

Coordenação de Políticas de  
Saúde - CPS



# CARTILHA

# CAPITAL ESTRANGEIRO

# NA

# SAÚDE



**DENEM**  
DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA



# CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE SOBRE A ENTRADA DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA SAÚDE BRASILEIRA

Em 07 de outubro de 2014, a presidenta Dilma lançou a Medida Provisória n. 656, que inicialmente só tratava de registro de imóveis públicos, crédito imobiliário e prorrogação de alguns incentivos tributários. O texto, ao passar pela análise da Comissão Mista no Congresso, acabou por se tornar uma extensa colcha de retalhos, com o acréscimo de 32 novos temas – entre eles, a entrada de capital estrangeiro no sistema de saúde brasileiro. Segundo nota da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), “com a autorização da entrada de capital estrangeiro no setor de saúde, empresas de fora do país poderão instalar ou operar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas, além de executar ações e serviços de saúde. Atualmente, o capital estrangeiro está restrito aos planos de saúde, seguradoras e farmácias” [1].

Diante disso, a Coordenação de Políticas de Saúde (CPS) da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) lança este texto na tentativa de realizar alguns questionamentos acerca desta medida, o modo como foi gestada e os impactos que traz para o SUS. Entendemos que debates como este são determinantes na configuração das políticas de saúde em nosso país, e, compreendendo médicas e médicos como agentes políticos, engajados com a transformação da realidade que está colocada e também comprometidos com a luta pela efetivação do SUS 100% público e de qualidade, como prescrito em nossa constituição, acreditamos ser fundamental que se avance nesses debates dentro de nossas escolas médicas.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA  
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE - GESTÃO 2016

Laís Krasniak (UFSC)  
Maurício Petrolí (UFRJ)  
Mayara Secco (UFF)  
Natasha Kerr (UnB)  
Pedro Manuel (UESPI)

Setembro de 2016



## O TRÂMITE DA MP 656/14

A Medida Provisória 656, lançada por Dilma em outubro de 2014, se tratava de um instrumento com força de lei, mas que precisava passar pelo aval do Congresso Nacional. Desse modo, após a entrada em vigor da MP 656, o Congresso teria 90 dias para apreciar a medida e transformá-la em lei. Assim, com alterações sugeridas pelo Congresso Nacional, que inseriu mais 32 temas ao texto original, e após alguns vetos da presidente Dilma, a Medida Provisória foi convertida na Lei n. 13.097/15, de 19 de janeiro de 2015. A lei, após essa costura organizada por Congresso e Governo Federal, acabou por versar sobre diversos temas, como isenção fiscal para aerogeradores e parcelamento de dívidas de times de futebol. Mas, debaixo desse grande guarda-chuva, também houve espaço para a inscrição de um artigo que assegura a abertura total do setor de saúde brasileiro ao capital estrangeiro. Segundo a professora da UFRJ Ligia Bahia, essas medidas são as chamadas “X-tudo”, e não é a primeira vez que se incluem dentro delas proposições que golpeiam o SUS. Trata-se, para ela, de uma “reforma dos princípios nacionais e democráticos do SUS” [2].

Importante frisar, de antemão, que a questão da abertura ao capital estrangeiro não se trata, propriamente, de tema novo na economia brasileira. Alguns setores já vinham sendo afetados por esse tipo de investimento. Porém, no setor saúde, tratava-se de exceção, uma vez que há preceitos normativos que impedem a completa abertura (ao menos, teoricamente) – como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) e a própria Constituição Federal. Segundo nota da ABRASCO, já citada, “por quatro razões jurídicas o Projeto de Conversão de Lei nº 18 de 2014 não pode prosperar, ofende a Constituição Federal, a Lei nº 8.080 de 1990, a Lei Complementar nº 95 de 1998 e a Resolução nº 1 de 2002 do Congresso Nacional”. Trataremos, mais à frente, dessas contradições. Mas, o que já se pode observar é que a arquitetura que tornou possível a aprovação desta medida, além de flagrante desrespeito ao ordenamento jurídico nacional, também representa grave retrocesso nas conquistas sociais que, a duras penas, foram instaladas normativamente no sentido de compreender a saúde como direito de todos e dever do Estado. É evidente, assim, o aparato ideológico que está por trás da entrada em vigor desta nova lei, qual seja o retorno à compreensão da saúde a partir de uma lógica de mercado.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, em nota, também denuncia a medida: “É sabido que, poucos anos após a promulgação da Constituição Federal, o Brasil iniciou uma série de reformas liberalizantes na ordem econômica, que visavam abrir a economia ao capital estrangeiro, como demanda capitalista para efetivar a mundialização do capital. Vários setores foram abertos ao investimento externo, como a produção de petróleo e as telecomunicações. No entanto, foram mantidas restrições específicas ao ingresso do capital e de empresas estrangeiras em determinados setores da economia, dentre eles, o setor de assistência à saúde” [3]. No entanto, o que se percebe nos últimos anos são diversas tentativas na intenção de romper essa barreira no setor saúde, entregando-o em toda sua dimensão aos investidores, sobretudo estrangeiros.

Foi nesse mesmo sentido, por exemplo, a aprovação da lei 9.656, em 1998, que estabeleceu a entrada do capital estrangeiro nos planos de saúde. Da mesma maneira, desde 2009, tramita no Senado Federal o projeto de lei 259, que tenta flexibilizar a entrada do capital estrangeiro na saúde brasileira, preservando áreas compreendidas como de interesse de segurança nacional (transplantes, células-tronco, quimioterapia e radioterapia). Atualmente, este PLS encontra-se na Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional do Senado, esperando seguimento.

Diferente dessas tentativas anteriores, o que se aprovou com a lei 13.097/15 foi ainda mais radical, pois além de garantir a abertura irrestrita ao capital estrangeiro, estabelece seu funcionamento em todos os níveis de assistência à saúde: de hospitais a exames de imagens e até planejamento familiar. Isso tudo configurado pelo modo de operar tradicional do Congresso Nacional, ou seja, ao largo dos anseios da sociedade civil, da participação social, do debate qualificado, traduzindo em suas práticas a busca irrefreável pelo retrocesso nas conquistas sociais, sobretudo no campo da saúde, e a satisfação de interesses dos grandes investidores – muitos dos quais também contribuíram com a maior porção dos financiamentos de campanhas eleitorais desses mesmos legisladores; em algum momento, é óbvio, essa conta precisa ser paga.



## A QUESTÃO DO CONTROLE SOCIAL

No processo de tramitação do projeto de lei em questão, alguns setores da sociedade civil, como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e a ABRASCO, ambas já citadas, lançaram manifestos solicitando que Dilma vetasse os artigos relativos à abertura ao capital estrangeiro no texto final da lei. Como de praxe, essas entidades foram sumariamente ignoradas. O próprio Ministro da Saúde à época foi até o Conselho Nacional de Saúde dizer que entidades como a ABRASCO e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – duas entidades bastante importantes no movimento da reforma sanitária – não sabem fazer análises políticas. Percebe-se que não se trata apenas de ignorar demandas específicas e interromper diálogos com os movimentos sociais oportunamente. Mais do que isso, é sintoma da agudizante e sistemática ausência de participação social na tomada de decisões em nosso país. Além disso, como afirma Ligia Bahia, é o apagamento das conquistas sociais, como se elas tivessem se tornado antiquadas, de modo a precisarem dar lugar a uma maneira moderna de governar – autoritária e tecnocrata.

Sobre a questão do controle social, a DENEM já produziu uma cartilha, no último ano, que pode ser acessada em nossa página no Facebook, onde tratamos o tema de maneira mais aprofundada. Contudo, é importante ressaltar, aqui, a falta de oxigenação nos debates sobre controle e participação social – sobretudo, em relação ao SUS. 2015 foi ano de Conferência Nacional de Saúde, e, mesmo assim, pouco se avançou na luta pela construção de nosso sistema de saúde a partir de intenso diálogo com usuários, movimentos sociais, instâncias de controle e participação. O que se observou, ao contrário, foram negativas absolutas a demandas trazidas pela sociedade, como pode ser notado, por exemplo, tanto na questão da abertura ao capital estrangeiro quanto na indicação controversa do psiquiatra Valencius Wurch para a cadeira da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, que gerou intenso debate e ocupação das salas da coordenação, por mais de 100 dias, por diversos setores de movimentos ligados à Luta Antimanicomial de todo o país. Ainda assim, o governo se mostrou irresoluto na manutenção da indicação, isto é, na configuração de mais um retrocesso, desta vez no campo da saúde mental.

No que toca à questão da abertura ao capital estrangeiro, como já dissemos, tal aprovação se deu sem debate nas casas legislativas sobre interesses e impactos por trás da aprovação, mas também sem posicionamento efetivo de instâncias de participação social, inclusive no Conselho Nacional de Saúde, que se limitou à emissão de uma nota tímida e alguns debates pálidos demais. Apesar de suas limitações, já reconhecidas, enquanto espaço de controle social do SUS - como seu caráter consultivo dentro das políticas de saúde, além de sua composição por algumas entidades sem compromisso algum com a construção de um sistema verdadeiramente público e de qualidade -, a ausência de debate (amplo e profundo) prévio à aprovação dessa lei marca um provável caminho sem regulamentação alguma desses investimentos. Algo previsível, conside-

rando-se a pouca regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em relação aos planos privados de saúde, além da anistia de 2 bilhões de reais de dívidas de planos de saúde que só não foi aprovada devido à denúncia pela sociedade civil. Tudo isso aponta para uma provável ausência completa de processos de regulamentação do capital estrangeiro na saúde. Ganham, com isso, os organizadores da coalisão que tornou possível a aprovação da lei: hospitais privados, indústria farmacêutica, operadoras de planos de saúde e, claro, representantes do capital estrangeiro.





## O CALDO EM QUE SE PREPAROU A LEI 13.097/15 E O QUE ELA DIZ

Observar o contexto socioeconômico, político e cultural em que este e outros retrocessos ganham fôlego é imprescindível para compreender as fraturas que se desenham e que, em última análise, culminam no fortalecimento da lógica de mercado, precarização dos serviços públicos, alargamento do capital privado (privatizações, terceirizações etc.) e cortes ininterruptos de direitos sociais. Nesse sentido, desde 2008, a economia mundial passa pela maior recessão da história recente. Ainda hoje, a recuperação econômica global é mais devagar que o esperado, e diversos países emergentes encontram-se com declínio no crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) [4]. Esse é o caso do Brasil, que se encontra em recessão desde o segundo trimestre de 2014 [5]. Em tempos de crise, conglomerados empresariais e governos reduzem investimentos em áreas sociais, como saúde e educação. Esse tipo de política austera afeta desproporcionalmente os trabalhadores, não modificando a distribuição injusta da riqueza global. O 1% mais rico do mundo mantém o padrão de crescimento de seus bens apresentado desde a eclosão da crise, e terão mais dinheiro do que os outros 99% em 2016 [6].

Frente a esse contexto, questionamos: a crise econômica que vivemos recai sobre quem? Os inúmeros artifícios usados para realocar recursos públicos nesses contextos, tendo como principal efeito o sucateamento de setores essenciais, como saúde e educação, que sempre sofreram com ataques à sua estruturação plena, são incorporados agora nas políticas de ajuste fiscal. Retirar dinheiro de um serviço já sobrecarregado leva a recaídas na qualidade da assistência e ao fortalecimento da ideia de que há uma ineficiência nos serviços públicos de forma geral, em especial o de saúde. A partir de uma suposta insustentabilidade financeira de manter um sistema de saúde público e universal, prepara-se o terreno para argumentos privatistas, ideia essa massivamente incutida na opinião pública por setores interessados no enfraquecimento desses serviços.

Aliás, o argumento do sucateamento irrecuperável dos serviços públicos - e, portanto, da necessidade de salvaguarda vinda a partir do capital privado (neste caso, sobretudo, estrangeiro) - é combustível para a defesa da lei n. 13.097/15. A propósito de seu texto, cabe uma análise mais objetiva do que elenca em seus dispositivos, para, a seguir, traçarem-se alguns comentários acerca dos efeitos que esta lei produz em nosso sistema de saúde.

Basicamente, o que a Lei n. 13.097 traz a respeito da abertura ao capital estrangeiro se concentra em apenas um artigo, dos quase 170 inscritos na lei - trata-se do art. 142, relativo ao capítulo XVII, "Da Abertura ao Capital Estrangeiro na oferta de Serviços à Saúde". Em que pese se tratar de apenas um artigo, seus efeitos

ao sistema de saúde são nefastos, uma vez que altera dispositivo importante da Lei n. 8.080, a chamada “Lei do SUS”. O que a norma diz, em seus próprios termos, é:

#### “CAPÍTULO XVII

#### DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE

Art. 142. A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.’

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio a assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.”

[7]

Bem, isso quer dizer, de início, que a lei, em seu artigo 142, modifica a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), de modo a permitir a “participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde” em nosso país. O antigo art. 23 da Lei 8.080, revogado pela nova lei, deixava explícito que era “vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica, e de financiamento e empréstimos”.

Essa alteração, de algumas linhas, é capaz de gerar consequências preocupantes. Segundo a ABRASCO, “com a possibilidade do capital estrangeiro ou empresas estrangeiras possuírem hospitais e clínicas – inclusive filantrópicas, podendo atuar de forma complementar no SUS –, ocorrerá uma apropriação do fundo público brasileiro, representando mais um passo rumo à privatização e desmonte do SUS”.

Cabe dizer, aqui, que já existia, no Brasil, um sistema de saúde privado, suplementar ao serviço público. Entretanto, a entrada nesse mercado era restrita a empresas nacionais. Com a mudança trazida em 2015, empresas internacionais passam a poder investir na saúde brasileira. Agora, por exemplo, grandes empresas de planos de saúde americano têm permissão para operar serviços no nosso país. Além de um óbvio problema de avanço de privatizações e liberalizações no setor, corroborando o desmonte do setor público, isso pode tra-



zer também um problema de governança para o país, em relação à regulação dessas empresas internacionais.

Segundo Mário Scheffer, professor do departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, “a atuação do capital estrangeiro na saúde – definido como aquele correspondente a empresas multinacionais, no caso dos investimentos e do comércio, aos grandes bancos, no caso dos financiamentos, e aos fundos de pensão que operam o capital especulativo – foi vedada pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, com as exceções de empréstimos de organismos internacionais, de cooperação técnica ou vinculados às Nações Unidas. Mas desde 1998 a Lei dos Planos de Saúde permitiu o capital estrangeiro nos negócios de assistência suplementar” [8].

Além de contrariar a Lei 8.080, como já afirmamos, a nova lei também desobedece à Lei Complementar 95, de 1998, que dispõe sobre a elaboração de leis, estabelecendo que “cada lei tratará de um único objeto” e que “a lei não conterá matéria estranha a seu objeto ou a este não vinculada por afinidade, pertinência ou conexão”. Segundo a deputada Jandira Feghali (RJ), que impetrou projeto de lei que prevê a vedação da abertura do capital estrangeiro no setor saúde, apesar da proibição, “o Congresso Nacional tem aceitado a inserção dos assim chamados ‘jabutis’ durante a tramitação de medidas provisórias” [9].

Como se não bastasse essas duas proibições, a nova medida é considerada inconstitucional. Conforme afirma Luiz Fernando Alves Rosa, “do ponto de vista do Direito Positivo, a Lei nº 13.097/2015 é, sem dúvida, inconstitucional, pois ofende diretamente ao Art. 199, § 3º da CF/1988 – ‘É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei’”. [10] Posicionamento semelhante tem a Advocacia Geral da União, para quem a aprovação da lei 13.097/15 é inconstitucional, pois transforma o que antes era exceção em regra. Se antigamente o capital estrangeiro era aceito na saúde apenas em casos de financiamento por entidades ligadas a Nações Unidas, hoje é aceito sem restrição alguma.

No mesmo caminho, Scheffer aponta que “ações diretas de inconstitucionalidade já levadas ao Supremo Tribunal Federal (STF) por entidades da sociedade civil enfatizam o dispositivo constitucional que prevê a vedação expressa à participação do capital estrangeiro na saúde, e levantam uma situação esdrúxula: conserva-se o texto original da lei do SUS mas acrescenta-se, após uma vírgula, conteúdo contrário. Na prática designa-se, por exceção, a possibilidade do capital estrangeiro entrar em toda e qualquer ação e serviço de saúde. Agora, a legislação brasileira sobre saúde traz duas políticas opostas na mesma norma”. Em uma das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI 5.435), impetrada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), sustenta-se que “o domínio pelo capital estrangeiro na saúde brasileira inviabiliza o projeto de um Sistema Único de Saúde de qualidade e em quantidade suficiente às necessidades da população brasileira, tendo em vista que a ampliação de espaço para o mercado privado, em especial o estrangeiro, poderá enfraquecer os investimentos públicos, já bastante insuficientes para o atendimento da população” [11].

Desse modo, podemos notar que, no plano ideológico e político, ocorre grave e sorrateira deslegitimação de uma história de luta que, durante décadas, esforçou-se para que a saúde fosse configurada, em nossa

carta magna, como direito de todos e dever do Estado. Na lógica do mercado, traduzida agora neste dispositivo legal, limita-se o acesso a quem tem dinheiro, com valorização de lucros em detrimento do Sistema Único de Saúde, público, universal - um direito conquistado, de todos os cidadãos.

Analisando o contexto global, é importante ressaltar que a tendência do capital é justamente essa: mercantilizar todos os aspectos da vida e da sociabilidade humana. Nesse processo a Organização Mundial do Comércio (OMC) tem se colocado como protagonista, ao ter como princípio a promoção do livre mercado mundialmente. O Brasil é seu signatário desde sua criação, tendo adotado tal política em especial nas últimas duas décadas. Cabe à OMC acessar todas as commodities que um país tem a oferecer, reconhecendo-as como todos os produtos/serviços que se tornam passíveis de serem comercializados. Para além de bens materiais (recursos naturais, produção de produtos), existe outra modalidade de commodities reconhecidas como bem público e de dever do estado, os quais não estariam sujeitos à livre mercantilização. Contudo, há evidências sugerindo que a OMC tem um papel central na pressão de governos para derrubar barreiras de comercialização, tarifárias e não tarifárias, inclusive para setores outrora reconhecido como restritos ao Estado - como é o caso do setor saúde [12]. Para atingir esses objetivos, nota-se a importância da mídia e dos aparelhos ideológicos que promovem o senso de repúdio à coisa pública e o argumento de que boa gestão e eficiência são palavras que existem unicamente na esfera privada.



## **POR QUE O INTERESSE NO BRASIL E QUAIS POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS PARA O SUS?**

Qual seria, então, o interesse no Brasil? A escolha dos países a serem investidos ocorre através de uma análise de seu perfil demográfico (expectativa de vida, pirâmide etária), buscando lucro em determinados serviços de acordo com esse perfil, além de mão de obra longa e de baixo custo. Segundo relatório da ONU, o Brasil ocupa a 6ª posição entre os países com o maior investimento estrangeiro. Observa-se, porém, que esse investimento tem mudado de caráter: houve queda quantitativa desse investimento de 2013 para cá (de 64 para 62 bilhões de reais), porém, o caráter também se alterou, havendo um crescimento de 18% no campo de serviços. A previsão para 2015, coincidentemente o ano de entrada do capital estrangeiro no setor da saúde, era de crescimento de 11%.

Esse processo leva a consequências em todo o sistema público de saúde brasileiro, pois o interesse do capital estrangeiro ocorrerá especialmente nas áreas mais lucrativas do setor saúde, como o caso da atenção secundária e da atenção terciária, isto é, clínicas de especialidades e hospitais. Sobre isso, Scheffer afirma que, “com volatilidade e vocação especulativa, investimentos estrangeiros escolherão leitos, exames e procedimentos que geram altos retornos financeiros, principalmente serviços baseados em valores e preferências particulares, e que praticam a seleção adversa, afastando-se do atendimento a populações que vivem em áreas distantes de recursos assistenciais, do atendimento a idosos, crônicos graves, portadores de transtornos mentais e outros pacientes que demandam atenção contínua. A expansão de rede privada com essas características fará aumentar a individualização das demandas, os pagamentos diretos em clínicas populares e o consumo de planos de saúde baratos no preço mas com armadilhas contratuais e sérias restrições de coberturas. Mais uma vez o SUS, o fundo público, será utilizado como fiador e resseguro das operações privadas.”

É evidente que o grande capital não tem responsabilidade social de prover saúde como a lei do SUS estipula, prezando por equidade, universalidade e integralidade, promovendo saúde e prevenindo agravos. Isso é caro e pouco lucrativo. Como consequência, haverá progressivamente menor financiamento público para essas áreas, expandindo o atual modelo de atenção primária – uma cesta básica de serviços voltada principalmente para a parcela mais deprivada da população, seguindo o conceito de “novo universalismo” da OMS. Nesse sentido, aponta Carla Ferreira: “a inspiração da nova legislação brasileira deve ser buscada na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, e seu projeto de Cobertura Universal de Saúde. A diretora-geral da Organização, Margaret Chan, diz que a proposta tem por objetivo dar proteção financeira aos mais pobres. Porém, especialistas brasileiros, como o Professor Luiz Facchini (UFPEL), advertem que a proposta esconde atrás de si o entendimento de que o direito à saúde pública deve ser restringido. Essa também é a opinião da Associação

Latino-Americana de Medicina Social (Alames), para quem a proposta de Cobertura Nacional da Saúde segmenta a população de acordo com seu poder aquisitivo, restringindo os investimentos públicos ao atendimento apenas da parcela mais vulnerável da população, deixando o restante da sociedade entregue a planos privados” [13]. Falaremos mais sobre esta proposta em textos futuros.

O fato é que, na macropolítica da atenção à saúde, haverá o distanciamento da valorização das pessoas em suas especificidades, passando a ser consideradas como doenças. Isso levará a repercussões também na micropolítica, com gestores cobrando dos médicos resultados/lucro e o desgaste da relação médico-paciente, perdendo seu objetivo de prover autonomia para a pessoa assistida. Nos dois cenários, o capital estrangeiro se favorece: lucrando com o adoecimento da classe média, cada vez maior, principal usuária de planos de saúde e, paralelo a isso, com a implantação das medidas impostas pelo Banco Mundial, garantindo o mínimo para a maioria, segmentando o acesso à saúde. As experiências de países como Índia e Turquia mostram esse quadro.

Em recente artigo, Jonathan Philippon, da Queen Mary University of London, sugere três estágios no mercado da saúde brasileiro após a entrada do capital estrangeiro:

- 1) Curto prazo (1 a 2 anos): pequenas fusões em que os players menos capitalizados serão absorvidos por entidades mais capitalizadas, gerando oligopólios;
- 2) Médio prazo (3 a 5 anos): o número de competidores tende a diminuir, principalmente pelas fusões de pequenas entidades nacionais com grandes conglomerados multinacionais;
- 3) Longo prazo (5 a 10 anos): aumento considerável dos preços e segmentação do mercado: mais para a minoria que pode bancar. Interesse já sinalizado para as regiões Sul e Sudeste do Brasil, acabando com o mito da democratização do acesso a saúde. [14]

Percebe-se, assim, que a entrada do capital estrangeiro na saúde impacta diretamente o SUS, visto que sua existência está atrelada à iniciativa privada, via serviços de saúde suplementar. Se, hoje, 2/3 dos hospitais brasileiros são privados, sendo metade deles filantrópicos, o que podemos esperar com o avanço do financiamento pelo capital estrangeiro? A lei 13.097/15 garante seu investimento em hospitais filantrópicos também, o que pode levar ao uso do financiamento público para a esfera privada e, agora, internacional da saúde. Ademais, que lógica está por trás da abertura ao capital estrangeiro (que busca o lucro) para administrar também hospitais filantrópicos (que, apesar de privados, não visam ao lucro). É uma lógica bastante difícil de entender. Além disso, temos o quadro de expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que garante uma dependência do SUS à prestação e à gestão privada. Tendo total liberdade para atuar em todas as esferas da assistência à saúde, podemos imaginar um quadro muito mais grave, de mudança profunda na lógica da assistência à saúde brasileira, assimilando-se cada vez mais a modelos como o estadunidense de saúde.

Scheffer, lucidamente, denuncia que “capitais que buscam caminhos de valorização dificilmente terão compromissos com necessidades de saúde, o que requer políticas voltadas à redução de adoecimentos e

mortes, com atuação sobre os determinantes sociais da saúde. O sistema universal, o sistema único para pobres e ricos, baseado na saúde como direito, na redistribuição da riqueza, financiado por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições sociais, cede, assim, espaço ao sistema segmentado, incapaz de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção, em todas as regiões, inclusive nos vazios sanitários e para populações vulneráveis e negligenciadas, onde e para quem o setor privado não tem interesse em ofertar serviços”. No mesmo sentido, fazendo eco à nota da ABRASCO, também questionamos: “à que interessa a abertura do capital estrangeiro na saúde brasileira? Àqueles que não querem que o SUS dê certo. São os que têm medo do sucesso do SUS, impedindo-o de todas as maneiras de ser um sistema de justiça social”.



## QUE SUS DEFENDEMOS? POR QUE LUTAMOS?

O quadro de sucateamento do Sistema Único de Saúde é crônico e tem sua origem concomitante à sua própria criação. Apesar de todo o movimento da Reforma Sanitária, o SUS conquistado não é o SUS idealizado pelos trabalhadores e pelos teóricos da área da saúde. Pelo contrário, afasta-se muito do projeto contra hegemônico e de resistência ao avanço do capital. A existência da saúde suplementar caracteriza a disputa público-privado que se materializa dentro do SUS de forma desigual, onde prevalece os interesses privados. Isso é consequência do subfinanciamento à saúde pública, que se intensifica a cada ano, e das políticas governamentais que cedem aos interesses de empresas e banqueiros. Só em 2015, além da aprovação da entrada do capital estrangeiro, a Emenda Constitucional 86/2015 vinculou as despesas federais da saúde à receita corrente líquida; a possibilidade de aprovação da PEC 4/2015, que prorroga a Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2023, além de aumentá-la de 20 para 30%; e, não bastasse tudo isso, em ano de crise do capital, quem mais sofre são os trabalhadores, que têm seus direitos ameaçados com a política de ajuste fiscal adotada pelo governo.

Para além do debate da legalidade ou não dessa lei, temos que entender o impacto que isso causa na noção de saúde enquanto direito. Precisamos combater esses avanços do capital na saúde e, para além da saúde, seus avanços em todas as esferas da sociedade. Como o histórico brasileiro mostra bem, as tentativas de flexibilizar e ampliar a participação do capital estrangeiro nas políticas de saúde brasileira são muitas e continuarão avançando. Trata-se, por certo, do modelo de sociedade que estamos dispostos a construir. Scheffer afirma que “as modalidades de financiamento da saúde exprimem os valores de uma sociedade. O princípio de igualdade das pessoas face à doença e à morte, sejam quais forem suas condições sociais e suas origens, é compartilhado pelos ideais republicano, ético e humanitário”.

Desse modo, nós – estudantes, militantes, defensores do sistema de saúde público, gratuito, 100% público, de qualidade – precisaremos continuar resistindo, ampliando o debate, colocando a defesa irrestrita do SUS nesses moldes como objetivo central de luta no campo da saúde. Muitos são os entraves para a garantia do que é direito da população (os direitos têm essa mania de precisarem ser conquistados). Também é premente o enfrentamento da exploração histórica à qual trabalhadoras e trabalhadores são submetidos. Por isso, é preciso resistir e ir além, organizando os trabalhadores para contra-atacarem e garantirem pelas próprias mãos o que lhes é de direito. O SUS, originariamente, é um projeto oposto ao capitalismo – e, nesse sentido, a superação desse sistema abominável também precisa fundamentar nossos horizontes de luta. Em momentos como este, os velhos hinos parecem cada vez ganharem mais atualidade: “O SUS é nosso! Ninguém tira da gente! Direito conquistado não se tira e não se vende!”.





## REFERÊNCIAS

- [1] Nota da ABRASCO e outras entidades solicitando o Veto de Dilma ao projeto de lei que assegurava a abertura ao capital estrangeiro na saúde. Pode ser acessada através do link: <https://www.abrasco.org.br/site/2015/01/nota-entidades-capital-estrangeiro-veta-dilma/>
- [2] Programa “Sala de Convidados”, exibido em 20 de maio de 2015. Pode ser acessado através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=6mlf0raEYiw>
- [3] Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde contra a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/01/0968.html> [Acesso em 05 de maio de 2016].
- [4] Fundo Monetário Internacional. World Economic Outlook Update: Subdued Demand, Diminished Prospects. Washington (DC): FMI; Janeiro 2016. 6p. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/update/01/pdf/0116.pdf> [Acessado em 2 Abril 2016].
- [5] Comitê de Datação de Ciclos Econômicos. Relatório Técnico. Rio de Janeiro (BR): IBRE/FGV; Agosto 2015. 4p. Disponível em: <http://portalibre.fgv.br/main.jsp?lumChannelId=4028808126B9BC4C0126BEA1755C6C93> [Acessado em 2 Abril 2016].
- k
- [6] Relatório da Oxfam sobre concentração de riqueza. Disponível em: [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-pt.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-pt.pdf)
- [7] Lei n. 13.097/2015, que pode ser acessada pelo link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm)
- [8] Mário Scheffer. “O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro”. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/04/o-capital-estrangeiro-e-a-privatizacao-do-sistema-de-saude-brasileiro/>
- [9] Reportagem disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/265248-1>
- [10] Luiz Fernando Alves Rosa. “Capital Estrangeiro na saúde – falta debate”. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/capital-estrangeiro-na-saude-falta-debate/#sthash.oqKPUD3c.dpuf>
- [11] A ADI 5.435 pode ser acompanhada pelo site: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=5435&classe=ADI&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>
- [12] Referência do Global Health Watch sobre papel da OMC.
- [13] Carla Ferreira. “Abertura da saúde para capital estrangeiro ameaça princípios do SUS”. Disponível em: <http://lucianagenro.com.br/2015/03/abertura-da-saude-para-capital-estrangeiro-ameaca-principios-do-sus/>
- [14] Jonathan Filippin. “A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01127.pdf>