



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Rasga Moreira, Marcelo; Mendes Ribeiro, José; Ivo de Carvalho, Antônio
Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho
Saúde em Debate, vol. 40, diciembre, 2016, pp. 227-234
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406349871020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho

Interview with Antônio Ivo de Carvalho

Marcelo Rasga Moreira¹, José Mendes Ribeiro², Antônio Ivo de Carvalho³

Introdução

O Brasil de 2016 encontra-se, mais uma vez, envolto em uma crise Política na qual os valores democráticos perdem rapidamente seu protagonismo e os partidos políticos não conseguem sustentar relações de representatividade. Nesse contexto, não deveria, mas pode surpreender a alguns, que a Reforma Sanitária tenha sido indelevelmente relacionada com o Partido Comunista Brasileiro; que embora a Reforma não tenha se configurado em um movimento de massas, tenha construído representatividade nos movimentos sociais; e que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja, de fato, uma proposta socialista.

Tais surpresas – para muitos, tais resgates –, podem ajudar a explicar os porquês de um dos paradoxos que manietta a não efetivação do direito à saúde no País: enquanto todos os partidos, todos os candidatos a quaisquer cargos eletivos, defendem veementemente em suas campanhas uma ‘saúde de qualidade’, os recursos investidos pelos eleitos nas políticas de saúde dificilmente permitem a efetivação daquelas promessas. Se tal descolamento discurso-prática acontece com os que têm de ser periodicamente submetidos ao escrutínio popular, tende a ser ainda mais intenso em quem deste não precisa, redundando em propostas ainda mais drásticas, como as de limitar o teto do investimento público por 10 ou 20 anos.

O objetivo da presente entrevista é contribuir para o resgate da história recente do SUS e da Reforma Sanitária. Antônio Ivo de Carvalho participou de grande parte dela. Em alguns momentos, como protagonista, em outros, como militante, que nunca deixou de ser. Sua fala esperançosa mostra-nos as dificuldades de fazer política em plena ditadura militar, de pertencer a um partido político posto na ilegalidade, de optar por vias políticas clandestinas e armadas, de ser preso por expressar sua opinião; conta que a Reforma Sanitária teve seus dilemas e percalços e que, acima de tudo, resgata o prazer de fazer Política, de buscar consensos e de fortalecer a democracia.

Marcelo Rasga Moreira: A Reforma Sanitária é, de certa maneira, uma resposta-enfrentamento a um momento de crise econômica e política produzida pela ditadura militar. Como esta crise repercutia no setor saúde?

Antônio Ivo de Carvalho: No final dos anos 1970, havia uma efervescência generalizada, mas não radicalizada, em torno do tema saúde. Era, basicamente, uma luta por acesso aos serviços de saúde, então controlados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que, nessa época, já estava muito deteriorado.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rasga@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribeiro@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
aivo@ensp.fiocruz.br

Essa efervescência estava presente ‘na massa’, na população... aqui no Rio de Janeiro, antes mesmo da Famerj (Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro), já havia essa luta. Em Nova Iguaçu, onde a gente estava, se organizou como movimento pela saúde. Depois, se ampliou como movimento de bairro. Na zona sul e na zona leste de São Paulo também havia um movimento forte, muito apoiado pela esquerda que militava na igreja católica.

Não era uma luta politicamente elaborada, com um ideal de saúde por trás. Era uma luta para ser atendido no serviço de saúde! As pessoas não eram atendidas e reagiam, por vezes, com ‘quebra-quebra’. A igreja teve um papel muito importante na mobilização e organização dessas pessoas. Os movimentos sociais urbanos foram muito mais presentes que os sindicatos nessas lutas. Os sindicatos estavam reivindicando ampliação de direitos via planos de saúde. Os movimentos sociais urbanos pediam acesso a um sistema que não existia.

E foi na relação com esses movimentos sociais urbanos que a Reforma Sanitária foi se construindo. A Reforma Sanitária não foi um movimento de massas, mas se apoiou e se inspirou nessa movimentação espontânea, sobretudo na periferia de São Paulo, em que as pessoas chegavam, não eram atendidas e reagiam, protestavam.

Essa pressão teve impacto no governo militar – que, no fim dos anos 1970, já sentia o déficit da previdência – que começou a fazer concessões. Estas concessões e o excesso de deterioração do Inamps produziram uma autorreforma. O plano do Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária) representou a expressão institucional desse processo, gerando uma ‘universalização branca’.

MRM: Explique o que foi essa ‘universalização branca’.

AIC: Nos serviços do Inamps, você só era atendido se apresentasse carteira de trabalho, mas nos serviços municipais e estaduais,

não. E estes tinham capacidade ociosa, enquanto o Inamps, não, estava assoberbado.

José Mendes Ribeiro: A rede municipal e estadual do Rio de Janeiro era importante, tinha posto de saúde, hospitais municipais... uma rede grande.

AIC: Tinha porque eram heranças dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que eram muitos e os melhores, mas foram se deteriorando. Além disso, os serviços municipais e estaduais eram totalmente desconectados dos hospitais e serviços federais. Não havia uma rede!

O plano do Conasp, já nos anos 1980, previa uma integração entre o que se chamava na época de ‘diversos sistemas de saúde’, das diferentes esferas de governo. Era um princípio de rede. Para essa integração, eram realizados convênios, que eram manipulados pelos quadros de esquerda que trabalhavam no Inamps, a fim de assinar convênios com municípios de pensamento mais avançado. Era um processo rápido, que, inclusive, passava por cima do Estado se esse não quisesse fazer o convênio! E aí o Inamps começou a pagar os municípios pelo atendimento. Isso funcionou como uma ‘universalização branca’.

Mais tarde, com as AIS (Ações Integradas de Saúde), a universalização deixou de ser branca e passou a ser aberta. As ações integradas tinham a finalidade de ocupar a capacidade ociosa nos estados e municípios, aumentando o atendimento público. O serviço de saúde federal estava sobrecarregado e gastava muito credenciando e pegando prestadores privados, num processo nefasto que ajudou a proliferar as ‘trambiclinicas’, que recebiam recursos públicos por serviços de baixíssima qualidade ou inexistentes.

Para enfrentar isso, o grupo que a essa altura dirigia o Inamps, do qual faziam parte Aloísio Salles, Temporão, Eleutério, Noronha... já imbuídos do ideário da Reforma Sanitária (em 1979, no simpósio realizado pela Câmara dos Deputados, Saúde

e Democracia, Arouca e toda uma elite da Reforma Sanitária, que era basicamente do partidão, defendia um sistema único, embora não o chamasse assim, baseado numa concepção de saúde inspirada em Alma-Ata e na participação) conceberam as AIS, que foram sucedidas pelo Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e depois pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Isso foi uma autorreforma.

JMR: Iniciada no Inamps?

AIC: Sim. E isto vai ter repercussões para a Reforma Sanitária. Já no governo Sarney, houve disputa significativa dentro do movimento sanitário: qual a estratégia de construção do sistema único? A unificação seria feita pelo Ministério da Saúde ou pelo Inamps?

Isso separou as duas principais lideranças, Arouca e Hésio. Quem estava no Inamps junto com Hésio, Temporão, Noronha, defendia que a descentralização fosse feita por meio da extinção do Inamps para os estados e municípios, num processo incremental em que o Instituto descentralizaria sua rede e seus recursos.

E tinha uma parte da esquerda comunista que estava na Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), no Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), liderada pelo Arouca, que defendia que a descentralização fosse feita pelo Ministério da Saúde que, nessa época, não tinha poder, mas tinha os programas de saúde e uma concepção sanitária.

Foi uma coisa interna, sem expressão para fora, mas foi pesada. Só que isso foi se resolvendo no processo político. O Inamps perdeu o poder de pagar as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), ou seja, de ser comprador do prestador privado. Com o SUS, a SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde) passa a emitir as AIHs, assumindo protagonismo antes mesmo da extinção do Inamps, que ocorreu, até de forma súbita, no governo Itamar Franco. Esse foi um racha importante no bloco comunista.

MRM: E o que foi a ideia de Partido da Reforma Sanitária?

AIC: Isso era uma denominação que, no final dos anos 1970, quando o movimento ainda não era nem chamado de reformista, criticava o sistema protagonizado do Inamps. Nos anos 1970, o que havia eram experiências locais, inclusive da Arena (Aliança Renovadora Nacional): Montes Claros, Niterói, Paulínea... experiências com *campi* de extensão das universidades, medicina preventiva. Nelas utilizavam práticas alternativas principalmente de incorporação da população nos serviços a título de tomar nas mãos a saúde, e de inovação relacionadas à organização de serviços. Não se fazia agendamento com tanto tempo, o pronto atendimento. Isso começou a se associar à ideia de reformas do sistema. Mas sistema de atendimento, que era perdulário, começam a se aprofundar as críticas às trambiclinicas, as maternidades, que em Caxias, por exemplo, eram um absurdo. Em São Paulo, em áreas urbanas.

Isso passou a conformar a ideia de uma reforma. Antes de se pensar uma agenda da Reforma, começou a identificação das pessoas que estavam protagonizando ou desenvolvendo propostas inovadoras. Foi daí que surgiu o nome de partido da reforma, que ajudou a integrar as pessoas. E era suprapartidário, congregou pessoas de diversas matizes, inclusive da direita. Tinha gente da Arena que tinha experiência inovadora, em Santa Catarina, experiências de gestão local inovadoras.

Em 1976, foi criado o Cebes para agregar um pensamento progressista na área da saúde, e em 1978, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Foram congregados professores, prefeitos, acadêmicos... Arouca talvez tenha sido o formulador dessa ideia de partido da reforma que, mais tarde, contribuiu para o processo Constituinte garantir o SUS.

MRM: Qual foi a importância do PCB (Partido Comunista Brasileiro),

orgulhosamente denominado de ‘Partidão’, na Reforma Sanitária?

AIC: Conceitualmente, a Reforma Sanitária nasce de dentro do partidão. A crítica ao sistema hospitalocêntrico, perdulário, que estava entrando em falência com o Inamps, vem de lá, do contato, de integrantes e simpatizantes do partido com aquelas lutas da população para ter acesso ao sistema.

No final dos anos 1970, o PCB, dentro do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), tinha um movimento pela saúde forte, que se alimentou no final dos anos 1960, que se alimentou do processo de medicina comunitária, do pessoal de Montes Claros, Paulínea, Niterói... que tinha como base Alma-Ata e a universalização das ações primárias de saúde. Essa era a chamada esquerda sanitária. Era aí que estava o Arouca, que é um inspirador do processo da Reforma Sanitária e que era do Partidão.

Havia, também, uma outra linha no partido, não diretamente ligada ao setor saúde, que tinha como foco a ‘agitação popular’, a formação de quadros para a luta popular. E eu estava nessa linha. Eu estava, nessa época, na Fase (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional), em Nova Iguaçu, onde eu no quinto ano da faculdade não queria entrar na estrutura universitária ou sindical, que eram as duas alternativas para seguir na luta. Eu fui para o movimento social pela igreja católica e acabei ficando muito mais perto do movimento associativo no fim dos anos 1970 do que no movimento da saúde. Eu estava me formando e entrando no movimento popular junto com a igreja. Na Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), estavam Hésio, Noronha, Reinaldo... criando a medicina social. Na Ensp (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), da Fiocruz, tinha o Pesis (Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde), que era onde estava o Davizinho (Davi Capistrano Filho). Fui para Nova Iguaçu associado às comunidades eclesiais de base. D. Adriano Hipólito era o Bispo de lá. Eu dizia para ele

“sou comunista” e ele respondia “tem comunista que é muito mais cristão do que os meus cristãos!” E D. Adriano era um liberal. De esquerda mesmo era D. Valdir Calheiros, da diocese de Volta Redonda.

A gente chamava o movimento popular para pressionar! Eu lembro que, na crise da dengue, a gente articulava com as pessoas para ir para as ruas, fechar a Dutra! Nessa época, escrevi um artigo para o terceiro número da ‘Saúde em Debate’: ‘Saúde como instrumento de agitação de base’, que via a saúde não como um fim em si, mas como um meio de produzir ‘agitação popular’, consciência de classe!

JMR: o partido se reunia formalmente para discutir o setor saúde?

AIC: Não. Não havia uma direção do partido que pegava o pessoal da área de saúde e discutia. O partido tinha sensibilidade para ouvir seus membros e simpatizantes e produzir suas alianças. Todos estes fatos a que me referi – o quebra-quebra em São Paulo para abrir os postos de saúde, a ‘universalização branca’, em 1970 – tiveram a participação, direta ou indireta, de pessoas ou simpatizantes do partido. E o partido soube dar oportunidade para essas pessoas organizarem as lutas sociais de acordo com as possibilidades que tinham. Isso permitiu que quadros do partido entrassem, por exemplo, na gestão do Inamps.

Quando se fala do papel do Partidão, não devemos nos iludir achando que a ‘nomenklatura’ do partido formulou isso. O que aconteceu foi que uma camada organizada do partido, motivada pelos ideais do comunismo, saúde como direito universal, luta pelo acesso às políticas sociais, sempre foi capaz de mobilizar outros atores e ganhar apoios. No caso do SUS, a influência foi em torno do PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), do Ulysses, presidente da Constituinte.

O Partidão participava nas grandes lutas,

das grandes bandeiras. Mas havia um fenômeno que o Partidão inspirava, nas coalisões e instituições em que penetrou, suas ideias de justiça social. Desde a semana de 1922, os intelectuais, Jorge Amado, Portinari... Depois da guerra fria isso começa a se relativizar... os erros, o superestatismo soviético, o stalinismo... tanto que o colapso do PCB não enfraquece a Reforma Sanitária, pois ela prossegue mesmo sem o partido, mas com seus antigos integrantes e simpatizantes.

MRM: Na atuação no Inamps, havia a ideia de tomar o Estado por dentro?

AIC: Não. Era uma coisa muito técnica. Havia quadro de formuladores nas universidades, e esses quadros iam sendo convidados para trabalhar no sistema mais pela competência do que pela vinculação política. Na falta de profissionais competentes, o governo teve de absorver os especialistas que eram quadros do Partidão. Não foi uma orientação do partido que os seus especialistas entrassem no Estado para tomá-lo, mas o partido teve a sensibilidade de viabilizar que a luta fosse feita por dentro do Inamps. Como eu disse antes, no Inamps os convênios feitos com os municípios de acordo com alianças políticas eram operados pelos quadros direta ou indiretamente ligados ao PCB. A universalização branca foi obra do Partidão, de seus membros.

MRM: E a prática gramsciana da associação do intelectual orgânico com os trabalhadores, formando o 'bloco histórico'? Havia essa penetração gramsciana no Partidão? A fala do Arouca de que os profissionais da saúde têm de ultrapassar os muros para entender os cidadãos e se fazer entender por ele, sugere isto.

AIC: Não era uma linha do partido. Era muito mais uma postura do Arouca. A categoria 'participação' é do movimento popular, não é do sindicalismo nem da classe operária. A classe operária tinha os 'comitês

de fábricas' como proposta, algo que fazia sentido no ABC paulista, mas nos centros urbanos em geral, não. O que houve foi uma expansão nessa categoria de participação que tinha inspiração em Alma Ata. Os primeiros exemplos de participação, chamado de participação popular, eram de fora do Estado, para fustigar o Estado, depois veio participação comunitária, que era por dentro do serviço de saúde, e mais tarde, surgiu essa ideia de participação social nas estruturas, nos conselhos.

MRM: Fale mais sobre esta trajetória da práxis 'Participação'

AIC: As AIS, de 1982, no Conasp, preconizavam que a assinatura dos convênios entre União, estados e municípios tinha que ter conselhos de saúde. No Estado, eram as CIS (Comissões Interinstitucionais de Saúde), na assinatura do convênio se construíam essas coisas no interior do aparelho estatal. Aí, foi sendo criada uma cultura de participação, de presença de representantes da população nas estruturas de cogestão do Estado. Aí é que começou a coisa da cogestão. Isso vem na verdade do sistema local de saúde cubano, em que você tem de integrar uma rede, juntando representantes das diversas redes – federal, estadual e municipal – e da população.

Assim se constituiu, em Niterói, com o 'Projeto Niterói', que teve Gilson Cantarino como primeiro presidente e Moreira Franco, que era da AP (Ação Popular), como Prefeito. Aqui no Rio de Janeiro, você tinha um colegiado por área programática que era só dos dirigentes e em torno dela, a participação. Já em Nova Iguaçu, o conselho era externo ao poder público. Aqui no Rio foi institucionalizado, o que mostra que foram experimentadas formas diferentes e, para a época, inovadoras no que diz respeito à participação.

MRM: Na Oitava (VIII Conferência

Nacional de Saúde, em 1986), a participação, os conselhos eram externos ao Estado.

AIC: Sim! O Estado era o comitê decisório da burguesia! Isso também corresponde a uma sequência temporal, conjuntural. É típico da década de 1970, quando tudo era muito fechado.

A participação na oitava também era uma forma de traduzir o Estado que vinha da ditadura, que não seria capaz de garantir o SUS como universal. A participação externa é quase uma salvaguarda concebida para trazer a população para a luta política.

Depois disso foi sendo amainado pela redemocratização e pelas ideias de participação comunitária, de que os espaços institucionais deviam ser ocupados também para aumentar a qualidade e democratização do sistema.

JMR: Isto também corresponde a uma transição da esquerda internacional, europeia, para a participação coordenada por uma elite intelectual no aparelho de estado.

AIC: Sim. A esquerda comunista brasileira tinha uma ideia de mudança por cima, que entrou muito na saúde. O próprio Conasp tinha essa ideia de mudar as leis para mudar o sistema por isso.

Até hoje o SUS tem essa marca de uma concepção por parte de uma elite sanitária que tem sua origem na esquerda. Na Assembleia Constituinte, havia uma unidade em torno da ideia de SUS, muito maior do que hoje.

JMR: Fale, então, sobre o SUS.

MRM: Você defende o SUS estatal? Um sistema estatizado, sem setor privado?

AIC: Não. Defendo que o setor privado tenha seu lugar. Isso é uma discussão da Oitava. Havia um segmento que queria o SUS estatal, com desapropriação da oferta privada. Havia outro que defendia a iniciativa privada. Nenhum dos dois ganhou. Ganhou

o que está na Constituição: o caráter complementar do setor privado. Isso, ao mesmo tempo que procurava limitar, legitimava o que vinha antes, os convênios e contratos. Nenhum governo quis mexer nisso.

Eu não sou a favor do SUS estatal, mas imagino que as coisas andariam melhor se o setor privado não contasse com tantos subsídios!

Além disso, não há propostas para uma articulação das ofertas privada e pública! Não há sinergia, um mínimo de articulação, entre as redes privadas e públicas. Isso é uma distorção que cresceu à sombra do dispositivo constitucional e de políticas de governo.

Isso deve ser debitado a uma postura de governos que deixaram frouxas as relações com o setor privado. Talvez isso explique, não sei, o ‘tratamento de reis’ que as operadoras de planos de saúde recebem desde sempre, com subsídio e a construção de uma base política com a adesão da classe média.

Hoje, ninguém tem coragem de propor o fim dos subsídios aos planos, que são escandalosos. São agressivos! Ninguém propõe algo para reduzir essa coisa escandalosa. Os governos do PT (Partido dos Trabalhadores) também não enfrentaram esta questão. Isso também tem uma base histórica, pois o PT é um partido de base sindical operária clássica. Nas greves do ABC de 1979, com o Lula à frente do sindicato, plano de saúde já era pauta de reivindicação sindical. O fortalecimento do Inamps ou de uma rede pública de saúde não era uma demanda. E quando o PT chegou ao poder, essa base histórica se manteve. E a proposta principal dos governos petistas foi a inserção no mercado de trabalho e o aumento do poder aquisitivo do trabalhador. Não sei se é uma coisa deliberada, mas o fato é de que o aumento de renda, o avanço na distribuição de renda, permitiu o consumo de planos de saúde. Mas consumir saúde não é só consumir planos, há outros produtos que as pessoas consomem.

Os planos populares já se multiplicaram no País, com prejuízo para cobertura

no acesso e nos procedimentos. A grande vitória dos planos não é no plano individual, é a introdução disso nas pautas das lutas dos trabalhadores.

O desenho proposto pelo SUS não conseguiu ultrapassar o universo mental dos trabalhadores organizados que, desde o início, têm o plano de saúde como item de pauta. Desde sempre. Esse é um fenômeno generalizado.

Aí está a discussão... porque profissionais de saúde não são aderidos ao SUS? Na verdade, uma certa elite está fora do SUS! Os pobres não vão ao SUS por preferência, vão porque não podem comprar plano, não têm alternativa, e vão porque não têm outra alternativa. E o SUS até hoje tem que disputar esse universo mental. E como ele é constrangido por recursos escassos, não consegue avançar.

MRM: Então temos que, de 1994 a 2014, PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) e PT, as duas maiores forças políticas do País no curto tempo de democracia que se instalou no pós-ditadura militar, assumiram a Presidência da República – sempre ladeados pelo PMDB – e o SUS não se conformou como política-força em nenhum dos governos?

AIC: Sim. O que acontece com o SUS é fenômeno que tem de ser melhor discutido. O que é o SUS como política de Estado? Você não vê uma proposta de acabar com o SUS nesses 20 anos. O Serra foi um ministro do SUS. Ele não se colocava contra o SUS, mesmo sendo membro de destaque do governo tucano, que produziu aquele processo de privatizações. Há uma concordância tácita com o SUS. Ninguém se colocou contra a ideia do SUS.

Veja o processo eleitoral hoje. Ninguém está pedindo para acabar com o SUS. Eu não faço um julgamento moral disso. É um fenômeno. Por um lado, pode ser olhado como um avanço e um certo predomínio dessa visão que fala das insuficiências do SUS, mas

não propõe outra coisa. Mesmo com essa maré montante que fala a favor do mercado, o SUS não aparece.

MRM: E alguém fala a favor do SUS?

AIC: Sim, mas não o suficiente. Foram coisas pontuais. HIV-AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Humanização, Saúde da Família, Mais Médicos... O Saúde da Família, que começou com Alcení Guerra, no governo Collor, foi algo que, pelo volume, fez diferença, como uma política própria do SUS. Do mesmo jeito, o Mais Médicos, que fez diferença, ampliando o acesso.

O SUS nunca conseguiu se firmar nos sonhos, no pensamento da população, porque o SUS é ineficiente!

JMR: A Europa resolveu isso, mantendo o seguro social ou inviabilizando o seguro privado, porque não deu subsídios. Estes países não deixam a classe média comprar planos porque tiram os subsídios... Espanha e Inglaterra... não só não subsidiam como penalizam prestadores privados. O Brasil podia ter mantido seu seguro social.

AIC: Isso é o que acho espantoso! A classe trabalhadora quer o acesso ao médico, não ao sistema de saúde.

MRM: então aqueles que defendem a Reforma Sanitária são minoritários no cenário político? Se os dois maiores partidos do País, sempre ancorados pelo PMDB, não implantaram a Reforma Sanitária, a Constituição, os defensores da Reforma não são minoritários no jogo político e, portanto, incapazes de implantar o SUS?

AIC: No plano da formulação, somos majoritários. Mas no plano da política, da implementação, não!

A ideia de SUS, da saúde universal, formou o universo mental das pessoas no País, menos os políticos. São poucos os que

hoje se contrapõem ao SUS falando de outro sistema. Contudo, no interior do Estado e das arenas políticas, sempre houve uma defesa dos interesses do mercado. Por ser muito caro, o financiamento some por dentro do SUS! E não é por corrupção! É por negligência. Essa mistura de interesses privados e vontade da classe média de ter planos é um obstáculo muito poderoso.

JMR: Perdeu a classe média, perdeu o sistema público! Os planos de saúde prestam um tipo de atenção que é muito cara e geram a satisfação da população, que quer isto no SUS. E muitas vezes não é necessário fazer o que o setor privado faz, mas se o setor privado oferta, no imaginário da classe média, o SUS tem que ofertar.

AIC: É a velha medicalização. E o SUS, pela sua natureza, é obrigado a racionalizar recursos! É uma política pública! No plano privado, se a pessoa quiser fazer uma ressonância, ela faz. Como fazer isso no SUS, universal? Só dá para fazer quando for realmente necessário! Então, o SUS tem que racionalizar recursos que os planos não racionalizam. E aqui tem um cruzamento entre o universo mental e o real... as pessoas confiam nos planos – agora começou a cair, mas confiam – confiam por causa da hotelaria, por causa da sensação de tratamento personalizado, um conjunto de medidas.

MRM: Esta confiança no privado e desconfiança do público, é análoga à desconfiança da população na política e nos governos?

AIC: Para quem tem algum dinheiro e

paga o plano, há uma sensação que o SUS é coisa de pobre. E isso é caudatário de um sentimento que acha que o pobre é pior.

MRM: Tem uma dose de preconceito grande?

AIC: Eu acho. O Odorico tinha uma frase interessante: o pobre aspira fortemente, inveja, o acesso de quem tem dinheiro. Introjetar as diferenças de classe é algo disseminado. Isso gera menos revolta contra a classe média.

JMR: E a proposta do governo atual, como você vê?

AIC: Como uma radicalização para o mal. Eu acho que o que está hoje no governo tende a representar um agravamento nos problemas do SUS porque ele se dá sob a égide de uma maré montante do mercado, uma concepção de deixar o mercado regular, privatizar! E o governo que está aí representa explicitamente isto, uma alternativa privatista.

Mas aí tem os mistérios da política. A democracia exige a participação, com consciência ou sem consciência, através do voto. E o ato do voto é rodeado de simbolismos, é uma decisão sofisticada do eleitor. Isso faz com que haja, na democracia, uma refração aos interesses escusos.

MRM: A crise política é reversível?

AIC: Acho que é! Daqui para 2018, há muito chão! ■