

Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo

*Ligia Bahia*¹

*Artur Monte Cardoso*²

Introdução

O sistema de saúde inglês (NHS), criado em 1948, comemorou 70 anos em grande estilo, em 2018. No mesmo ano, os 30 anos do SUS passaram quase despercebidos. A crise política e econômica do país interditou seu reconhecimento e debates sobre o futuro da saúde pública, no Brasil. Sistemas universais de países europeus estão sendo questionados, mas não desmontados. A crise econômica de 2008, políticas de austeridade, vitória eleitoral de coalizões de centro-direita e direita em países europeus abalaram, mas não erodiram, os alicerces da concepção garantia de direito independente da contribuição pecuniária de indivíduos e famílias.

Apesar da crise econômica e governos conservadores, o centro de gravitação do debate internacional é a sustentabilidade de sistemas públicos em tempos de inovações terapêuticas e envelhecimento populacional. A interrogação se concentra em torno dos limites da distribuição, da natureza e carga dos impostos necessários para financiar acesso universal, inclusive para tratamentos muito caros. Há consenso sobre a necessidade de aumentar o financiamento.

¹ Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

² Professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

Parlamentares ingleses usam o símbolo do NHS na lapela, e a conservadora Theresa May anunciou um aporte de mais 20 bilhões de libras esterlinas por ano até 2023.

Trabalhos recentes evidenciam que os sistemas de saúde ocidentais desempenharam papel relevante, no contexto recente e tardio da crise de 2008, para a preservação das tendências de redução das desigualdades nas taxas de mortalidade e morbidade. Em contraste, os EUA tiveram aumento de mortes entre brancos de meia-idade com baixa escolaridade, em função do aumento das taxas de suicídio e uso indevido de opiáceos, rotuladas como “mortes de desespero” porque ocorrem a despeito do crescimento econômico. (MACKENBACH, 2018).

Nos EUA, o agravamento das desigualdades nos padrões de adoecer e morrer decorre da alta toxicidade da mistura de crescentes desigualdades socioeconômicas, seguridade social menos abrangente e um sistema de saúde menos acessível. Ampliação da segregação geográfica por renda, mobilidade econômica reduzida, encarceramento em massa estão comprometendo décadas da conjugação de aumento da renda e longevidade. As desigualdades sociais são “armadilhas da pobreza e saúde no século XXI”, porque explicitam a necessidade de intervenções de duas ordens: redução das desigualdades de renda e sistemas de saúde universais e gratuitos (BOR, 2017) .

Na América Latina, o reequacionamento das políticas de saúde, em função da transição demográfica, mudanças no perfil de morbi-mortalidade e inovações tecnológicas, desembarcou atrasado e deturpado. Os termos para o debate atual sobre políticas de saúde têm sido impostos pelo Banco Mundial e disseminados em nossos países por políticos e técnicos que sempre se apresentam como pragmáticos e repetem quatro constatações. A primeira é que os sistemas de saúde universais são exclusivos para países de renda alta (esquecem propositalmente Costa Rica e Cuba e seus excelentes indicadores de saúde). Por esse motivo cunharam a expressão cobertura universal³, que vem sempre acompanhada por um apostro, países de média e baixa renda. A segunda cons-

³ Cobertura universal é uma expressão de uso mais recente (especialmente a partir de 2010-2012) no âmbito das instituições internacionais de saúde, que marca a diferença com sistema universal. Poderia tratar-se, é claro, apenas de uma redenominação. Mas o termo carrega consigo a ideia de remoção de barreiras ao acesso à determinados serviços de saúde, especialmente para os pobres.

tatação é que os países de baixa e média renda têm governos com precárias capacidades, nossas instituições seriam fracas. O terceiro e quarto pressupostos estão interligados: a extensão do serviço privado em países do terceiro mundo é significativa, e portanto é necessário incluí-lo como objeto da intervenção governamental, para implementar e apoiar planos privados de pré-pagamento e assim evitar o gasto catastrófico.

A acepção dos defensores da austeridade fiscal e restrição dos objetivos e escopo das políticas de saúde é a organização de dois sistemas: um para os pobres e outro para “os que podem pagar”. Esse ideário fundamenta mudanças nas políticas de saúde, tais como cortes orçamentários e desmonte institucional. No Brasil, a proposta de “integração” entre o público e o privado, formulada por entidades empresariais do setor, influenciou políticas governamentais e diversas plataformas eleitorais em 2018. Em plena recessão, as empresas privadas de planos de saúde, grupos hospitalares e redes de farmácias e drogarias têm sido beneficiadas com isenções fiscais, créditos e empréstimos de bancos oficiais, e declaram aumento de lucros e patrimônio. Empresários brasileiros do setor saúde entraram para os primeiros lugares dos rankings dos bilionários internacionais (SESTELO, 2018).

Porta-vozes de grupos empresariais, bancos e fundos de investimentos nacionais e internacionais manifestaram simpatia a Bolsonaro e ao seu *power point* apresentado como “programa” de governo, no qual frases de efeito se misturaram com informações desatualizadas e falaciosas. Essa agenda empresarial despreza as associações causais entre saúde e desigualdade. Deixa de lado o debate e construção de alternativas para a melhoria das condições de vida e saúde. Cobertura para “os pobres”, não é compatível com um sistema de saúde capaz de responder efetivamente às epidemias de obesidade, prematuridade, aumento de cânceres, de taxas de homicídios. Simplificadamente teríamos cobertura e não necessariamente políticas para reduzir, controlar, eliminar riscos, sequer realizar diagnósticos precoces.

Não conseguiremos controlar ou reduzir as violências, a obesidade, sob o ideário errôneo segundo o qual os gordos são preguiçosos, “mal-educados nutricionais”, e que “bandido bom é bandido morto”, ou ainda a versão “*soft*”, segundo a qual é necessário “pacificar” supostos espaços-população que guerriam entre si, porque neles habitam seres irracionais e precisam que as forças

policiais os civilizem. A reinterpretação do processo saúde-doença-tratamento por forças econômicas e políticas conservadoras reduz o sistema de saúde a um convênio entre governo e setor privado.

Talvez, a consequência mais dramática da disseminação dos discursos obscurantistas, das relações causais espúrias entre corrupção e dívida pública e ineficiência do SUS, tenha sido a absorção de concepções conservadoras, como as do Banco Mundial, por instituições políticas e políticos. Atualmente, é muito difícil argumentar sobre os méritos de um sistema universal de saúde. O SUS, compreendido apenas como estratégia de atenção aos pobres, tornou-se consensual e o projeto de organização de um sistema efetivamente universal uma quimera. Em linhas gerais, o SUS para os mais pobres tem sido preservado, não há nenhuma proposta para extingui-lo, reformá-lo ou mesmo um plano para sua modernização.

Entretanto, a saúde não é um tema central na agenda pública no Brasil. Os debates sobre saúde em solo nacional são escassos, concentram-se em torno da eficiência e financiamento. O atual presidente da República declarou: “Nosso SUS pode melhorar muito. Tudo faremos para que isso se torne realidade” (GLOBO, 2019). Enquanto seu colega norte-americano do partido republicano se posiciona claramente contra o *ObamaCare* e segue obstinadamente liderando esforços para o tornar inconstitucional: “[o *Obamacare*] é um desastre [...] Avançando [contra] nos tribunais e no Congresso!” (CNBC, 2018).

Essa acentuada diferença no que diz respeito à política de saúde entre “irmãos de convicções” admite diversas interpretações. Trata-se de uma vitória da concepção da saúde como direito no Brasil, mas também da consolidação de um SUS como rede assistencial para segmentos populacionais que “não podem pagar”.

Essas três ordens de especificidades: debate internacional sobre o papel relevante dos sistemas universais para o bem-estar, inclusive após a crise de 2008; influência de agências internacionais sobre a saúde e, sobretudo, o consenso em torno do SUS, em meio ao fortalecimento de grupos e entidades empresariais, constituem um pano de fundo sobre o qual se projetam as análises, necessariamente provisórias sobre a política de saúde no governo Bolsonaro. A saúde é um tema periférico na pauta governamental, mas relevante para a população brasileira e no âmbito internacional. Essa assimetria impõe limites

à análise uma gestão governamental que se inicia. Bolsonaro é um defensor do SUS e as interrogações de seu governo não direcionam-se genericamente contra o SUS. Portanto, os traços gerais das políticas de saúde do governo Bolsonaro não são inéditos ou originais.

O fio condutor utilizado para o desenvolvimento do texto é a hipótese de que a saúde está fora do núcleo central do governo e até o momento ficou imune às rupturas institucionais e orçamentárias. A irrelevância da saúde na agenda governamental decorre tanto da prioridade conferida à Reforma da Previdência, quanto do contorno de polêmicas pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, os direitos à saúde de povos indígenas, questionados durante a campanha, como ilustração da inutilidade, do equívoco de distinguir os povos originários dos demais brasileiros, foram reconsiderados. Após protestos de comunidades, o governo desistiu de extinguir a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Portanto, a tarefa de apresentar uma análise sobre os cem primeiros dias da saúde no atual governo federal não é trivial, exige atenção às articulações que extrapolam o Ministério da Saúde e mudanças de sentido (significado e direção) de políticas universais de saúde. Assim, no jogo que está sobre a mesa, o SUS está presente, mas não como integrante de um projeto democrático.

Bolsonaro se apresentou nas eleições como apolítico e prometeu cuidar do bem público com um governo constituído por técnicos. Entretanto, organizou seus ministérios por meio da convocação do que existe de mais representativo no campo político da direita.

O presidente eleito conjugou a mobilização de grupos políticos tradicionais com lideranças financeiras, religiosas, e acolheu partidos “novos”, formados a partir de uma reorganização de espaços que abrigam negociações lícitas e ilícitas. Esses deslocamentos políticos permitiram a emergência “gurus” sem reconhecimento, inclusive entre os conservadores internacionais, tal como o “filósofo” que indicou dois ministros entre os quais o da Educação. Também participam do governo o velho PFL (agora DEM), o mais vetusto oportunismo peemedebista e quadros militares de alta patente que, por incrível que pareça, se posicionam com mais moderação do que seus pares civis. Coube ao DEM a indicação do Ministro da Saúde, apresentado como nome de consenso da bancada temática.

Existem ameaças concretas de privatização do SUS, desde propostas da equipe econômica para substituir o modelo de oferta pública por *vouchers* até a intensificação da entrega de hospitais públicos para administradores privados. Alegam gastos excessivos e ineficiência. Por outro lado, prefeitos e governadores estão às voltas com insatisfações crescentes com a assistência à saúde.

Estratégias testadas de privatização, via organizações sociais mostraram-se limitadas ou desastrosas. Essas tensões se acumularão e serão canalizadas para as eleições de 2020, nas quais candidatos a prefeitos terão que apresentar soluções para a maioria da população, para quem os planos privados são inacessíveis. O lenga-lenga sobre a centralidade do problema de gestão e a privatização não fornece respostas aceitáveis para quem prometeu acabar com “tudo isso que está aí”.

Plataforma eleitoral de Jair Bolsonaro e a escolha do Ministro da Saúde

O exíguo programa eleitoral de Bolsonaro para a saúde teve como pressuposto o gasto excessivo do país com saúde, comprovado por um gráfico desatualizado contendo dados de despesas públicas e privadas de nações da OECD.

Segundo interpretação incorreta dos dados ali apresentados, o Brasil teria um patamar de gastos (entendido como despesas com saúde como proporção do PIB) similar ao de países ricos. Apesar de a própria imagem exibida no documento entregue ao Tribunal Superior Eleitoral explicitar que no Brasil a maior proporção de gastos com saúde é privada e não pública, o então candidato prometeu “fazer mais”. Mas suas promessas foram relativamente modestas, para quem supostamente viria a ter recursos de sobra.

Na plataforma constam apenas apontamentos voltados ao atendimento de expectativas de apoiadores específicos, especialmente hospitais filantrópicos e médicos. Em um programa com não mais que cinco propostas, três referem-se a demandas de entidades médicas: substituição dos médicos cubanos por brasileiros, credenciamento universal e carreira de estado para médicos. A quarta proposição refere-se a inclusão de profissionais de educação física nas equipes de saúde da família e a quinta à substituição de agentes comunitários de saúde por enfermeiros.

A conjugação do erro sobre gastos relativos à saúde com promessas inexequíveis de melhoria de remuneração de determinados profissionais de saúde expressa um entendimento sobre a saúde aquém do médio. O programa de Bolsonaro situou-se fora da curva. Candidatos como Henrique Meirelles e Geraldo Alckmin se comprometeram com o aumento de recursos e ampliação da rede pública, respectivamente. E a ideia de credenciamento universal de médicos, uma antiga reivindicação da categoria nos anos 1960, geraria gastos adicionais de grande magnitude. Ou seja, a premissa de que existe recurso demais para a saúde não se coaduna sequer com os acenos para agradar médicos.

Durante a campanha disseminaram-se as mensagens sobre o fim do Programa Mais Médicos e valorização dos profissionais brasileiros. Redes sociais lideradas e integradas por médicos e algumas entidades profissionais manifestaram apoio à candidatura de Bolsonaro e estiveram ativas durante os dois turnos das eleições.

Após o resultado favorável a Bolsonaro, o protagonismo de profissionais de saúde foi deslocado. A entrada em cena da economia e segurança com seus respectivos superministros, bem como a convocação de militares para o governo e os embates entre os segmentos-militantes, declaradamente ideológicos, ocuparam a agenda pública.

Depois de Cuba convocar seus médicos de volta, sobrou pouco espaço para polêmicas na área da saúde. Profissionais de saúde não podem aderir a ditames anticientificistas, nem manifestaram entusiasmo com a Reforma da Previdência. Pelo contrário. Praticamente se calaram em relação à política de segurança. Apenas os adeptos mais radicais da candidatura do PSL na saúde apoiaram a liberação de armas incluída no pacote anticrime. Renomadas entidades médicas internacionais, inclusive as mais reputadas entre os profissionais de prestígio no Brasil como a American Medical Association (AMA) são favoráveis ao controle de armas de fogo e estão engajadas na implementação de programas de prevenção.

Foi a esse contexto de ausência de programa de governo, deferência aos médicos, especialmente às entidades médicas, que se acoplou a ideia de prestigiar as bancadas parlamentares temáticas alçando o médico Henrique Mandetta do DEM ao cargo de Ministro da Saúde. O ministro foi secretário de saúde da cidade de Campo Grande (MS) e deputado federal entre 2011 e 2019. Dedicou parte de seus mandatos a defender interesses da categoria médica. Esteve

presente em comissões e frentes parlamentares afeitas, entre outros temas, à discussão sobre ato médico, certificação e avaliação profissional e em inúmeros eventos promovidos por entidades médicas.

Tal como a maioria das entidades médicas, posiciona-se favorável ao SUS e à ampliação das coberturas de empresas de planos de saúde. Apesar das votações favoráveis ao *impeachment* de Dilma e ao limite dos gastos com saúde, ao longo do governo Temer, o deputado Mandetta voltou a defender os médicos, alinhou-se entre os que rejeitaram o projeto de “planos populares” defendido pelo então ministro Ricardo Barros e empresas do setor no final de 2017. Em 2018, subscreveu a proposta de revisão da mudança na Lei Orgânica da Saúde, que permitiu, em 2015, a entrada do capital estrangeiro no segmento assistencial privado e filantrópico.

O anúncio do nome de Henrique Mandetta, em novembro de 2018, foi acompanhado pela divulgação de notícias antigas sobre a investigação de irregularidades durante sua gestão como secretário de saúde. A atualização das denúncias admitiu duas interpretações: fato corriqueiro ou tentativa de desestabilizar um nome desfavorável aos interesses de grandes grupos econômicos do setor.

Com a confirmação do nome, ambos os entendimentos perderam relevância. O fato realmente expressivo foi a construção de uma coalizão política-corporativa em torno de Mandetta. Os deputados Cármen Zanotto (PPS-SC) e Efraim Filho (DEM-PB), Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, bem como lideranças de Santas Casas respaldaram a indicação do deputado do DEM (O ESTADO DE S. PAULO, 2018). Assim, essa coalizão excludente, de usuários do SUS, dos conselhos de saúde, dos sanitaristas foi considerada, paradoxalmente, “apolítica” por políticos.

Apesar da composição estreita e claramente inclinada em direção aos interesses dos prestadores de serviços, o nome de Mandetta não foi rejeitado pela “esquerda sanitária”. A substituição do ministro Ricardo Barros, um político externo à área, disposto a servir como intermediário para grupos empresários, por médico, ex-secretário de saúde com capacidade de discernimento e diálogo sobre o SUS configurou-se, especialmente para quem está à frente de gestões de instituições públicas, uma mudança para melhor. Essa apreensão sobre o “menos pior” cristalizou-se pela comparação com os indicados para outros ministérios da área social, especialmente Educação.

Uma equipe político-técnico-corporativa e os compromissos do Ministério da Saúde

A equipe convocada para os principais cargos de direção, possui duas características marcantes. A primeira é a origem gaúcha de dois experientes dirigentes do SUS, certamente alçados aos cargos por méritos e possivelmente também por diligências estabelecidas pelas conexões entre ambos os ministros do Rio Grande do Sul, Onyx Lorenzoni (DEM) e Osmar Terra (MDB). A segunda diz respeito à afirmação de posições contrárias a presença dos médicos cubanos no Brasil.

A ex-presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará, que se notabilizou pela recepção agressiva ao desembarque de profissionais cubanos no Brasil, foi escolhida para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Outros integrantes da primeira versão do segundo escalão do Ministério da Saúde têm perfil de professor-pesquisador e gestor responsável pela veloz ampliação das coberturas de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. Os convidados, com exceção daquele indicado pelo Rio de Janeiro, assumiram os cargos de direção do Ministério da Saúde.

O preenchimento de cargos, especialmente a Secretaria Executiva do Ministério, com pessoas que circulam há anos nos fóruns técnicos do SUS acentuou a aceção de “uma certa blindagem” da área. Embora a ideia de um SUS protegido de grandes fissuras tenha algum substrato real, a noção de autonomia da área da política e dos políticos é errônea. Os critérios de seleção para os cargos obedeceram à tradição de nomeação por coalizões políticas locais e empresariais. Mesmo a incorporação ao governo da militante contra os cubanos, um ingrediente aparentemente novo, não é. A médica foi filiada pelo PSDB até 2017 e concorreu ao cargo de senadora.

Esses elementos, embora incipientes, desde que devidamente filtrados da aceção de que a Saúde tem um ministério técnico, permitem identificar contradições com governos locais e lacunas na armação e disposição das peças no tabuleiro. Entre as mais notórias, situa-se a ausência de paulistas no segundo escalão do Ministério da Saúde, que por sua vez pode ser considerada desnecessária, em função das forças políticas e econômicas locais.

As dimensões avantajadas dos orçamentos públicos para a saúde pública e da medicina privada em São Paulo, configuram condições especialmente

favoráveis para as negociações de demandas regionais. Tais constatações não se aplicam apenas ao governo Bolsonaro. O velamento das negociações políticas, para o preenchimento de cargos no Poder Executivo não é inédito, nem necessariamente proposital. Entretanto, a necessidade de se afirmar como “técnico” talvez tenha adquirido maior valor agora do que em governos anteriores.

O discurso de posse do ministro da Saúde, proferido em 02 de janeiro de 2019, cujo eixo principal foi a descrição de sua trajetória profissional, dedica-se a desenrolar a trajetória de um técnico-político. Nele, o titular da pasta da Saúde informa “[que vem] de uma luta muito dura travada neste país, fruto dos imigrantes (...)” descreve com riqueza de detalhes sua família, colégio particular, anos de faculdade particular e suas escolhas durante a formação profissional. Sua militância política no DEM é atribuída “à ousadia de me juntar a um grupo de jovens, um grupo de pessoas da saúde pública da minha cidade, do meu estado, para fazermos uma representação na Câmara Federal.”

Para Mandetta, deve-se participar da “política bem feita com P maiúsculo”, e assim ele procurou um “partido em que pudesse ser oposição, intencionalmente”. Por oposição, fica subentendido discordância da coalização nucleada pelo PT. Como se sua carreira política tivesse começado na “oposição”, e não na “situação”, que o conduziu e reconduziu ao cargo de secretário de Saúde, e a opção pela política tivesse sido movida apenas pelo dever de se opor e não de afirmar, concepções e pautas alternativas. A concepção que prevalece de política “limpa” é a de se opor, e não o debate de projetos (BRASIL, 2019).

Após cem dias de governo, o rebaixamento da política, que embute uma acepção reducionista e utilitarista sobre o SUS, começa a cobrar seu preço. Mandetta e sua equipe “técnica” não disseram a que vieram. É certo que foram capazes de permanecer protegidos de escândalos e conflitos escancarados. Entretanto, o grupo que está à frente do Ministério da Saúde não conseguiu incluir o problema apontado pela população como o mais importante⁴ na agenda presidencial. Por um lado, o perfil mais tradicional do ministro e de sua equipe, compartilhamento das nomeações por parte importante de setores influentes na saúde e assentimento passivo de técnicos e pesquisadores impe-

⁴ Para a maioria dos brasileiros (46%), a principal prioridade para o governo em 2019 deve ser melhorar os serviços de saúde (CNI-IBOPE, 2018).

diram que a área se tornasse zona conflagrada no início do governo. Por outro, o Ministério da Saúde vem mostrando-se anódino e inoperante.

Cem dias de calma, mas o barco faz água

As primeiras ações do Ministério da Saúde foram largamente noticiadas. Tanto os editais para substituição dos médicos cubanos, quanto a visita surpresa do ministro ao Hospital Federal de Bonsucesso acompanhado por dois parlamentares do PSL, e posteriormente junto com o então Ministro Bebiano, pareciam inaugurar um estilo de intervenção enérgico. Mas os médicos cubanos saíram completamente do noticiário após a decisão de Cuba e dos anúncios reiterados do governo da plena substituição das vagas. Também não houve seqüência das informações para o público sobre a existência ou não de milícias que estariam atuando dentro de hospitais públicos.

Depois das primeiras imagens de ação, desenrolou-se um roteiro monótono, que de vez em quando deixa entrever intenções e ações de desestruturação do SUS. O quadro, apresentado a seguir, sistematiza, embora não exaustivamente, as principais ações referentes, direta ou indiretamente, à saúde no âmbito do governo federal.

Entre as iniciativas propostas durante a campanha eleitoral, tais como prontuário eletrônico, credenciamento universal e carreira de Estado para médicos, a única implementada foi a substituição dos médicos cubanos por brasileiros, antecipada pela convocação de Cuba de seus profissionais. Houve preenchimento parcial dos postos de trabalho do Programa Mais Médicos, mas as vagas localizadas em lugares muito distantes e inóspitos não foram preenchidas.

No início do mês de abril, constatou-se que muitos dos médicos brasileiros abandonaram os postos de trabalho. Houve “vai e vem” em função de protestos em relação a tentativas de alterações nas políticas de saúde mental, HIV/AIDS e saúde indígena. Há continuidade dos esforços para ampliação das coberturas vacinais, mas o Brasil perdeu o certificado de erradicação do sarampo.

A resposta do ministro Mandetta à perspectiva de desvinculação de recursos para a Saúde deixou implícito o posicionamento favorável à preservação e ampliação de recursos para a Saúde. E a liberação dos preços dos medica-

mentos isentos de prescrição parece ter sido decidida pela área econômica sem consulta à Saúde.

Quadro 1: Síntese do programa eleitoral, ações e andamento de atividades selecionadas

Programa Eleitoral	Mandetta (100 dias)	Principais Ações	Implementação
Prontuário eletrônico, Carreira de Estado para médicos, Credenciamento universal de médicos, Mudanças no Programa Mais Médicos (substituição de profissionais cubanos)	Hospitais federais do Rio de Janeiro Surto de Sarampo Unidades básicas funcionando em três turnos	<p>Início da gestão do Ministro Mandetta marcada por visitas e anúncio de mudanças nos hospitais federais do Rio de Janeiro</p> <p>Edital para vagas antes ocupadas por médicos cubanos</p> <p>Portaria “nova saúde mental”, incluindo internações em hospitais psiquiátricos, inclusive de crianças, e eletrochoque</p> <p>Anúncio de extinção da Secretaria de Saúde Indígena</p> <p>Estímulos ao aumento das coberturas vacinais</p> <p>Reação do ministro Mandetta à proposta de desvinculação de recursos para a saúde apresentada pela área econômica considerado ser positiva a possibilidade até de ampliação de recursos para a saúde mediante pressão dos parlamentares</p> <p>Proposta do ministro da Justiça para reduzir impostos sobre cigarros</p> <p>Liberação pela área econômica dos preços dos medicamentos isentos de prescrição</p>	<p>No início da gestão o ministro Mandetta destacou-se pelo anúncio de ações definitivas para resolver problemas dos hospitais federais do Rio de Janeiro e lançamento de editais para a substituição de médicos cubanos por brasileiros. Houve mudanças em direções de cargos diretivos, mas persistem problemas. O INTO continua às voltas com problemas de gestão.</p> <p>Os editais para a substituição de médicos cubanos foram considerados inicialmente “bem-sucedidos”, mas houve “migração” de profissionais de equipes de saúde da família, evidenciando que o “cobertor é curto”. Desde a saída dos médicos cubanos permaneceram postos de trabalho em lugares muito distantes, inóspitos não preenchidos. Mais recentemente, a falta de médicos no SUS, nos lugares onde estavam cubanos, voltou ao noticiário.</p> <p>Outras tentativas do ministro direcionaram-se para alterações nas políticas de HIV/ Aids e Saúde Mental e Saúde Indígena. Houve polêmicas em relação a supressão de campanhas educativas sobre o uso de camisinhas e protestos nacionais e internacionais em relação a perspectiva de liberação de internações psiquiátricas, inclusive para crianças e financiamento e eletrochoque. Ambas as políticas permanecem em discussão.</p> <p>Declarações do ministro sobre desvios de recursos e finalidades na Saúde Indígena e a seguir a proposta de extinção da secretaria de saúde indígena foram contestadas pelas comunidades. O ministro voltou atrás e manteve a Secretaria de Saúde Indígena.</p> <p>Continuidade dos esforços para a ampliação das coberturas vacinais e perda do certificado de erradicação do sarampo.</p> <p>Resposta ao ministro Paulo Guedes pelo ministro Mandetta afirma a necessidade de aumento/preservação de gastos com saúde.</p>

Fonte: GPDES, Projeto Acompanhamento Políticas de Saúde, 2019.

Observa-se, portanto, que promessas de campanha ainda permanecem no papel e o Ministério da Saúde não tem boas notícias para divulgar. Diante do quadro sanitário muito complexo, o zigue-zague das decisões, inclusive no que concerne às prioridades estabelecidas pela própria área, sugere desarticulação

entre discurso e prática, falta de planejamento e até ausência de um cronograma básico. Considerando a importância do Ministério da Saúde no Brasil, o quadro 2, apresenta uma ilustração da agenda oficial do ministro elaborada a partir de fontes oficiais e consultas não sistemáticas à mídia comercial. As atividades desenvolvidas pelo ministro permitem relacionar reuniões e eventos com a política e fornecem outro ângulo de visão da situação da área.

O exame da agenda de compromissos do ministro transmite impressão contrária à da imagem de instituição técnica, a leitura dos compromissos sugere um intenso trabalho político e pouco tempo dedicado a tarefas de planejamento e coordenação. No mês de janeiro, o ministro recebeu cerca de 50 parlamentares, alguns mais de uma vez, e esteve diretamente reunido para tratar sobre assuntos da área com sete governadores (cinco em Brasília e dois por meios de viagens para Rondônia e Rio de Janeiro). Recebeu duas vezes em menos de 30 dias representantes de entidades médicas, para as quais concedeu mais tempo do que para os encontros com a direção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota-se também seu desvelo com seu estado de origem e recepção diferenciada para deputados da Frente Parlamentar da Saúde.

Os demandantes de negociações políticas no Ministério da Saúde pertencem majoritariamente aos quadros políticos da situação e àqueles já traquejados nas lides das reivindicações paroquiais, mas também bateram às suas portas, quadros que supostamente integram a oposição como o secretário Estadual de Saúde da Bahia e jovens parlamentares a exemplo de Kim Kataguirí, novato no Congresso e eleito com uma pauta distante dos problemas concretos da área.

Outras atividades priorizadas foram as audiências com grupos empresariais e hospitais privados, entidades médicas, secretários estaduais e municipais de saúde, Frente de Municípios e Conselho Nacional de Saúde. Portanto, o exame da agenda do ministro sinaliza atividade intensa e capacidade de articulação com o Congresso Nacional. Ao contrário da avaliação extraída apenas da verificação sobre implementação ou não de atividades e ações enunciadas como prioritárias, a atuação política do ministro é hiperativa e diversificada e está voltada explicitamente a dar respostas a reivindicações da área.

O ministro Mandetta se manteve relativamente afastado de agendas tipicamente palacianas. Compareceu ao almoço homenagem ao presidente Macri,

mas evitou participar da Conferência Humanitária do governo interino da Venezuela, que ocorreu em Washington.

Quadro 2: Agenda do ministro da Saúde* (janeiro e início de fevereiro de 2019)

Eventos/Apoios/Demandas	Participantes
Audiências com deputados e senadores	Alexandre Serfiotis (RJ), Abelardo Lupion (PR), Valtênir Pereira (MT), Ronaldo Nogueira (RGS), Alberto Fraga (DF), João Maia (RN), Senador Messias de Jesus (RR), Valdir Collato (SC), Covatti Filho (RGS), Carmen Zanotto (SC), Mendonça Filho (PE), Gustavo Mitre (MG), Junior Coringa (MTS), Hiran Gonçalves (RR), Juscelino Filho (MA), Senador Jose Medeiros (MT), Augusto Curvo (MT), Áureo Lídio (RJ), Alexandre Serfiotis (RJ), Elmar Nascimento (BA), Fernando Monteiro (PE), Simone Morgado (PA), Antonio Brito (BA – Frente Parlamentar das Santas Casas), Jorge Tadeu Mudalen (SP), Augusto Coutinho (PE), Caio Maniçoba (PE), Alberto Feitosa (PE), Vander Loubet (MTS), Capitão Vagner (CE), Jayme Campos (Senador MT), Victor Galli (MT), Isnaldo Bulhões Barros Junior (AL), Efraim Filho (PB), Toninho Pinheiro (MG), Roberto Balestra (GO), Osmar Bertoldi (PR), Jose Carlos Aleluia (BA), Rogério Rosso (DF), Elmar Nascimento (BA), Carlos Mannato (ES), Senador Pedro Chaves (MTS), Rose de Freitas (ES), Wilson Santiago (PB), Fernando Coelho Filho (PE), Senador Romero Jucá (RR), Kim Kataguirí (SP), Arthur Oliveira Maia (BA), Nelson Barbudo (SP)
Audiências com governadores/ prefeitos	Ronaldo Caiado (GO), Antônio Oliverio Garcia de Almeida (RR), Duarte Nogueira (Prefeito de Ribeirão Preto/SP), Mauro Mendes (MT), Reinaldo Azambuja (MTS), Marcos Marcello Trad Prefeito de Campo Grande/MS), Carlos Roberto Massa Júnior (PR)
Rede de Serviços do SUS	Secretário Estadual (MTS) e Secretário Municipal de Campo Grande Secretário Municipal de Saúde, Presidente da Santa Casa, Diretores de hospitais regionais de Campo Grande/MS; Hospitais federais do Rio de Janeiro; Secretário Estadual de Saúde da Bahia, Secretário estadual de saúde de Minas Gerais, Hospitais da UNICAMP, Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Entidades de prefeitos e secretários	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Frente Nacional de Prefeitos
Audiência com United Health Group Brasil*	Presidente do Congresso Mundial Judaico, Jack Terpins, Diretor de Relações Governamentais da Amil, Renato Casarotti e Cláudio Lottenberg CEO da United Health
Hospitais Privados que têm renúncia fiscal	Secretários Secretário Executivo, Ministro da Secretaria-Geral da Presidência da República, Gustavo Bebianno, Secretário-executivo da SG-PR, general Floriano Peixoto, Ministro da Secretaria de Governo, general Santos Cruz, Vicente Falconi, Consultoria Falconi, Diretores dos hospitais
Entidades de Participação Social	Conselho Nacional de Saúde
Entidades Médicas	1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina e 3º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina Presidente do Conselho Federal e Medicina/CFM, 1º Vice-presidente do Conselho Federal de Medicina/CFM, Presidente da Associação Médica Brasileira/AM, Presidente da Federação Nacional dos Médicos/FENAM, Presidente da Federação Médica Brasileira/FMB

* realizada em fevereiro de 2019

Fonte: Ministério da Saúde. Agenda da Autoridade, 2019. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/agenda-das-autoridades/ministro-de-estado/ano/2019/>>.

Apesar dos esforços de articulação política do ministro para manter o barco aparentemente parado e cada vez mais carregado de apoios, os ventos começaram a soprar. Alianças políticas mais pragmáticas e também as mais ambicio-

sas. No primeiro grupo, o dos pragmáticos, situa-se a Frente Parlamentar da Medicina, presidida pelo deputado Hiran Gonçalves (PP-RR) que tem como principal bandeira formular uma alternativa ao Programa Mais Médicos supondo que a carreira de estado é “o caminho”. Na ocasião, o Ministro da Saúde criticou o Programa Mais Médicos:

[...] com essa abertura absurda de faculdades de Medicina nas fronteiras, Paraguai e Bolívia já ultrapassam a marca e são elegíveis. Não consigo imaginar que alguém considere que exista algum êxito em um programa como o Mais Médicos. Teria sido um programa equivocado se não fosse mal-intencionado, criminoso. Ele desestruturou o ensino da Medicina e a Saúde. O problema dos cubanos é grave, mas é menor. Vai ser muito difícil reconstruir o ambiente com as mais de 300 faculdades de Medicina que temos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

Apesar das críticas, até agora, o governo não apresentou uma proposta para a criação da carreira de estado para médicos, postulação que está na contramão das medidas de redução de postos de trabalho para servidores públicos anunciada pelo ministro da Economia.

O segundo grupo, na realidade um enclave de interesses, também se organizou no Congresso Nacional. No início de abril, uma sessão da Comissão de Seguridade Social presidida pelo ex-ministro da Saúde e deputado federal Ricardo Barros (PP-PR), dedicou-se ao debate sobre a parte da saúde do “Ajuste Justo” do Banco Mundial, divulgado em 2017. O documento, reapresentado em 2019, enfatiza: a expansão da atenção básica, privatização da “alta e média complexidade”; transferência de funções de gestão para OS’s, reorientação assistencial de hospital de pequeno porte; e fim das renúncias fiscais para planos privados de saúde. Foi elogiado, mas não logrou galvanizar apoios para as propostas de “Reforma do SUS”.

Parlamentares defenderam a qualidade do atendimento ao paciente e capacitação dos profissionais da Saúde. Representantes de secretários da área enfatizaram a necessidade de soluções para o subfinanciamento do sistema, revisão de limites para contratação previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal e intervenção estatal para a formação de profissionais qualificados para o SUS em universidades públicas. No âmbito do Ministério da Saúde, o apoio ao documento do Banco Mundial foi seletivo. O secretário Executivo declarou

que as propostas servem “como guia” e anuiu com a afirmação sobre a maior eficiência de hospitais geridos por OS’s, mas não se manifestou sobre itens polêmicos do cardápio, especialmente o fim das renúncias fiscais.

Esses dois movimentos de retomada do debate sobre Saúde no Congresso Nacional, embora ainda incipientes, têm um ponto de convergência. Os deputados Ricardo Barros e Hiran Gonçalves julgam que o SUS não é “sustentável” e assim incluem a necessidade de revisão do SUS e teses sobre a necessidade de “ganhos de eficiência” na gestão na agenda parlamentar.

Considerações finais

A Saúde não foi convidada para o baile e tampouco disse a que veio. Por enquanto, as políticas para a área não suscitaram apoios ou rejeições visíveis na agenda pública. No entanto, a hipótese de mudança do jogo tradicional protagonizado por parlamentares, governadores, prefeitos e seus secretários de Saúde não pode ser descartada.

Há grupos econômicos no setor Saúde, os mesmos que pressionaram pela aprovação de planos populares, que certamente acumularam força política e aprimoraram seus projetos de privatização durante a campanha para a presidência. O bolsonarismo não é apenas um acidente de percurso e, sim, um projeto para combater os traços sociais-democratas de governos anteriores.

O projeto rentista, sua inclinação à vassalagem internacional poderá ter entre suas consequências a desregulação radical do SUS e sucateamento das políticas de Saúde, para atrair novos investidores privados para substituir o público. Direitos essenciais à saúde estão sendo questionados pela negação simultânea da laicidade do Estado e evidências científicas. Proposições para retirar conteúdos “ideológicos” das políticas de saúde mental e AIDS nada mais são do que uma brutal imposição que afeta a livre expressão de diferenças.

As aceções ideológicas sobre as virtudes do mercado para alocar eficientemente recursos para atenção à Saúde passaram a ter mais expressão no Parlamento e certamente no Poder Executivo, especialmente na área econômica.

O debate de fundo sobre políticas e sistemas foi rebaixado. Está limitado a questionamentos sobre se a Saúde, especialmente o serviço, é ou não é mercadoria. Insiste-se em proclamar que a atenção à Saúde pode ser mercadoria,

como se isso fosse novidade e não obviedade. Tal como em outros mercados, para um dado preço a oferta pode aumentar ou diminuir e inovações tecnológicas tendem a deslocar a curva para a direita, ainda que seja importante ressaltar casos de doenças para os quais o aumento da assistência e custos será inócuo. Ocorre que não foi sobre essas bases cognitivas que as sociedades ocidentais organizaram suas instituições de Saúde.

Na maioria das nações, Saúde, ao lado de outras políticas sociais, compõe um espaço “desmercantilizado.” Ações de Saúde têm custos, mas quando são social, política e moralmente mediados deixam de ser apenas mercadorias. Uma mercadoria, para ser adquirida, requer renda e depende do preço.

A oferta pública de serviços de Saúde permite que pessoas a utilizem de acordo com necessidades e não capacidade de pagamento. Existem duas dimensões envolvidas com políticas de saúde, A primeira é normativa e ideológica, diz respeito à distribuição (poder, renda, riqueza). Igualdade, eficiência e liberdade são fundamentos gerais, mas seus pesos variam de acordo com distintos posicionamentos. Liberais valorizam a liberdade e socialistas, a igualdade. O segundo enfoque é técnico. A alocação realizada pelo mercado não é certa ou errada, boa ou má. Similarmente a intervenção governamental pode ser muito eficiente ou não.

Uma ambulância da prefeitura não é mercadoria e, se atende muitos casos, tenderá a ser mais eficiente do que um veículo semelhante restrito ao chamado de pessoas que podem pagar. O argumento estimula comentários: depende do salário do motorista e da equipe de Saúde.

A resposta depende dos custos, mas também dos objetivos do sistema. Os resultados, em termos de melhoria de condições de Saúde, serão diferentes se o transporte de pacientes for organizado mediante critérios como gravidade clínica ou maior capacidade de pagamento. No primeiro caso, a maioria da população terá direito a aumentar chances de sobrevida. Inversamente, o impacto das ambulâncias privadas nos indicadores populacionais tenderá a ser inexpressivo.

Em sistemas de Saúde universais, os impostos distribuem rendimentos ao longo da vida dos indivíduos e não apenas entre ricos e pobres. Servem também como um “cofrinho” para sustentar necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida, que são mal ou não supridas por mercados, caracterizados por informações assimétricas e elevados custos de transação.

Saúde é muito mais que médico, remédio, hospital e ambulância. É trabalho digno, salário mínimo generoso, emancipação e redes assistenciais. Os povos indígenas são quem adoecem e morrem mais precocemente. Sem a demarcação das terras indígenas, essa brutal e secular injustiça será preservada e reproduzida. Agrotóxicos e transgênicos não dizem respeito apenas ao “que está na nossa, na minha mesa” e sim a alavancagem do agrobussiness e ao extermínio de indígenas em pleno século XXI.

Sabemos que não somos países “ricos”, quando a medida é PIB ou renda, exatamente por isso precisamos lutar por direitos sociais universais. Mas, ser pobre não é destino, a desigualdade deve e pode ser combatida, reduzida. As grandes conquistas da melhoria social em nossos países estão relacionadas com políticas universais que ousaram questionar padrões conservadores, injustos e discriminatórios de sociabilidade.

Ações como desemprego, aumento das violências, diminuição de renda e restrição às políticas sociais, especialmente os benefícios previdenciários e os programas de transferência de renda têm consequências negativas para o padrão de morbi-mortalidade. Corte de recursos e desenho obscurantista de políticas sociais em tempos de recessão incidem negativamente sobre as condições de vida e Saúde.

Programas de Saúde que foram cartão de visitas do Brasil no âmbito internacional como DST-AIDS, vacinação e controle do tabagismo assim como as políticas de saúde mental e aquelas voltadas às populações indígenas e quilombolas essenciais estão dramaticamente comprometidas. As políticas de hiperajuste fiscal conjugadas com preconceitos e discriminações turbinam a desigualdade estrutural da situação de saúde no Brasil.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. *Discurso do Ministro da Saúde*. 02 de janeiro de 2019. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/53718-discurso-do-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-transmissao-de-cargo>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Portal Câmara*, Notícias, Frente parlamentar da medicina discute com o Ministro, 12 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/572401-FRENTE-PARLAMENTAR-DA-MEDICINA-DISCUTE-COM-MINISTRO-DA-SAUDE-CRIACAO-DA-CARREIRA-MEDICA-DE-ESTADO.html>>.

- CNBC. Health and Science. Trump cheers judge's ruling that struck down Obamacare 'disaster', urging Congress to pass new health care law, 14 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://www.cnn.com/2018/12/14/trump-cheers-judges-ruling-that-struck-down-obamacare-disaster.html>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- CNI-IBOPE. Retratos da sociedade brasileira. Confederação Nacional da Indústria. Ano 7, n. 44. Brasília : CNI, 2018.
- BOR, J *et al.* Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980-2015. *Lancet*. 8;389(10077) p.1475-1490, 2017.
- ESTADO DE S. PAULO. Frente parlamentar da saúde referenda Mandetta, diz deputada. 20 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,frente-parlamentar-da-saude-referenda-mandetta-diz-deputada,70002614612>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- GLOBO. G1. Política. Em vídeo no hospital, Bolsonaro agradece a médicos e diz que SUS 'pode melhorar muito', 10 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/02/10/em-video-no-hospital-bolsonaro-agradece-a-medicos-e-diz-que-sus-pode-melhorar-muito.ghtml>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- IESC/UFRJ/GPDES. Grupo de Pesquisa e Documentação do Empresariamento na Saúde. Projeto Acompanhamento Políticas de Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/index.php>>. Acesso em:
- MACKENBACH, JP *et al.* Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA*. 19;115(25) p. 6440-6445, 2018.
- RÁDIO JOVEM PAN. Novo Ministro da Saúde defende o SUS e diz que o sistema precisa de cuidado. 14 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://jovempan.uol.com.br/programas/jornal-da-manha/novo-ministro-da-saude-defende-o-sus-e-diz-que-sistema-precisa-de-cuidado.html>>. Acesso em: 13 ago. 2019.
- SESTELO, J. A. F. *Planos de Saúde e dominância financeira*. Salvador: EDUFBA, 2018.