há redução de recursos humanos. “Isso impacta também a saúde da trabalhadora, pela sobrecarga e necessidade de atender pessoas em piores condições de vida”.

Na USP, a política de cortes de recursos humanos afeta igualmente o trabalho cotidiano, pela combinação de aumento de produtividade com redução de número de professores por aluno. “Isso aumenta a carga sobre nós. É fundamental a luta em defesa da qualidade de excelência da USP, com maior aporte de recursos e reposição de docentes e funcionários. A situação do Hospital Universitário é um exemplo: um local de excelência de atendimento sendo progressivamente sucateado”.

Ana Flávia é uma das coordenadoras da Rede Não Cala, criada para atuar contra a violência de gênero e sexual dentro da USP. “A rede luta por centro de referência para vítimas de violência dentro da USP, pela adoção de uma disciplina a ser ministrada em todas as unidades da USP sobre Gêne-

“Temos ideia de que mais equipamento, mais remédio ou remédio de última geração é melhor, uma correlação de que mais saúde é mais incorporação tecnológica, e essa é uma questão difícil de enfrentar no universo simbólico, político, cultural e econômico”, diz Áurea Ianni

O desmonte do sistema público é uma das expressões da hegemonia do mercado na organização da vida política, econômica e social no Brasil. No entender da professora Áurea Ianni, da FSP-USP, o movimento da Reforma Sanitária formulou seu projeto histórico a partir da “dimensão da melhoria das condições de vida em saúde da população” e do acesso à saúde. “Esse componente vai se consolidando no pós-1988 por um vasto sistema que combina o público e o privado. O horizonte foi o da ampliação do acesso, mas isso traz uma contradi-

de melhor condição de vida e direito social”, diz Áurea, que integra o Conselho Editorial da *Revista Adusp*.

Desse modo, o setor privado, para além de sua penetração nas formas do financiamento e organização dos serviços, por dentro do Estado, está presente na dimensão da incorporação tecnológica na saúde como um todo. “Simplificando: temos ideia de que mais equipamento, mais remédio ou remédio de última geração é melhor, uma correlação de que mais saúde é mais incorporação tecnológica, e essa é uma questão muito difícil de

enfrentar no universo simbólico, político, cultural e econômico”. Os debates relacionados à assistência ao parto e à prática de cesáreas são expressão disso, pois nem sempre o atendimento médico-hospitalar é a melhor opção para a usuária.

Na medida em que o discurso ideológico predominante correlaciona a saúde ao acesso à tecnologia, o que pode ser direito e melhoria de acesso se transforma em consumo. “Essa é uma produção social que, na sua essência, é mercadológica. Desse modo, progressivamente, transmuta-se um direito coletivo em direito individual, correlacionado ao consumo”. A ampliação de clínicas particulares a preços populares está a isso relacionada, pois a busca pela imediatez na resposta à demanda apresentada faz com que a própria dimensão do direito seja permeada pela do consumo. “Na atual conjuntura, as políticas e estratégias adotadas são todas para reforçar a ênfase na privatização e na individualização, trabalhando inclusive com esses elementos”, critica Áurea.

Dentre as consequências do desmonte das políticas de saúde, há aquelas relacionadas à vigilância em saúde e prevenção de doenças. Em janeiro de 2017, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) divulgou carta aberta sobre a febre amarela no Brasil, alertando quanto à necessidade de coordenação, pelo Ministério da Saúde, de ações de combate à doença. Passados 12 meses, em janeiro de 2018 o cenário já era de ameaça da urbanização da febre amarela, com aumento significativo no número de casos e de mortes registrados em vários Estados. A Abrasco ressalta que a doença pode ser evitada desde que se adotem “me-

“AS CONSEQUÊNCIAS DA EC-95 SÃO TRÁGICAS”

A atual conjuntura na saúde também foi analisada pela pesquisadora Lígia Bahia, doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e uma das formuladoras do SUS. Suas pesquisas enfocam temas como sistemas de proteção social e saúde e relações entre o público e o privado no sistema de saúde. Em conversa por e-mail com a *Revista Adusp*, Lígia apontou a necessidade de restringir a privatização e retomar investimentos em ciência, tecnologia e inovação.

Como avalia a política de saúde no Brasil no governo Temer? Houve mudanças significativas?

A mudança mais significativa foi a EC 95, que trouxe consigo o rebaixamento permanente dos gastos com saúde, federais e também das esferas subnacionais. Mas, na realidade, os gastos federais com saúde já vinham sendo restringidos. Em 2015, durante o governo Dilma, foi aprovada uma legislação contrária às propostas do movimento popular, que durante anos se reuniu e lutou por 10% da receita para a saúde. O único alento em relação aos efeitos drásticos da EC 95 veio do Supremo Tribunal Federal (STF), que declarou ser inconstitucional o não financiamento básico e progressivo à saúde.

Quais são os principais impactos da política de austeridade fiscal na efetivação do direito à saúde?

Desde aumento de casos de mortes por violência, depressão, suicídios, infartos, reemergência de doenças como febre amarela, passando por um supersucateamento da rede pública e aumento da privatização, até a redução do ritmo de melhora de indicadores como esperança de vida e mortalidade infantil. A austeridade fiscal afeta objetivamente a situação demográfica e epidemiológica.

Que efeitos da EC 95 já podem ser observados na execução orçamentária? Quais são as consequências deste modelo de financiamento?

Os efeitos não ocorreram em 2017, e em 2018 teremos que aguardar para avaliar a observância ou não da determinação do STF de não redução do or-

didadas de prevenção adequadas, o que inclui elevadas coberturas vacinais” e educação em saúde.

O controle desta e de outras doenças pela vacinação depende também de medidas estruturantes, relacionadas à ampliação da produção pública de medicamentos e insumos. O pesquisador Isaías Raw, ex-diretor

do Instituto Butantã, lembra que a sífilis voltou com força ao Brasil, mas “por ser tão barata que não interessa ao mercado” não há penicilina disponível para seu controle. “O que se tem é um problema entre o que é saúde para a população e o que é lucro para a indústria farmacêutica nacional e, sobretudo, internacional”.

çamento para saúde. Esse panorama é diferente em vários Estados e municípios. Por exemplo, a cidade do Rio de Janeiro está experimentando um caos na saúde em função de cortes para a saúde dos orçamentos municipal, estadual e MEC (que é importante para os hospitais universitários). A rede pública da cidade está à míngua. Desse modo, as consequências são trágicas, porque já tínhamos déficits que dificultavam o acesso e a utilização de serviços (o maior exemplo é a fila que não anda). O corte em um orçamento já exíguo desorganiza ainda mais qualquer capacidade de resposta institucional, inclusive a de lutar por mais recursos.

Como a Sra. avalia propostas como a de revisão da legislação dos planos de saúde e de criação de planos populares?

A ideia dos planos populares é de empresários da saúde, interessados na superexploração do medo da doença e de doentes. É lamentável que uma proposta comprovadamente inadequada (existem evidências empíricas de sobra acerca da ineficiência e ineficácia de planos privados) tenha passagem no Congresso Nacional e em setores do Poder Executivo. Estamos lutando aguerridamente contra o projeto de lei cujo relator é o deputado Rogério Marinho, do PSDB-RN (o mesmo da reforma trabalhista). Os riscos para o SUS são dramáticos, o que os privatistas querem é inverter o que a Constituição prevê: pretendem que o SUS seja complementar ao setor privado.

Há décadas a produção acadêmica aponta diferentes formas de apropriação do público pelo privado no SUS. Há novas expressões desse processo no governo Temer?

Novas expressões não exatamente. Mas certamente maior amplitude de atuação dos interesses privados. As estratégias de apoio ao empresariamento tais como créditos, empréstimos, parcelamento de dívidas e isenções fiscais para grupos econômicos da saúde, foram consoli-



Professora Lígia Bahia (UFRJ)

dados nos governos do PSDB e do PT. O governo Temer manteve essas políticas e também um programa que tem orientação popular, como o Mais Médicos. Na prática, o que está ocorrendo é muito mais do mesmo.

Como o movimento da Reforma Sanitária deve atuar para superar a política de austeridade fiscal?

Essa pergunta é difícil. Hoje estamos todos os sanitários progressistas fora do governo e ainda assim não existe um movimento de retomada de um debate sobre a atualização da Reforma Sanitária. Teremos que fazer um enorme esforço teórico e de reconhecimento da realidade para superar o “taticismo” e voltarmos a ter um pensamento estratégico sobre o Brasil, um pensamento que oriente práticas realmente transformadoras. No curto prazo, a saúde precisa adquirir *status* de prioridade na agenda pública, é imperioso restringir a privatização e retomar investimentos em ciência, tecnologia e inovação. No médio e longo prazos, precisamos desenhar um sistema com cara, nariz e orelhas de Brasil. Efetivar um sistema universal em um país de renda média situado na periferia do capitalismo é um enorme desafio.

Ele explica que a diferença entre o preço projetado por instituições públicas como o Instituto Butantã e o que a indústria oferece no mercado é da ordem de pelo menos 50 vezes. “Devemos ter indústria pública, com ambiente que inova e transforma inovação em produto, a ser distribuído gratuitamente”.

Raw enfatiza ainda que “o capital estrangeiro não fará vacina no Brasil nem medicamentos baratos”, portanto “não podemos abdicar de inovar nós mesmos”, para que sejam solucionados os problemas de saúde pública. No caso da febre amarela, além de produzir a vacina, cabe ao governo ter estoque. “Não

dá para simplesmente dizer: faça-se a vacina. Ela não sai de uma hora para outra, é necessário plano, estoque estratégico”. No seu entender, o fracionamento da vacina foi testado e funciona, mas faltou ao governo planejamento e reserva de estoque para momentos como o que estamos vivendo.