



PÚBLICO E PRIVADO NA SAÚDE: quem dá a última palavra?

Artigo de Elizabeth Cagliari Hernandes

E MAIS:

Espaço do Aluno:

Resumos de Trabalhos de
Conclusão de Cursos,
Dissertações e Teses



ENTREVISTA COM:

**Prof^a. Dr^a. Maria
Fátima de Sousa
(UnB)**



POLITIZANDO

Recomenda:

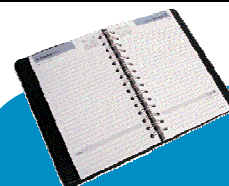
Indicações de livros e
filmes

Sugestão de eventos

EDITORIAL

Este número do **POLITIZANDO** destaca, no contexto da Política de Saúde brasileira, inaugurada com a Constituição Federal vigente, promulgada em 1988, uma contradição de fundo, que assola todo sistema contemporâneo de proteção social nacional: a convivência espúria entre uma política, prevista para ser pública e universal, com crescentes e vigorosas práticas privatistas e mercadológicas de atenção a legítimas demandas e necessidades sociais. Por se realizar num quadro de dominância capitalista, de perfil neoliberal, tal contradição nem deveria causar estranheza, posto ser ela intrínseca a esse modo de produção. Porém, o que não se esperava era a demolição fácil e rápida dos preceitos constitucionais pautados na cidadania social, que tinham na política de saúde a sua mais avançada formulação. Com efeito, a queda de braço entre a instância pública e a privada no âmbito das políticas de seguridade social brasileiras – incluindo a saúde, ao lado da previdência e da assistência – nunca foi favorável aos anseios democráticos de instituírem no país um sistema de bem-estar que, pelo menos, merecesse o nome de social-democrata. Pelo contrário, os próprios governos eleitos sob a égide da CF de 1988 passaram, em numerosos aspectos, a renegá-la e a criar um ambiente em que o Estado se tornou avalista do mercado e, portanto, o seu principal incentivador. Isso não quer dizer que o Estado brasileiro tenha se tornado mínimo ou ausente no processo de criação e implementação das políticas sociais; mas sim que ele colaborou para que essas políticas se transformassem em mercadoria e, como tal, se desvinculassem do estatuto da cidadania social que esse Estado, mesmo sendo capitalista, deveria garantir. É esta constatação que, em outras palavras, é feita e discutida por Elizabeth Hernandez e Maria de Fátima Sousa, colaboradoras desta edição e estudiosas da temática da saúde no Brasil. Elizabeth, em seu artigo, pergunta quem dá a última palavra na relação entre o público e privado nesta área, para proceder à reflexão de como um bem público, de valor incalculável, pode ser mercantilizado. E Fátima, na sua entrevista, ressalta a distorção a que foi submetido o Sistema Único de Saúde (SUS): voltado minimamente para pobres enquanto cede lugar ao setor privado no cuidado dos ricos, à custa dos primeiros. Por fim, fazendo coro com essas reflexões, vale informar que os estudos e análises indicados neste Boletim, constituem importantes fontes de consulta.

TOME NOTA



12 a 16/março/2012

III Congresso Internacional de Medicina Familiar

Local: Havana/Cuba

Informações:

www.lionstours.com.br/saude_familiar_44.html

01 a 03/agosto/2012

VI Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero

Local: Salvador/BA

Submissão de trabalhos:

01/02/2012 a 31/03/2012

Informações: www.abeh.ufba.br

24 a 27/setembro/2012

XX Seminário Latino Americano de Escolas de Serviço Social

Local: Córdoba/Argentina

Inscrições: até 29/02/2012

Informações:

www.ts.ucr.ac.cr/slets-20.htm

EXPEDIENTE:

Editora responsável: Camila Potyara Pereira **Comissão Editorial:** Carlos Lima, Potyara A. Pereira-Pereira, Marcos César Alves Siqueira, Maria Auxiliadora César e Vitória Góis de Araújo **Bolsista:** Tázya Coelho Sousa **Revisão:** Marcos César Alves Siqueira **Criação e Diagramação:** Camila Potyara Pereira **Imagem da Capa:** <http://www.photorack.net/>.

Editora responsável por esta edição: Elizabeth Souza Cagliari Hernandez

POLITIZANDO (ISSN 1984-6223) é uma publicação quadrimestral do NEPPoS/CEAM/UnB. Todos os direitos reservados.



Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPoS/CEAM/UnB)

Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Pavilhão Multiuso I, Gleba A, Bloco A. Asa Norte. CEP: 70910-900. Brasília/ DF. Tel: +55 (61) 3107-5876.

Website: www.neppos.unb.br **E-mail:** neppos.ceam.unb@gmail.com



ESPAÇO DO ALUNO

MIGRAÇÃO E TRÁFICO DE MULHERES PARA FINS DE EXPLORAÇÃO SEXUAL: vulnerabilidades sociais condicionantes e o impacto causado à saúde mental das exploradas

Este estudo é uma análise dos dados obtidos pelas pesquisas realizadas pelo *Projeto Suindara – Saúde, Migração e Tráfico de Mulheres para Fins de Exploração Sexual e Trabalho Degradante*. Seu objetivo é compreender quais contextos de vulnerabilidade social inicial propiciam a situação de tráfico, e quais as conseqüências mais comuns à saúde mental das mulheres exploradas. Conhecer as situações de vulnerabilidade social que podem desencadear a migração e o tráfico de mulheres para fins de exploração sexual, pode constituir ferramenta inibitória da prática, visando à elaboração de formas de prevenção. Este trabalho de conclusão de curso possibilita que sejam pensadas formas de enfrentamento das vulnerabilidades condicionantes, e, também, caminhos para o fortalecimento dessas mulheres, que adquiriram seqüelas psicológicas pela situação de tráfico.

GRADUAÇÃO

Autora:

Iris Marques Fonseca

Orientadora:

Prof. Mário Ângelo Silva

Data de Defesa:

Dezembro/2011

Instituição:

Departamento de Serviço Social (SER)/Instituto de Ciências Humanas (IH)/Universidade de Brasília (UnB)

MESTRADO

Autora:

Telma Rodrigues Caldeira

Orientadora:

Profª. Marlene Teixeira Rodrigues

Data de Defesa:

Dezembro/2010

Instituição:

Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)/ Departamento de Serviço Social (SER)/ Universidade de Brasília (UnB)

ACESSO AO MEDICAMENTO: direito à saúde no marco da regulação do mercado farmacêutico

A disparidade no acesso aos medicamentos, o mercado farmacêutico concentrado em unidades multinacionais e a produção pública ineficiente caracterizam o contexto atual brasileiro. A regulação econômica do mercado farmacêutico é apresentada na Política Nacional de Medicamentos como uma das formas de se tratar da questão do acesso a medicamentos. Entretanto, ao analisar os interesses e os sujeitos que são beneficiados, a partir da análise dos elementos na esfera federal que compõem a relação entre o acesso e a regulação econômica do mercado farmacêutico brasileiro, no período de 1998 a 2009, observou-se que o acesso aos medicamentos no marco da regulação econômica se dá de forma limitada e não atende aos princípios e diretrizes do SUS. Apesar das medidas e ações em benefício social observadas que, de alguma forma, afetam o acesso aos medicamentos, a lógica do capitalismo não é alterada pela regulação econômica.

DO WELFARE AO WORKFARE ou da política social keynesiana/fordista à política social schumpeteriana/pós-fordista

Desde a década de 1980, no bojo das transformações desencadeadas pela crise capitalista dos anos 1970 e pela expansão do neoliberalismo, vem ocorrendo o trânsito do regime de produção keynesiano/fordista para o regime de produção pós-keynesiano/pós-fordista, ancorado nas idéias empreendedoristas schumpeterianas e no bem-estar como produto do mérito individual e não mais como direito social; ou melhor, vem ocorrendo a passagem do *welfare* (bem-estar como direito incondicional) para o *workfare* (bem-estar em troca de trabalho). No contexto dessa problemática, esta tese teve como objetivo geral detectar os efeitos concretos sobre a política social da passagem do *welfare* para o *workfare*, efeitos estes associados às mudanças na relação entre Estado e sociedade e entre a economia de mercado, incluindo o mercado de trabalho, e a política de trabalho, caracterizada pela precarização, desorganização trabalhista, crescente (des)assalariamento e reduzida proteção social pública.

DOUTORADO

Autor:

Ricardo Gonçalves da Silva

Orientadora:

Profª. Potyara A. Pereira-Pereira

Data de Defesa:

Abril/2011

Instituição:

Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)/ Departamento de Serviço Social (SER) / Universidade de Brasília (UnB)



PÚBLICO E PRIVADO NA SAÚDE: Quem dá a última palavra?

O sistema de saúde brasileiro se fundamenta no princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição Federal garante a prestação de serviços públicos em caráter universal e a participação do mercado, de forma complementar.

O texto constitucional assume a realidade da convivência entre entidades aparentemente opostas, definidas pelo pertencimento à esfera pública ou privada.

Este pequeno artigo objetiva apresentar um panorama geral das relações históricas e econômicas que fundamentam a existência de um sistema de saúde que preconiza princípios de universalidade e equidade ao mesmo tempo em que permite, e até estimula, o crescimento do mercado de prestação de serviços de saúde.

A saúde foi reconhecida como uma questão política ainda no Brasil Império, quando as doenças estudadas pela medicina tropical passaram a ter importância não apenas sanitária, mas também econômica e financeira, para a consolidação do Estado. Entretanto, a priorização da questão na agenda pública se iniciou na década de 1920, no bojo de um projeto de construção da nacionalidade. A iniciativa, liderada pelos sanitaristas da época, fundamentava-se na negação da ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento.

Vale ressaltar que havia clara distinção entre as ações de saúde pública e de proteção médico-assistencial, consolidada durante a ditadura Vargas, instaurada na década de 1930. De qualquer forma, o sanitarismo vigente na Primeira República e a própria base institucional da Era Vargas também legaram bases para a aceitação da ideia de formas estatais de proteção à saúde (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

O surgimento de uma agenda de assistência médica individual – marcado pela Lei Elói Chaves, em 1923 – e a organização posterior dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), plantaram as bases para a formação de um sistema nacional de saúde corporativo, tutelado pelo Estado e comprador de serviços do setor privado.

As iniciativas corporativistas cresceram e se consolidaram até 1964, quando o Golpe Militar afastou os trabalhadores da arena política e rompeu com o padrão corporativo de prestação de serviços de

saúde. No decorrer dos anos, os antigos beneficiários dos IAPs, além de perderem a influência político-administrativa sobre seu sistema de seguridade, também passaram a competir com uma base maior de usuários e, progressivamente, começaram a migrar para o setor privado, que se apresentava como uma alternativa viável e acessível.

Até 1950 predominavam, como provedores privados, as organizações mutualistas e filantrópicas. A partir de 1960 – com o aumento da complexidade tecnológica na medicina e a necessidade de capitalização para bancar tais avanços – surgiram as primeiras empresas de medicina de grupo, que ainda eram pequenas e descapitalizadas (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

A partir da década de 1960, com o aumento da base de usuários, as empresas de medicina de grupo e outras formas de organização empresarial de prestação de serviços de saúde começaram a crescer e se consolidar como mercado. Além do aumento da base de usuários, esse crescimento também foi favorecido pela venda de serviços ao Estado e por subsídios diretos e indiretos (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Mas como entender/aceitar a mercantilização de um bem maior, de valor indiscutível e incalculável, protegido por normas universais de direitos humanos?

Na abordagem dos Direitos Humanos, a saúde é um direito fundamental de segunda geração. Os de primeira geração visam assegurar as liberdades individuais. Os de segunda geração relacionam-se com a obrigação – do Estado – de prover determinados recursos (materiais e imateriais) aos cidadãos (MBAYA, 1997; HUMENHUK, 2002).

Não há dúvidas de que a provisão de cuidados de saúde, para a população e para os indivíduos, demanda uma linha de produção de bens e serviços que não pode desconsiderar as leis da economia. Ou seja, produzir cuidados implica produzir bens. Seria o caso de tratar a saúde como um bem público?

A teoria econômica clássica define bens públicos como aqueles que não se excluem mutuamente e nem são rivais, ou seja, não se pode impedir que uma pessoa desfrute de um bem público e, ao mesmo tempo, ele poder ser consumido por várias pessoas sem prejuízo a nenhuma delas. Tal definição se

encaixa muito bem para o exemplo clássico da iluminação das ruas de uma cidade; entretanto, o provimento de cuidados aos indivíduos ou a implementação de ações de saúde pública são questões mais complexas e dificultam uma categorização econômica para o bem saúde.

O conceito de *recurso comum* parece mais adequado por se referir a recursos que são rivais mas não excludentes. Ou seja, se um indivíduo se utiliza de um recurso comum, sobra menos para os outros componentes daquele grupo; entretanto, o seu consumo por um indivíduo ou grupo não exclui a possibilidade de outros indivíduos ou grupos se utilizarem do mesmo bem (MANKIW, 1999).

Em face do exposto, o aspecto coletivo da saúde se relaciona com a produção de bens – necessariamente influenciada pelas leis de oferta e demanda do mercado – e com os direitos das pessoas, incorporando aspectos jurídicos, políticos e éticos. E tudo isso inserido num contexto histórico.

Num mercado de livre competição, as leis da oferta e da demanda determinam a quantidade de bens produzidos e respectivos preços. Vale ressaltar, entretanto, que um dos economistas contemporâneos mais conhecidos afirma que a economia é governada por “(...) *leis da oferta e da demanda e leis dos governos*” (MANKIW, 1999, p. 132).

A competição perfeita apresenta características tais como racionalidade; inexistência de externalidades; perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor; consumidores agindo livremente em seu benefício; numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado (SANTOS; MERHY, 2006).

Na produção de bens e serviços de saúde não ocorre nenhuma dessas condições; portanto, as falhas de mercado têm de ser corrigidas pela intervenção do Estado, por meio do conjunto de normas definido como Regulação. Ou seja, no mercado de saúde, além das leis de oferta e demanda, não se pode prescindir das leis de governo.

De acordo com Aciole (2006), “*o setor privado de saúde no País deve sua existência a políticas estatais deliberadas que praticamente configuraram um capitalismo sem riscos*” (p. 344). O “mercado”, no

campo da saúde, se configura como uma estrutura sustentada pelo Estado, seja por meio de renúncia fiscal, subvenções ou financiamento direto.

Tendo em vista o panorama histórico aqui esboçado, não se vislumbra solução simples ou de curto prazo na luta ideológica travada na arena da prestação de cuidados de saúde.

Por um lado, não se pode esperar uma transformação total em menos de três décadas – tempo

transcorrido desde a promulgação da Constituição Cidadã – num País onde, só para citar um exemplo óbvio, se tolerou e se estimulou o tráfico e a escravidão de pessoas durante trezentos anos, dentre os seus quinhentos anos de história.

Por outro lado, o tempo da história contemporânea é, felizmente, mais acelerado. A construção de uma noção efetiva e pragmática de cidadania dará a última palavra no debate público *versus* privado, no campo da provisão de cuidados de saúde.

“Como entender/aceitar a mercantilização de um bem maior, de valor indiscutível e incalculável, protegido por normas universais de direitos humanos? A saúde é um direito fundamental de segunda geração, ou seja, relaciona-se com a obrigação do Estado de prover recursos aos cidadãos”

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil:** cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.
- GERSCHAMAN, S.; SANTOS, M. A. B. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX.** Ver. Bras. Ci Soc. 2006; 21(61):177-190.
- MANKIW, N. G. **Introdução à Economia:** Princípios de micro e macroeconomia. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- MBAYA, E. Gênese, evolução e universalidade dos direitos humanos frente à diversidade de culturas. **Estud. av.**, São Paulo, v. 11, n. 30, Ago. 1997.
- HUMENHUK, H. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais.** 2002. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839&p=2>. Acesso em: 20.11.2011.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. M. **A regulação pública da saúde no estado brasileiro:** uma revisão. Interface: comunic., saúde, educ.; 2006 10(19), 25-41.
- * Elizabeth S. C. Hernandez é licenciada em Educação Física, especialista em Gerontologia e em Políticas Públicas e Gestão Governamental, mestre em Ciências da Saúde, doutora em Saúde Pública e pesquisadora do NEPPS/CEAM/UnB. ■

A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE



Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialista em Saúde Coletiva e graduada em Enfermagem pela UFPB (1986). Atualmente é professora do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, da UnB, e coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da mesma Universidade, onde implantou a Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF).

Foi gerente nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e assessora no Programa Saúde da Família (PSF), junto ao Ministério da Saúde (1994-2001). Atuou como consultora especializada nas Secretarias Municipais de Saúde e do Verde e Meio Ambiente, ambas em São Paulo.

Tem experiência no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em políticas públicas de saúde, modelos de atenção à saúde e gestão de sistemas locais de saúde.

Nota da editora responsável por este número do POLITIZANDO:

ENTREVISTA

A Constituição Federal adota o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado. O artigo 196 garante a prestação de serviços públicos de caráter universal e admite a participação complementar do mercado, por meio de empresas e/ou profissionais que prestem serviços relacionados ao cuidado dos indivíduos. O objetivo desta edição do Politizando é estimular a reflexão acerca do funcionamento de um sistema aparentemente paradoxal, por adotar princípios de universalidade do atendimento, com financiamento estatal, concomitante à permissão para o funcionamento de um mercado de serviços de saúde, ora em franca expansão.

POLITIZANDO: Como mediar a convivência público/privado na provisão de um bem como a saúde?

Prof^ª. Maria Fátima: Devemos mediar segundo os valores e princípios de que as políticas públicas no Estado brasileiro são fundadas no atendimento das necessidades e direitos humanos básicos (CF de 1988; Art. 6^º - Direitos Sociais); logo, compete ao Estado assegurar a saúde para todos como dever de proteção de cada indivíduo, família e comunidade no tocante a atenção à saúde. Portanto, a presença do setor privado deve ser complementar. E mais, convém esclarecer que no SUS todos os serviços de assistência à saúde podem ser complementados mediante contrato ou convênio com terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovada a insuficiência desses serviços pelos entes públicos responsáveis pela saúde (art. 24 da Lei 8.080/90). Com isso, reafirmo que o Estado deve garantir o acesso universal a bens e serviços essenciais à dignidade humana, não garantida pelo mercado. E quando

for necessária a presença do mercado, o Estado deve assumir seu papel regulador e protetor da saúde dos seus cidadãos e cidadãs.

POLITIZANDO: O crescimento do mercado de planos privados causa impacto no âmbito da Atenção Básica? Em que sentido?

Prof^ª. Maria Fátima: Causa impacto no âmbito do Sistema Único de Saúde, não necessariamente na Atenção Básica. Essa parte do sistema não interessa ao mercado porque não é rentável no tocante aos procedimentos ofertados. Atenção Básica é o lugar da prevenção e promoção da saúde em essencial. O setor privado cuida da doença e de suas terapêuticas, essa sim é a parte do “bolo” que lhe interessa. Agora o crescimento dos planos de saúde vem fragilizando o SUS na medida em que reforça o imaginário coletivo de que eles são “seguros, resolutivos...”, sobretudo a população de 30 milhões de pessoas que saiu da linha da pobreza e que hoje é potencial “consumidora” dos planos de saúde. Isso sim convoca a todos nós, defensores do SUS, a continuar nossa permanente luta pelo sistema universal, gratuito, equânime, resolutivo e humanizado, deixando o setor privado sem subsídio dos recursos públicos, sob o marco regulatório do Estado, sim, como complementar.

POLITIZANDO: De que forma os profissionais graduados em saúde coletiva podem atuar neste ambiente de provisão de cuidados marcado pela convivência entre o público e o privado?

Prof^ª. Maria Fátima: Penso que graduados em saúde coletiva devem ser formados para operar no SUS, defendendo seus valores e princípios doutrinários. Assim podem contribuir

com seus processos organizativos de forma a assegurar o sistema como um patrimônio nacional a serviço de todos os brasileiros, como um dever de nação/estado, por um lado. Por outro lado, deve ser um profissional competente, ético e socialmente comprometido com a justiça social. A partir desse lugar devem estabelecer uma relação saudável entre o público e o privado, orientados por dois pensamento/ação: primeiro compreender que atenção básica à saúde, universal e de alta resolutividade (85 – 90% das necessidades de saúde) deve ser a ordenadora do sistema e serviços públicos de saúde; segundo, que as redes de atenção à saúde devem ser integradas (serviços assistenciais de média e alta complexidade); esses podem ser complementados pelo setor privado, diretamente, ou por meio de serviços não lucrativos, desde que sejam totalmente voltados e regulados para o interesse público, para a proteção das famílias brasileiras.

POLITIZANDO: Tendo em vista a Constituição Federal de 1988, que incorporou muito das idéias do Movimento Sanitário, no capítulo da Saúde, por que o mercado de planos privados cresce de forma tão pujante no Brasil?

Prof^a. Maria Fátima: Porque o setor privado nunca deixou de ser forte e presente no Sistema de Saúde do Brasil. Vejamos: Primeiro, o Estado subsidia o plano de natureza mercadológica quando isenta do pagamento de imposto de renda. Nesse caso não se inclui apenas as instituições filantrópicas. Segundo, quando deduz do imposto de renda pessoa física no tocante às “despesas” com saúde. Terceiro, quando os setores do Estado/governo ofertam planos privados para seus servidores (por exemplo, os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário), além dos incentivos ao chamado parque tecnológico de apoio diagnóstico e terapêutico. Quarto, quando o mercado de planos de “saúde” usa o SUS e

não faz seu devido ressarcimento. Assim, o mercado cresce livremente. Aí reside o risco de consolidação do SUS como um sistema universal e digno de todos os brasileiros. É preciso corrigir esse desvio.

“A tendência é financiar o básico, continuando o subfinanciamento do setor público e a liberação do mercado. Assim faz sentido a expressão máxima: o SUS para os pobres e o setor privado para os ricos, muitas vezes subtraindo dos pobres.”

POLITIZANDO: Qual a sua opinião acerca da afirmativa de que o Sistema de Saúde Brasileiro é subfinanciado no âmbito público e superfinanciado no âmbito particular?

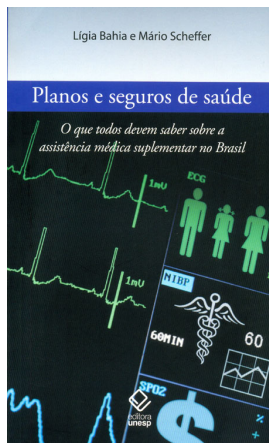
Prof^a. Maria Fátima: Os argumentos que apresentei na questão acima explicam em parte sua pergunta. Afinal, vivemos em permanente tensão entre o Estado, Governo e o setor privado. Alguns governos (mais progressistas) defendem o SUS, ainda que parcialmente; outros (mais ao centro/direita) tendem a fragilizá-lo, quando subsidiam os gastos privados com seguro privado de saúde, principalmente quando utilizam da “falácia” de contenção de gastos público para evitar crises macroeconômicas. Os movimentos pela regula-

mentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29) são reveladoras dessa tensão, na qual a tendência é financiar o básico, continuando o subfinanciamento do setor público e a liberação do mercado. Assim faz sentido a expressão máxima: o SUS para os pobres e o setor privado para os ricos, muitas vezes subtraindo dos pobres. É o caso da porta dupla dos Hospitais Universitários. Naquilo que afirma Ligia Bahia: “entre os elementos que originaram as duplas portas de entrada destacam-se, para além do subfinanciamento do SUS, a concepção sobre a existência da divisão da população brasileira para fins de atenção à saúde em “não pagantes” e pagantes e a noção sobre a legitimidade e virtuosidade da “venda” de serviços de hospitais públicos”.

POLITIZANDO: Que perspectivas se vislumbram, neste cenário de convivência entre público e privado? A participação social pode mudar esse cenário? Ou as políticas públicas de regulação são suficientes?

Prof^a. Maria Fátima: O que podemos projetar é voltarmos às ruas defendendo o SUS. Em um movimento civilizatório de proteger um sistema que, historicamente, foi construído com muitas lutas sociais. E para isso muitas vidas foram perdidas ou esquecidas na trajetória desses 30 anos. Tempo marcado por fortes movimentos sociais, nos quais a participação dos diversos setores foi orientada por um bem comum: a democratização do setor saúde e a criação do Sistema público, universal, integral, equânime e socialmente construído por todos os brasileiros. Essa é uma ética que devemos reimprimir. A ética da urgência em defesa da vida e de um sistema que possa protegê-la em todas as suas dimensões, tempo e lugar.

* Entrevistada aplicada por:
Elizabeth S. C. Hernandes

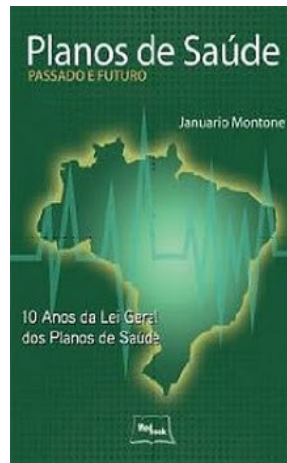


Este livro aborda estruturas, dinâmicas e funcionamento dos planos e seguros de saúde no Brasil. De acordo com os autores, o termo *Plano de Saúde* designa um pacote de benefícios oferecidos por empresas ou seguradoras que podem ser comerciais, quando contraídos por empresas, ou consumidores individuais, e não comerciais, quando coletivos. Esses planos e seguros são permeados por conflitos e marcados por lógica contraditória,

pois, enquanto os clientes desejam atendimento integral às suas demandas, as empresas e seguros de saúde estabelecem limites de cobertura, o que ocasiona conflito entre as relações assistenciais e financeiras. No Brasil existem múltiplas compreensões acerca do acesso à assistência ofertada e à utilização de ações e serviços dos planos de saúde de modo geral: para alguns, estes planos constituem boa alternativa já que oferecem melhores serviços de saúde em comparação ao SUS. Outros, no entanto, são encarados como privilégios de parcela superiores da população. Os autores defendem a primazia do Sistema Único de Saúde (SUS) que apresenta uma atenção mais cara, complexa e qualificada do que os planos que não asseguram a atenção integral. Contudo, o lugar ocupado pelos planos de saúde e seguros na sociedade brasileira também é determinados por interesses financeiros e comerciais, que os defendem como sendo a única e melhor perspectiva para o sistema de saúde.

Referência: BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. **Planos e seguros de Saúde:** O que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: UNESP, 2010.

Por Tázya Coelho Sousa
Assistente Social, Mestranda em Política Social e
Pesquisadora do NEPPS/UnB

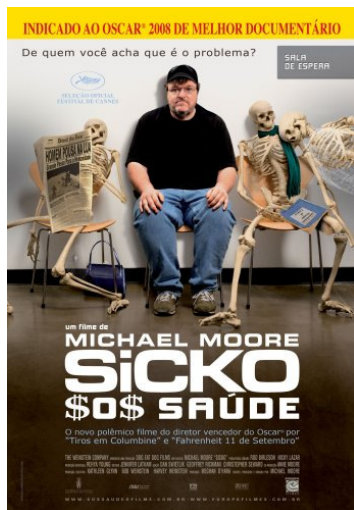


O Livro *Planos de Saúde: passado e futuro*, de Januário Montone, destaca o setor de saúde suplementar, seus cenários e desafios, associado à discussão do setor público. As idéias defendidas pelo autor, que ressaltam pontos polêmicos do debate a respeito do público e do privado na saúde, fazem com que a obra seja definida como “provocativa”, por apresentar vários elementos

que devem ser debatidos de forma crítica. O objetivo do livro é indicar uma agenda para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar integrado ao sistema de saúde brasileiro. Para isso, apresenta a trajetória da política de saúde nos últimos dez anos e a correlação entre o subsistema público de assistência à saúde e o subsistema suplementar. Segundo Montone, este é o principal responsável pela produção de serviços de saúde no Brasil e vem sendo ignorado pela maioria dos gestores públicos. A visão do autor sobre o futuro do sistema de saúde brasileiro, se apóia na defesa da criação de fundações estatais de direito privado que, em sua perspectiva, podem possibilitar maior eficiência e efetividade dos serviços públicos. A obra é importante por propiciar conhecimento dos argumentos de uma das vertentes que compõem essa discussão, levando o leitor a refletir sobre a conjuntura atual do sistema público de saúde brasileira e, principalmente, a avaliar criticamente as mudanças sugeridas.

Referência: MONTONE, Januário. **Planos de Saúde:** passado e futuro. Rio de Janeiro: Medbook, 2009.

Por Tázya Coelho Sousa
Assistente Social, Mestranda em Política Social e
Pesquisadora do NEPPS/UnB



Este documentário do polêmico cineasta Michel Moore apresenta, por meio de trágicas histórias de cidadãos comuns, um panorama do decadente sistema de saúde norte americano, no qual vidas humanas são a parte mais frágil de um sórdido mercado que, assim como qualquer empreendimento capitalista, visa somente o lucro. Em contraposição a esse sistema excludente e desumano e à ideia neoliberal de que políticas públicas representam um ataque às liberdades individuais, o filme mostra países capitalistas que possuem sistemas públicos de saúde eficientes, como o Canadá e a França. Além disso, retrata o sistema de saúde cubano, que, ironicamente, é o único capaz de socorrer americanos abandonados pela saúde pública de seu país. A produção é essencial para pesquisadores de políticas sociais, pois induz a reflexões para além da saúde, como o processo crescente de desvalorização e banalização da vida humana a partir da adoção do direito à propriedade privada como valor central da sociedade.

Referência: Michael Moore. **SICKO: \$\$\$ SAÚDE.** Cor/123 minutos. Dog Eat Dog Films, 2007.

Por Carolina Sampaio Vaz - Assistente Social, Pesquisadora do NEPPS/CEAM/UnB