

GOVERNABILIDADE NA SAÚDE

NELSON RODRIGUES
DOS SANTOS *

EXPLICAÇÃO INICIAL

Após as inusitadas vitórias da cidadania e dos direitos sociais, tanto no campo democrático como legal, com a promulgação da Constituição "Cidadã", da Lei Orgânica da Saúde e outras, estamos assistindo e vivendo desde 1989 — já se vão quatro anos — um penoso acréscimo de obstáculos, resistências e sabotagens contra a efetivação do Sistema Único de Saúde. Desde os interesses inconfessos da maior parte dos "donos do poder" até a maior parte da poderosa máquina político-administrativa-burocrática, impessoal, hermética e corporativa no pior sentido.

De todos os obstáculos, aqueles ao mesmo tempo causa e consequência do complexo orçamentação-financiamento do SUS, são os mais pesados, e enfrentados diariamente pelos gestores e técnicos que aderiram aos princípios e diretrizes do SUS, e por isso resolvemos explaná-los didaticamente em cinco grandes desvios de recursos, que tomam a maior parte deste artigo, com a finalidade de contribuir para o engajamento consciente de maior número de pessoas, no esforço e luta democrática pela sua superação.

A população usuária, eterna penalizada com a arrecadação de impostos, contribuições sociais, preços dos serviços de saúde, medicamentos, e até com o sofrimento, doença e morte, é a primeira pagadora desses desvios, e obrigada a continuar mais objeto do que sujeito do "seu" Sistema de Saúde. É lembrada no segundo capítulo através de alguns indicadores de concentração da renda.

Por final apontamos alguns espaços, oportunidades e iniciativas concretas desejáveis, dentro do complexo estatal, da relação da Sociedade com o Estado e das políticas públicas, tendo como horizonte, a reforma da relação Sociedade-Estado e por isso, do Estado, tudo isso, com a pretensão de melhor balizar os caminhos possíveis do SUS que temos para o SUS da Constituição, que é sem dúvida o de interesse da Nação e da população.

OS GRANDES DESVIOS DE RECURSOS DO SISTEMA DE SAÚDE

FATIA DO PIB DESTINADA À SAÚDE

Somente 4,27 por cento do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro é destinado à saúde, um dos mais baixos do mundo: nos países que organizam bons sistemas de saúde, esta fatia varia entre 8 e 13 por cento. Dos nossos 4,27 por cento, 2,87 por cento são de origem pública e 1,40 por cento de origem privada, revelando a baixíssima participação destes dois setores. Baixíssima é também a

participação dos orçamentos fiscais na saúde: 1 a 2 por cento do federal e 3 a 6 por cento dos estaduais e municipais, sendo que nos últimos anos, uma vanguarda de algumas centenas de municípios (no total de 4.850), vêm se destacando da implantação do SUS e destinando um mínimo de 10 por cento dos seus orçamentos fiscais para a saúde. Igualmente baixíssima é a participação do setor privado: as empresas, fundações privadas e até mesmo entidades filantrópicas, salvo poucas exceções, não destinam recursos próprios nem captam novos recursos privados, e quando o fazem, incluem nos custos operacionais, repassando aos seus usuários.

Sob o ângulo do per capita anual para saúde, não podia ficar pior: US\$ 99 por brasileiro, contra US\$ 280 por argentino, US\$ 386 por português, US\$ 1.483 por canadense e US\$ 2.051 por norte-americano. Este é o maior desvio: a sociedade, ao não gerar um Estado democrático, desvia de si mesma 2 vezes o que atualmente destina à saúde, pois não há uma política ou projeto de desenvolvimento sócio-econômico discutido e pactuado pela sociedade, e comprometido e regulamentado pelo Estado democrático.

O ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL E SUA EXECUÇÃO

A maior fonte financeira do SUS continua sendo as contribuições previdenciárias, que representam por volta de 68% do orçamento público para saúde, ficando os 32% restantes por conta dos orçamentos fiscais da

* Dep. Med. Prev. - FCM - UNICAMP
Campinas - SP (Fev. 92)

União, Estados, DF e Municípios. Esta fonte vem sofrendo enormes desvios, ilegítimos e ilegais, a saber:

a) – Não recolhimento de 40 por cento das contribuições das empresas por sonegação ou inadimplência, estimado para 1991 em US\$ 9 bilhões e 21 milhões, por coincidência, o recurso que o Governo diz faltar para o reajuste legal e justo dos aposentados (Cr\$ 10 trilhões e 500 milhões aos valores de dez/91).

b) – Não recolhimento, em 1991, de Cr\$ 1 trilhão e 300 bilhões por mês, de mais de 20 milhões de trabalhadores sem carteira de trabalho, que migraram da economia formal para a informal devido à recessão.

c) Cobertura de despesas do orçamento fiscal federal com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), entre Cr\$ 700 bilhões a Cr\$ 1 trilhão, até jul/91 (gastos administrativos dos Ministérios do Trabalho e Previdência Social, da Saúde, da Ação Social, e com os Encargos Previdenciários da União – EPU). De 1966 a 1990, a dívida acumulada da União com a Previdência Social ficou em US\$ 24 bilhões, dos quais, US\$ 12 bilhões e 20 milhões, na década de 80.

d) – Em 1990, US\$ 646 milhões (22,1 por cento) dos US\$ 2 bilhões e 900 milhões de OSS, foram desviados para 24 órgãos fora da área da Seguridade Social, incluindo os Ministérios do Exército, da Economia, da Educação e até o Governo do DF. Estima-se que para 1991 este percentual repetiu (no mínimo).

e) – Retenção em 1991, pelo Ministério da Economia, de 75 por cento da arrecadação do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e taxaço sobre o lucro, componentes do OSS, para cobrir outros gastos da União, e que deveriam ser repassados para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Somente aqui, o OSS perdeu Cr\$ 1 trilhão e 800 bilhões, aos valores de dez/91.

Registre-se, a partir destes exemplos, a hipocrisia e o cinismo das au-

toridades federais, que proclamam falta de recursos do OSS para cumprir sua finalidade Constitucional com benefícios e saúde.

f) Inclusão pelo Governo, nos 30 por cento do OSS que a Lei de Diretrizes Orçamentárias-92 destinou à Saúde, de gastos que nunca constatarem no orçamento Previdenciário, mas sim no orçamento fiscal dos Ministérios da Educação, da Ação Social, do Trabalho e Previdência Social e outros, com merenda escolar, saneamento básico, higiene e segurança do trabalho, folha de inativos do MS/INAMPS, folha dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), Centros Integrados de Assistência à Criança (CIACs), nutrição infantil e outros. Esta inclusão indevida reduziu, na prática, a 18 por cento a participação do SUS no OSS.

Propostas orçamentárias do SUS em Cr\$ trilhões: 4,52 em 1991, com base na inflação média, e 3,10 em 1992, com base nos preços de abril de 1991, respectivamente, 23,6 por cento e 23,3 por cento do OSS.

Registre-se novamente, a hipocrisia e cinismo dos que proclamam falta de recursos para o OSS e para o SUS. Por que as entidades patronais e dos trabalhadores não conseguem participar efetivamente da fiscalização e gestão do OSS? Por que estas entidades e o Poder Legislativo não conseguem obter a transparência no tempo oportuno, da orçamentação e execução do OSS? Por que o CNS Conselho Nacional de Saúde não consegue o mesmo na área da saúde?

O ALTO DESPÉRDÍCIO

A altíssima taxa de desperdícios nos gastos públicos com Saúde é estimada hoje, entre 30 e 40 por cento.

As maiores causas nos serviços públicos são o descumprimento dos horários de trabalho, principalmente dos médicos e dentistas, a inexistência ou indicação duvidosa de medicamentos, que invalidam em grande parte as consultas, a não manutenção de equi-

pamentos e sua ociosidade, baixos salários, compras e distribuição de medicamentos pela CEME Central de Medicamentos de uma irracionalidade assustadora, e outras.

As maiores causas nos serviços privados contratados com recursos públicos, são as consultas, exames e internações desnecessárias ou inexistentes mas faturadas, reinternações burocráticas, altas precoces e outros, sempre com o pretexto de compensar os baixos valores da tabela do INAMPS.

A "CAIXA PRETA" DO INVESTIMENTO

Investe-se massivamente em construção e equipagem de hospitais e Centros de Saúde, sem que as decisões passem pelo escrutínio normal dos planos de saúde, conselhos de saúde, convênios do SUS e outras disposições da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e Lei 8.142/90. Salvo poucas exceções, estes volumosos recursos, em torno de 20 por cento dos orçamentos públicos para saúde, correm paralelos às normas do SUS, nos gabinetes ministeriais e governamentais, através de comissões e convênios especiais. Simultaneamente, os recursos de custeio vão diminuindo, sendo regra, as unidades de Saúde existentes funcionarem a 50 por cento do seu potencial de produtividade e resolutividade.

As novas construções não melhor discutidas, além do risco de não atender as prioridades de quantas e quais serão, acabam frequentemente por inaugurar mais unidades ociosas e pouco funcionantes ao lado das já existentes, chegando-se à impressão, em algumas regiões, de que quanto mais se constroi, mais a população fica desassistida.

Mesmo que não haja qualquer negócio escuso de autoridades públicas com empreiteiras e fornecedores, a subestimação de avaliações prévias, sérias e transparentes destes volumosos gastos, redundam em mais um grande desvio do interesse público.

Assim foi com US\$ 754 milhões de gastos estimados do Ministério da Saúde (MS) em 1991, e certamente será com US\$ 2 bilhões e 400 milhões pro-

postos para 1992, basicamente com os programas Pró-Saúde e CIACs, que por "decisão superior" correm paralelos ao SUS.

Assim foi também com a decisão de priorizar o investimento em construções novas, em detrimento da reativação de 1443 e qualificação de 2816 leitos de 17 hospitais públicos da Grande São Paulo em 1990, que significava a quase triplicação da oferta de leitos desses hospitais. Assim foi também com a decisão de, entre as 49 construções novas do Programa Metropolitano de Saúde - PMS (40 UBS de 1000m² cada e 9 hospitais) na Capital de São Paulo, em 1989, priorizar a construção do Instituto da Mulher que consumiria 41 por cento dos recursos de investimentos do PMS em 1990 (que teria subido para 60 por cento em 1991) e que além de bloquear a conclusão das demais 48 construções em 1990, gastou o equivalente ao término de mais 69 Unidades Básicas de Saúde, ou de mais de 14,5 hospitais do PMS, ou ainda, 9 reformas completas do respeitável Hospital Emílio Ribas, hoje Instituto.

A decisão e poder político, na época, para a priorização da construção dos 25 andares do monumental Instituto da Mulher, ao lado do Hospital das Clínicas de São Paulo, exacerbou em pelo menos 10 vezes o dimensionamento do Centro de Referência da Saúde da Mulher, programa normal da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, e desconsiderou o papel dos mais de 20 HUE e de centenas de maternidades e serviços ginecológicos e hospitais públicos e privados conveniados, distribuídos no Estado de São Paulo, muitos dos quais de sofisticado nível tecnológico para a prevenção e assistência às gestantes de alto risco, formas complexas de câncer ginecológico, capacitação de profissionais da área e referências regionais, todos eles aguardando os recursos necessários ao seu melhor custeio e funcionamento.

OS GASTOS PÚBLICOS OBSCUROS

Estes gastos estendem-se desde

aqueles simplesmente equivocados e/ou irregulares, sem dolo ou má fé dos dirigentes envolvidos, até aqueles outros de gritantes superfaturamentos (100 a 200 por cento acima dos preços de mercado) e outros graves desvios. Citaremos alguns exemplos, de fora e dentro da Saúde, úteis para reavivar a memória e reflexões. Para melhor aquilatar a magnitude dos gastos obscuros, experimente o leitor compará-los aos valores referidos nos itens anteriores, extraídos da execução orçamentária do MS e do OSS, e também aos US\$ 2 bilhões, recente e desesperadamente negociados pelo Governo e o Fundo Monetário Internacional (FMI), para nos serem repassados no decorrer de 20 meses. Lembramos ainda que a dispensa de licitação nas compras públicas, quando justificada legalmente e com sincero interesse público, é altamente desejável, mas tornou-se regra utilizá-la para acobertar enormes superfaturamentos e desvios dolosos. Aqui vão:

- US\$ 5 bilhões gastos em 1991, entre perdas de exportações e elevação das importações de grãos, incluindo a perda de 280 mil ton. de grãos 60 por cento apodrecendo e 40 por cento vendidas fraudulentamente nos armazéns alugados pela Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB).

- US\$ 2 bilhões de dívidas dos usineiros renegociadas por ato do Ministro da Economia e possibilitando nova linha de crédito, além de pagamento pelo Banco do Brasil, avalista, de Cr\$ 26 bilhões e outras dívidas.

- US\$ 7 bilhões e 700 milhões com incentivos fiscais desvinculados de qualquer projeto nacional ou regional de desenvolvimento, que deixarão de ser recolhidos pelo Tesouro Nacional em 1992: só a Zona Franca de Manaus deixará de recolher US\$ 2 bilhões e 500 milhões, sendo a região norte a mais beneficiada, seguida do nordeste (com os usineiros à frente).

- US\$ 14 bilhões acumulados nos 17 Fundos Privados de Pensão pertencentes a Estatais Federais onde os recursos públicos contribuem em média 2,5 vezes mais que os dos beneficiários, provendo-lhes uma "Ilha Sueca" de salários, aposentadoria integral, assistência à saúde, lazer, etc., excesso esse, que deveria ser recolhido ao Te-

souro Nacional. Não estão aqui incluídos os Fundos Privados de Pensões de várias Assembléias Legislativas, Congresso Nacional e Poder Judiciário, lastreados majoritariamente pelo Tesouro Nacional e Tesouros Estaduais.

- US\$ 115 milhões repassados pelo Ministério da Ação Social (MAS) ao Acre para obras de saneamento, com concorrência direcionada (Ago/91).

- Vazamento com especulação da suspensão dos registros de exportação do café em mar/91, quando um dos premiados ganhou US\$ 164 mil líquidos da noite para o dia.

- Cr\$ 90 bilhões e 745 milhões de compras superfaturadas de merenda escolar e derivados do leite pelo Fundo de Assistência ao Estudante / MEC (FAE).

- Cr\$ 200 bilhões ou mais de compras superfaturadas de tecidos e fardas pelos Ministérios do exército e da Aeronáutica, além da compra de 2 rebocadores pelo Ministério da Marinha com edital em Washington, excluindo os estaleiros nacionais.

- US\$ 14 milhões em contratos da TELESP, estatal federal, para obras nos Estados de São Paulo em 1992, com preços 60 a 90 por cento acima do mercado.

- US\$ 3 milhões de compras em concorrência pública da Petrobrás com antecipação dos três primeiros colocados em anúncio classificado.

- Presidência da Companhia Hidrelétrica do São Francisco e Direção da Empresa Themag Engenharia, ocupadas alternadamente pela mesma pessoa, enquanto a primeira mantém mais de 44 contratos de serviços com a segunda e inúmeras prorrogações, com pagamento médio mensal de Cr\$ 100 milhões.

- US\$ 1 milhão de gastos com desvios obscuros ou irregulares na LBA de Alagoas do atual Governo.

- Sucessivos contratos superfaturados com dispensa de licitação, de certas empresas de publicidade, pela chefia de gabinete da Presidência da República.

- US\$ 500 milhões de "custos adicionais" do metrô da Av. Paulista, quando comparado ao Eurotúnel, sob o Canal da Mancha, e as obras similares das mesmas empreiteiras, em outros países.

– US\$ 788 mil e 600 de aluguel mensal de nova sede e US\$ 4 milhões e 870 mil com a mudança da Eletropaulo, estatal paulista, em 1990. A sede antiga constava de 2 prédios alugados que foram devolvidos mediante Cr\$ 1 bilhão e 707 milhões de indenizações, multas e restaurações (aos preços de 1990), e o prédio próprio que foi entregue à OAS Empreendimentos para transformá-lo em “shopping center”, explorá-lo por 50 anos prorrogáveis, e iniciar o aluguel à Eletropaulo 3 anos depois, na base de 25 por cento dos alugueis das lojas. Na mesma época: compra particular de 22 imóveis, parte dos quais avaliada em US\$ 1 milhão e 600 mil, e 30 veículos avaliados em US\$ 175 mil e 500, pelo ex-presidente da Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL), Eletropaulo e Cia. de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), estatais paulistas.

– US\$ 110 milhões, o montante de contrato de importação, sem licitação, de variada lista de equipamentos didáticos para a USP, UNESP e UNICAMP, entre 1989 e 1990, sem consultá-las sobre as alterações e preços, comprovando-se posteriormente, preços entre 100 e 5000 por cento acima do mercado. Este contrato baseou-se em Protocolo de Intenções entre o Governo do Estado de São Paulo e o Consulado de Israel neste Estado, sem valor legal para essa finalidade, mas que albergou contratos que podem chegar a US\$ 415 milhões.

– US\$ 4 a 5 bilhões anuais é a estimativa de pagamento dos Benefícios, pelo INSS, de forma irregular e/ou fraudada, ocasionados pela ineficiência administrativa. Pelo menos 7 empresas estrangeiras vêm recebendo dividendos das fraudes contra o INSS, através de depósitos em contas bancárias de não residentes, o que vem sendo permitido pelo Banco Central.

– Cr\$ 5 bilhões para contrato sem licitação, para sinalização dos postos de atendimento do INSS.

– US\$ 55 milhões repassados pelo MS para construção de hospitais em 6 municípios da Bahia cujas licitações eram monitoradas pela construtora OAS que mantinha ligações com o programa Pró-Saúde daquele Ministério, e que sub-repassava para outras construtoras. Situações similares, incluindo a OAS, ocorreram com o mesmo progra-

ma em municípios de pelo menos 8 Estados, como RS, SC, PR, MG e RN, com superfaturamento médio de 100 por cento acima do mercado, sendo que no RN, Cr\$ 900 milhões (preços de ago/91) foram repassados pelo MS a 8 municípios, através de convênios com assinatura falsa do ex-Ministro da Saúde.

– Cr\$ 10 bilhões aplicados irregularmente pela CEME/MS em 1990. Cr\$ 2 bilhões e 169 milhões (preços de mai/91) gastos pela CEME para compra de 1600 litros de inseticida, valor este que corresponderia a 1.600.000 litros. Ainda em 1991, a CEME gastou US\$ 1 milhão e 75 mil, e Cr\$ 1 bilhão e 700 milhões em compras superfaturadas de 25 milhões de seringas e produtos de laboratório. Também em 1991, comprou irregularmente, 735 carros novos, alocados no Estado do Rio de Janeiro, parte destinada ao controle da dengue e a maior parte sem destino claro e previamente discutido com os escalões técnicos do MS e dos Estados e Municípios. Além disso, a CEME excluiu inúmeras vezes as indústrias nacionais e os laboratórios oficiais, a favor da importação de produtos idênticos ou similares por preços 3 a 7 vezes maiores.

– Cr\$ 18 bilhões do MS para contratar, sem licitação, empresa de consultoria (Masters) recém-criada, para acompanhar o projeto dos CIACs, cujo presidente da comissão de licitações era sócio da Masters. Outra empresa (Promon), contratada sem licitação, por Cr\$ 3 bilhões, pelo MS, para gerenciar o projeto CIACs, foi acusada de mau gerenciamento pelo arquiteto coordenador geral do projeto, que a seguir demitiu-se junto a outros 30 técnicos.

– Cr\$ 9 bilhões e 333 milhões (preços de ago/ a nov/91), da Fundação Nacional de Saúde/MS (FUNASA) para compras sem licitação e superfaturadas, de dezenas de toneladas de raticidas, inseticidas e outros produtos importados (com similares no Brasil), mascaras nebulizadoras americanas (não aprovadas para uso nos USA), 60 mil talhas de barro, 23.000 bicicletas, Primaquina (anti-malárico), 200 termonebulizadores e sistema telefônico. Posteriormente, mais 22.500 mochilas e 22.500 guarda-chuvas, sob os mes-

mos critérios.

– Cr\$ 30 milhões (preços de set/91) gastos com 6 quilômetros do tecido cretone, entregue na Santa Casa de Praia Grande quando a solicitação daquele hospital era do mesmo valor em medicamentos e outros produtos. Na ocasião, foram reveladas ligações de certas fábricas de tecidos a altos funcionários do MS. Outros hospitais, inclusive de grande porte passaram pela mesma situação.

– Cr\$ 500 a 900 milhões gastos pelo MS até nov/91, com aluguel, sem licitação, de 7 helicópteros de empresa paranaense para o combate ao cólera na Amazônia.

– Cr\$ 20 bilhões em compras irregulares de alimentos pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/MS (INAN).

– US\$ 219 a 283 milhões da Secretaria da Saúde de São Paulo, com licitação dirigida para a empresa Argentina Mipsa, ao final de 1990, para ser a única concorrente, com preços até 100 por cento acima do mercado, para construção de 3 hospitais em São Paulo.

– US\$ 29 milhões da Secretaria da Saúde de São Paulo, com licitação, em 1990, para compra de equipamentos hospitalares, mas que não foi efetuada na concorrente ganhadora, e sim em outra empresa, agora, sem licitação.

É fundamental termos presente, que neste leque de exemplos, algumas operações foram efetuadas, outras canceladas (parcial ou totalmente) e outras encontram-se sob inquéritos ou julgamento; assim como deve-se, a bem da verdade e da ética destacar que vários dirigentes públicos envolvem-se nestas situações com equívocos, irregularidades mas sem dolo e sem má fé.

É mais fundamental ainda, encararmos que no universo de centenas destas situações, na verdade, estamos diante de “pontas de iceberg” de uma outra face do mundo dos negócios com recursos públicos, extremamente grande, complexo e movido com personagens e mecanismos ocultos, às vezes inacreditáveis.

Além de contribuir decisivamente para a formação de boa parte da nossa elite, estes negócios financiam a triangulação dos setores empresariais mais atrasados e dependentes do Estado, com os setores mais atrasados e traido-

res da classe política, os primeiros financiando custosas campanhas eleitorais dos segundos, que eleitos, devolvem em triplo, em quádruplo, etc., através de concessões, subsídios, contratos públicos superfaturados, etc.

As sindicâncias, inquéritos e processos atingirão e punirão os maiores responsáveis? Abalarão as estruturas político-administrativas geradoras destes tipos de gastos?

O próprio Tribunal de Contas da União (TCU) revela 1.031 irregularidades da administração federal no 1.º semestre/91, predominando o pagamento indevido de serviços desnecessários e de preços superfaturados, 380 processos onde os 4 primeiros colocados são: MEC, Ministério da Infra-Estrutura, Poder Judiciário e MS. A própria Associação da Construção Civil, em seu 54.º Encontro Nacional, expediu a "Carta de Belo Horizonte" em abr/91, que denunciou a institucionalização da extorsão, com a imposição de ser entendida como normal, a elevação de propina de 15 para 30 por cento. Competente estudo do Eng. Israel J. Wainer, de Brasília, com base em desvios informados publicamente e não desmentidos, acima de US\$ 1 milhão, revelou um total de US\$ 8 bilhões e 224 milhões em jul/91 e US\$ 10 bilhões e 514 milhões em ago/91 informados publicamente na imprensa falada e escrita nesses 2 meses. A própria Procuradoria Geral da República abriu em 1991, 125 processos nas áreas do INSS, LBA, Presidência da República, MS e outros.

O conjunto de exemplos aqui citados remetem-nos novamente a hipocrisia e o cinismo da propalada falta de recursos para os programas sociais, dentre eles, o SUS. Pior ainda: os fundos sociais (FGTS, OSS, CEF, PIS e outros) são os mais atingidos pelos gastos obscuros. No caso do MS, mais do que a comprovação ou não de dolo, sob o ângulo ético e judicial, fica gritante, mais uma vez, o centralismo e o hermetismo das decisões dos gastos, verdadeiras doenças político-administrativas, terreno ideal para os grandes desvios. Por que não foi cumprida, nestes gastos, a Constituição e a LOS, que obrigam a descentralização do Sistema

aos Estados e Municípios, acompanhada de mecanismos de transparência e controle social dos planos e gastos? Excetuando os esforços reais e reconhecido desempenho e seriedade da Presidência do INAMPS na intensa e tensa busca da implementação do SUS, o MS acabou por demonstrar, na melhor das hipóteses, a mais bizarra incompetência gerencial, começando na própria sede, além da indisfarçável resistência em aplicar a Constituição e a LOS, e de lutar politicamente pelos princípios e diretrizes ali consagrados. Nesta altura, fica inequívoco o real motivo da incompreensão e da não assimilação pelo MS, do processo das conferências de saúde, cujas etapas municipal e estadual, com altíssimo grau de participação democrática, exigiram não só o cumprimento da Constituição e da LOS, como também identificaram importantes entraves e apontaram soluções técnicas, administrativas e políticas com elevada maturidade, no sentido de implementar o SUS.

A etapa nacional foi simplesmente sabotada e por fim adiada por prazo indefinido.

A POPULAÇÃO USUÁRIA

A pagadora perene dos desmandos e desvios perpetrados pelos que decidem em seu nome.

Continuamos mantendo percentuais de pobres e indigentes acima da média latinoamericana, segundo sério estudo da Comissão Econômica para América Latina (*) (CEPAL) em 1988, com base nos preços da cesta básica regional, onde figuramos com 40 por cento da população (60 milhões) na pobreza e 18 por cento (27 milhões) na indigência, e com estimativas indicando o agravamento dessa situação a partir daquele ano. Não podia ser diferente para uma sociedade onde metade da população economicamente ativa (por volta de 30 milhões) ganha menos de 2 salários mínimos mensais, segundo a Pesquisa

Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) e 40 milhões de brasileiros sobrevivem com renda mensal per capita abaixo de 0,5 salário mínimo. Em 1988, dos 45 milhões de habitantes das 21 regiões metropolitanas brasileiras, os que recebiam abaixo de 2 salários mínimos, gastavam 44 por cento da sua renda com alimentação. (Para comparação, os que recebiam acima de 30 salários mínimos gastavam somente 17 por cento com alimentação.)

São números que expressam extrema dor e sofrimento humanos, desde o nanismo por desnutrição ("gabirus") até a tragédia diária das invasões dos garimpeiros, esquadrões de extermínio infanto-juvenil e tantos homicídios "sócio-culturais" a que está submetida a maior parte da população desde as primeiras idades; agressão maior que guerra civil não declarada. Expressam as consequências humanas do não desenvolvimento do país, da desindustrialização ora em marcha e de uma das maiores concentrações de renda do mundo (Na América Latina, pior, só o Haiti).

Estamos na escalada inversa: queda dos salários reais — desemprego — autônomos de baixa qualificação e "estratégias de sobrevivência" (economia informal, mendicância, roubo, genocídio, etc.). Neste lado da distribuição da renda estão os 40 por cento mais pobres aos quais são destinados apenas 8 por cento da renda nacional, segundo a UNICEF, sendo que aos 10 por cento mais pobres, restam apenas 0,6 por cento da renda, segundo a PNAD-89. Neste quadro, com que legitimidade e consequência pode-se falar em direitos e cidadania? E há pessoas que conseguem persistir que existem somente "resquícios constrangedores de miséria (que é a falta do necessário) ou de pobreza (que é falta do supérfluo livremente escolhido), nas áreas capitalistas subdesenvolvidas", como relata o Sr. Presidente da República em "seu" artigo: O Modelo Econômico — Capitalismo Democrático, cujo conteúdo básico é a simples e compulsiva apologia do capitalismo.

No outro lado dessa distribuição, estão os 20 por cento mais ricos que concentram 63 por cento da renda, sendo que os 10 por cento mais ricos concentram 51 por cento (os 5 por cento mais ricos, concentram 40 por

(*) Órgão da Organização dos Estados Americanos.

cento). E não para aqui: as projeções indicam agravamento marcante desta situação. Segundo estudo comparativo com metodologia de trabalhos da ONU, os 20 por cento mais ricos do Brasil realizariam um "poder de consumo" 3 vezes maior que o correspondente dos 20 por cento mais ricos dos países da Europa Ocidental.

Esta concentração de renda, extremamente anti-social e desumana, é percebida hoje do ponto de vista do encolhimento do mercado interno de consumo, para praticamente a totalidade das pequenas e médias empresas, e recentemente também para as grandes empresas produtivas (excluídas as financeiras), que em enquete com as 500 maiores, ao final de 1991, elegeram (53 por cento) a concentração de renda com o principal problema nacional.

Outra enquete não menos importante, entre as 124 maiores empresas do Brasil, também ao final de 1991, revelou que ao mesmo tempo em que seu faturamento médio caiu de 54 por cento nesse ano, o lucro líquido aumentou em 2.100 por cento! Nenhum dado melhor para ilustrar que enquanto as pequenas, médias e maior parte das grandes empresas se inviabilizam com a recessão (vide as alarmantes taxas de desemprego; concordatas e falências), outras grandes empresas formam ou integram os oligopólios e cartéis, que aliados ao capital financeiro e a liberação dos preços, faturam menos compradores mas a preços muito maiores.

A desigualdade distributiva tão perversa em nossa sociedade reflete-se no setor saúde, que mantém praticamente desassistidos 22 por cento da população (33 milhões), assiste outros 55 por cento (82 milhões) através do SUS, sob vários níveis de qualidade, e outros 23 por cento (35 milhões) através dos serviços privados supletivos (Medicina de Grupo, Seguro Saúde, UNIMED, Autogestão e outros). Não por acaso, os 33 milhões desassistidos, somados a 2/3 dos cobertos pelo SUS (54 milhões), cuja origem social é a massa dos trabalhadores menos qualificados, desempregados, pequenos autônomos, etc., perfazem exatamente os 87 milhões de pobres e indigentes identificados no estudo da CEPAL.

Como e porquê chegamos a esta afrontosa e vergonhosa situação? — Certamente tem a ver com a forma semicolonial da nossa economia externa, com o domínio da aplicação financeira sobre o capital produtivo interno, com a ausência de um projeto (ou pacto ou pelo menos um referencial) nacional de desenvolvimento sócio-econômico, com o hermetismo das grandes decisões econômico-financeiras, sem controle democrático, inclusive das casas legislativas, etc. Acrescentamos aqui 2 agravantes:

a) No atual sistema tributário regressivo, o privilegiamento da tributação do consumo sobre a da renda, resulta no seguinte quadro divulgado por Ibraim Eris, que dispensa mais comentários:

Níveis Salariais	% dos Tributos Incidentes na Renda
Menos de 1 salário mínimo	36%
Entre 5 e 10 " "	24,5%
Entre 15 e 20 " "	22,7%
Entre 40 e 50 " "	20,5%
Mais de 100 ' "	13,8%

b) Ausência de políticas públicas eficazes, que possam atenuar os efeitos da concentração da renda, entre outros fatores, devido ao baixo orçamento público e subdimensão do nosso setor público, quando comparamos com países europeus ocidentais desenvolvidos, conforme ilustram os dados divulgados por Otaviano Helene, vice-presidente da Associação de Docentes da Universidade de São Paulo:

Países	% do Orçamento Público do PIB
Europeus	43% (média)
Brasil	24%
Irlanda, Itália, Bélgica, Hungria, Holanda e Israel . . .	Acima de 50%

CAMINHOS E SAÍDAS

A melhor busca de caminhos e saídas depara-se sempre com a definição das reais questões que ocorrem entre o quadro de desmanche proposital dos mecanismos e programas redistributivos e sociais das atuais políticas públicas, e o seu equacionamento, consonante com os direitos de cidadania. O trato destas questões exige uma abordagem do terreno complexo e movido constituído pela história e a atualidade das nossas políticas públicas, do Estado e das suas relações com a Sociedade. É neste terreno que devem ser buscados os caminhos, quase sempre ao caminhar.

Ousaremos esta abordagem no próximo artigo, mas o desmanche acima referido compromete-nos, ainda aqui, pontuar alguns "ganchos" e instigações, quais sejam:

A GESTÃO DA SAÚDE E O INTERESSE PÚBLICO

Os gestores, técnicos e agentes políticos do SUS e todos que lutam com consequência por um melhor Sistema de Saúde, estão redefinindo hoje o que é de interesse público e social com amplitude e aprofundamento muito além do Estado, exigindo para resguardo desse interesse, a participação pluralista de todos os segmentos interessados da sociedade, através das suas representações legítimas, no estabelecimento das prioridades, na gestão e avaliação dos serviços. Em todos os níveis: nacional, estadual, regional (quando necessário), municipal, e de cada unidade prestadora.

Exemplo bastante ilustrativo é a gestão dos hospitais, tanto públicos como os particulares filantrópicos. Por

que não pensar em romper a camisa de força da administração estatal dos primeiros e ampliar a participação na gestão dos segundos, com o objetivo de conferir aos dois, uma gestão realmente comunitária, com participação de todos os segmentos dos usuários, profissionais e empresários, das regiões das respectivas abrangências de cobertura, já que os dois são construídos e equipados com recursos públicos e comunitários? Que tal pensarmos em Conselho Comunitário de Gestão com caráter deliberativo sobre o "seu" hospital, e que além de melhor gastar os recursos atuais, poderia captar adicionais no Estado e na Comunidade?

Evidentemente, as respostas deverão considerar o planejamento regional de saúde minimamente competente, com definição dos papéis, metas e tetos de cada unidade ambulatorial e hospitalar, e infra-estrutura mínima, a começar de políticas de pessoal inovadas e modernas, com estímulos efetivos à qualidade, resolutividade e produtividade.

Por outro lado, há duas realidades:

a) Crescimento dos chamados sistemas supletivos privados (Medicina de Grupo, Autogestão, Seguro Saúde, UNIMED e outros), que atendem hoje por volta de 35 milhões de pessoas situadas nos estratos sociais médios para cima, com serviços em regra, de custos baixos e médios.

b) Os procedimentos da alta complexidade e custo, quase todos concentrados em Hospitais Universitários e alguns poucos de maior porte, cuja clientela, estimativamente provem em 80 por cento, dos sistemas supletivos. Como poderemos equacionar a implementação do SUS nestas realidades? Levantamos esta questão em 1989 no artigo "Dilema Estatística II" além de outros autores, com destaque aos trabalhos de Eugênio Vilaça Mendes. Novamente, antes da resposta técnica e política, é necessário inovar e pensar no pluralismo das representações da sociedade organizada, que irão definir estudos e alternativas nos fluxos mais desejáveis, de demanda e de financiamentos (incluindo ressarcimento), sempre em coerência com os direitos Constitucionais de cidadania, explicitados na Lei Orgânica da Saúde.

Os exemplos acima referidos podem e devem ser enfrentados desde já, mas

todos sabemos que sem haver um processo maior de democratização e reforma do Estado e de suas relações com a Sociedade, as atuais políticas públicas frustrarão impiedosamente as iniciativas estritamente setoriais. O sociólogo Luciano Martins de Almeida demarcou muito bem que o verdadeiro problema é "como conjugar nação com cidadania", o que passa necessariamente por "uma reformulação do modelo de desenvolvimento e por uma efetiva reforma do Estado". Não é demais lembrarmos que o Governo, nos últimos dois anos, centralizou e hermetizou o nível federal mais ainda, gerando de poucos gabinetes, objetivos e práticas de redução do Estado da forma mais confusa, intempestiva e incompetente, o que redundou em acentuada piora do papel do Estado e manutenção do seu inchaço, apenas revezando parte dos parasitas e dos sorvedouros dos recursos públicos. Não seria mais coerente, abrir as barreiras e práticas do poder, para a mais ampla participação da sociedade organizada e do próprio Poder Legislativo, para que o próprio processo de democratização do Estado vá definindo a sua reforma e o seu enxugamento?

HÁ PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS DE MODELO?

Em nome dos novos termos mágicos "Ajuste", "Desenvolvimento Sustentado" e "Estabilização", passamos, nos últimos anos pela maior paralisação do desenvolvimento da nossa história, com as taxas de juros bancários sempre acima das taxas de inflação, as concordatas e falências apontam a maior desindustrialização (50 por cento das empresas não financeiras com ações na bolsa tiveram prejuízo em 1991), os oligopólios e o capital financeiro dominam o cenário sob a complacência (e engajamento...) do Governo Federal, o poder aquisitivo da população cai com o arrocho salarial e a passagem de grande parte dos trabalhadores para a economia informal, com grande retração no mercado de consumo interno e consequente retra-

ção da produção, sendo esse mercado interno potencial, o "maior e inaproveitado trunfo do país", segundo o economista polonês Ignacy Sachs.

A fuga do capital brasileiro para o exterior já está estimada por volta do dobro da dívida externa (60 por cento da compra de imóveis em Miami foram em 1991 pessoas físicas e jurídicas brasileiras). Como se não bastasse, o Governo em seu projeto de reforma tributária, abole as limitações de exportação de capital da Lei de Remessa de Lucros, e no recente acordo com o FMI, compromete-se com aumento dos preços públicos também acima da taxa inflacionária, com a liberação de todos os preços no mercado, com a abertura para os produtos importados, com o não crescimento da economia brasileira pelo menos até o final de 1992, e a reduzir a inflação a 2 por cento até o final deste ano, além da interferência direta para que a DATAPREV revisasse seus cálculos que haviam indicado ao Tribunal de Contas da União, haver fundos mais do que suficientes para o pagamento dos 147 por cento dos aposentados. Em troca, míseros US\$ 2 bilhões emprestados em parcelas trimestrais por 20 meses, a serem interrompidas se não cumprirmos os compromissos, mais um possível aval do FMI para renegociar dívida de US\$ 52 bilhões com bancos credores.

Não precisamos ser economistas para constatar que o quadro antes e após o acordo com o FMI é de atirar o país na excludência do processo de desenvolvimento no mundo: Reduziremos a inflação com os juros bancários e preços públicos acima das taxas inflacionárias? Caso reduza, "Ajuste" de que contas? "Desenvolvimento Sustentado" por quem e para quem? "Estabilização" da inflação em que quadro sócio-econômico?

Cabe referir a ironia do industrial Ricardo Semler acerca dos US\$ 2 bilhões: "Já que aceitamos a esmola, vamos ao menos nos comportar como mendigos educados. Vamos arrochar um pouco mais os salários, quebrar um pouco mais de empresas, vender cargos de ministro e ver se a coisa melhora", ou a afirmação do industrial Emerson Kapaz (Coordenador do Pensamento Nacional das Bases Empresariais) "será

que ao final de um processo recessivo tão longo e tão antiético do ponto de vista social estaremos condenados a atingir a paz, mas aquela paz eterna que encontramos nos cemitérios, onde a inflação só importa nos preços dos jazigos? Apesar da deprimente estabilização da inflação a um custo social altíssimo, o ano de 1992 poderá incluir os seguintes fatores favoráveis:

– a redescoberta da capacidade de ação de uma sociedade civil articulada;
– mais de duas centenas de congressistas, milhares de deputados estaduais e vereadores comprometidos com valores democráticos;

– alguns Governadores de diversos partidos, unidos por uma postura ética modernizada e exemplar, e

– a consciência de que ninguém sozinho é capaz de encaminhar ações concretas de longo prazo em nível nacional”.

A DESCENTRALIZAÇÃO

Vemos a questão da descentralização como um processo democrático e organizacional, de devolução às várias instâncias de decisão e poder, das responsabilidades, competências e recursos que lhe é de legítimo direito. O que pode ser dito como aproximar as fontes de decisão, dos locais onde os serviços estão sendo prestados e geridos.

Os objetivos e resultados devem ser cristalinos: a obtenção de real eficácia, eficiência e resolutividade, e a real possibilidade de controle social e dos trabalhadores de saúde, sobre os gastos com a estrutura dos serviços e com o processo da produção das ações e serviços. Isto já vem sendo demonstrado na prática, com aquelas 3 a 4 centenas de municípios no país, que organizaram os Conselhos Municipais de Saúde, destinaram pelo menos 10 por cento dos seus orçamentos fiscais à saúde, melhoraram sua política de pessoal, adotaram e criaram mecanismos de controle e combate a desperdícios, e efetivaram toda transparência dos gastos com saúde, facilitando a informação e o controle social.

Alguns Estados (ainda poucos)

caminham nessa direção, mas ainda mais vulneráveis às mudanças de Governadores e Secretários de Saúde, do que os Municípios. É um processo em marcha.

O sentido oposto desse processo, é o centralismo ainda predominante no Poder Federal, que é o grande instrumento dos privilégios antipatrióticos e antipopulares apontados no Primeiro Capítulo (Desvios dos Recursos). Vários Estados reproduzem ainda o modelo centralista Federal, mas o seu conjunto já vem acusando mais sensibilidade para o processo descentralizador, que em última análise é transferência de poder de cima para baixo.

Impõe-se a redefinição dos papéis, responsabilidades e competências das três esferas, em benefício do cumprimento da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, que do contrário, continuarão sendo sabotadas.

O Conselho Projeto Brasil-Nação, um dos recentes movimentos desencadeados pelos “novos empresários”, elaborou um Projeto Nacional, em cuja exposição, efetuada pelo seu presidente, Jomazio Avelar, destacamos:

“o método é a descentralização política mediante reordenamento das atribuições das três esferas de Governo, combinado com reforma tributária que possibilite recursos a cada uma delas sem dependência de repasses de recursos”, e mais adiante:

“atribuindo responsabilidade a cada comunidade (Município) pelas soluções dos problemas e necessidades imediatas da pessoa humana, que afetam diretamente a cidadania, como a Educação, Saúde, Alimentação, Habilitação, Ecologia e outras, ficando a Educação como fulcro da estratégia da ampliação do mercado interno; a cada região (Estado) pelas soluções dos problemas da infra-estrutura material, ensino superior e saúde especializada; e à Nação pelas soluções dos problemas comuns, a Soberania, a Nacionalidade, a Moeda, a Justiça e a Defesa.”

Na atual conjuntura, na área da saúde, o maior desafio está em se obter um pacto das três esferas, de implementação da Constituição e da LOS, em torno dos pontos:

. Somar esforços contra a recessão, que incide impiedosamente sobre os valores reais destinados à saúde.

. Eliminação dos desvios históricos dos recursos previdenciários para cobrir outros gastos do Tesouro Nacional, e aplicação dos 30 por cento do OSS para o SUS.

. Combate aos desperdícios históricos no setor público e no privado contratado de saúde.

. Inclusão dos gastos de investimento em construções e equipagens nos planos de saúde, com toda a transparência ao Poder Legislativo, aos Conselhos de Saúde e à Sociedade.

. Revisão dos atuais mecanismos de transferência de recursos e demandas do SUS para os Sistemas Supletivos.

. Combate aos gastos públicos obscuros.

. Aglutinar no MS e no CNS o comando real do SUS ao nível nacional, rediscutindo o papel e o comando atual do INAMPS, incluindo as Coordenadorias Estaduais de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS (CCTC) que insistem diariamente em ressuscitar as Superintendências Regionais do INAMPS.

. Descentralizar as demais estruturas do MS (FUNASA, SNVS, CEME, Programas Verticais e outras), até hoje centralizadas e afrontando a Constituição e a LOS.

. Descentralização (Municipalização) e transferências de recursos próprios estaduais, unidades de saúde e pessoal aos Municípios, nos Estados que bloqueiam sem razão este processo, e

. Elevação dos percentuais dos orçamentos fiscais para saúde a pelo menos 10 por cento, nas três esferas.

Não é demais lembrar que a força política necessária à efetivação destes pontos tão óbvios, e um pacto entre as três esferas, reside na sua legitimidade, que só pode ser medida pela capacidade de pactuar com os respectivos Conselhos de Saúde, Poder Legislativo e com os interesses maiores da população.

O “antipacto” está bem ilustrado no posicionamento muito retrógrado do Sr. Presidente da República no “seu” artigo, Reforma Institucional, onde condena o “empobrecimento tributário da União em benefício dos Estados e Municípios”, quando, pelo contrário, o sistema tributário em nosso país está ainda entre os mais distantes de um sistema governamental mo-

derno, descentralizado e progressivo, existente nos países desenvolvidos e democráticos.

HÁ ESGOTAMENTO DO COMANDO DO INAMPS?

Apesar das circunstâncias externas e internas do MS, adversas a implementação dos aspectos mais óbvios e básicos da LOS e SUS, é interessante notar que justamente no INAMPS, a estrutura do MS com “menos história de Saúde Pública”, foi onde mais avanços se efetivaram, ainda que na maior parte foram cumprimento muito tardio de obrigações federais dos convênios das AIS e dos SUDS. É também interessante notar que a máquina inampana, representada pela sua área jurídica, de pessoal, dos elaboradores das Tabelas de procedimentos e pagamentos, pelo controle e avaliação, e o conjunto das CCTC, bloqueou ou distorceu os avanços, que acabaram por se efetivar através do esforço incessante e competente do ex-Presidente do órgão, Ricardo Akel, e um grupo de técnicos de confiança a ele ligados.

Abaixo seguem esses avanços:

1 – INAMPS: a única estrutura do MS que cumpriu – mesmo que parcialmente e com alguns mecanismos controversos – a Lei Orgânica da Saúde, especialmente quanto à estadualização e à municipalização de competências, recursos, PAMs, Hospitais e relações com o setor privado.

2 – Unificação dos valores das tabelas de pagamento entre os setores público e privado.

3 – Estímulo ao setor público como o Fundo de Estímulo à Municipalização (FEM), Fundo de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), Fundo de Incentivo ao Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), etc.

4 – Eliminação do Índice de Valorização do Desempenho Hospitalar (IVDH) com suas distorções e substituição pelo Índice de Valorização da Qualidade (IVQ) hoje em discussão.

5 – Criação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e Sistema de Informação Hospitalar do

SUS (SIH-SUS) para os prestadores públicos e privados, com perspectiva de respeitar o desenvolvimento dos SIA e SIH a nível loco-regional e Estadual de acordo com as realidades destes níveis.

6 – Racionalização dos procedimentos de alta complexidade (que foram penalizados pela diminuição do bolo, juntamente com o resto do sistema).

7 – A única estrutura que assumiu a “Tripartite”, a partir de nov/91, por conta própria, isto é, os técnicos mais responsáveis do INAMPS e do Planejamento Setorial do MS, junto aos técnicos do CONASS e CONASEMS, para, em conjunto, discutirem todas as questões da implementação do SUS, que dizem respeito por igual, às três esferas.

8 – A única estrutura que manteve em 1990 e 1991, diálogo permanente e com negociações concretas, com o CONASS e CONASEMS.

9 – Elevação do Repasse da Cobertura Ambulatorial (RCA) correspondente ao aumento dos valores das tabelas de procedimentos.

10 – Introdução na tabela de procedimentos, de novas atividades fundamentais, como as referentes aos modernos programas de atenção às doenças mentais e aos deficientes físicos e mentais.

11 – Formalização do compromisso e medidas de transição da atual forma dos repasses (por produção, incentivos e de investimento), para os repasses globais diretos e automáticos, previstos em lei, e sob vigência do planejamento ascendente aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde, expressos da Norma Operacional Básica-92.

É interessante ainda, registrar o número e a diferenciação das fatias do bolo dos repasses federais: RCA, Resíduo do RCA, FEM, AIH, IVQ, FIDEPS, FEGE, Pró-Saúde e outros. Pensamos que isto se deve a pelo menos duas questões:

1 – Definição prévia e central das prioridades da prestação de serviços, com base na série histórica de serviços comprados pelo INAMPS na rede privada e mais recente, na rede pública, em substituição ao planejamento e o orçamento ascendente. Em 1990 e 1991, a Presidência do INAMPS iniciou a inclusão de mais critérios, com base nas demandas canalizadas pelo

CONASS e CONASEMS, o que aumentou e diversificou o número de fatias.

2 – Como os valores reais do bolo dos repasses federais vêm caindo significativamente a partir de 1989, o que é agravado pela “desrepressão da demanda”; e o número de fatias vem aumentando a partir de 1990, estabeleceu-se a situação bizarra do bolo diminuir e o número de fatias aumentar ficando mais finas. Notamos que em 1991, o número de fatias e as peculiaridades de cada uma, passou a consumir considerável esforço e tempo dos técnicos e dirigentes estaduais e municipais, na disputa pelo seu repasse, sob um clima (ilusório) de que o número de fatias e as vitórias das disputas possam compensar o estrago produzido pela diminuição do bolo. Estaria aqui um segundo objetivo potencialmente presente: “ganhar tempo”.

Os 11 avanços acima referidos, nada mais que desdobramentos das AIS e SUDS, não puderam produzir impacto sensível, tanto na construção do SUS, como na saúde da população, devido à sua grande diluição e fragilização, sob o descomunal peso dos fatores negativos referidos neste e no Primeiro Capítulo. Nem mesmo a sua irreversibilidade está totalmente assegurada. Mas tiveram papel muito importante e intransferível como espaço de referência e esperança na construção do verdadeiro SUS, muito diferente do SUS sabotado e sucateado de hoje, que caminha no sentido de ser o SUS pobre destinado aos pobres, que são 80 por cento da população.

Felizmente, o novo Presidente do INAMPS, José da Silva Guedes, é um dos membros mais expressivos e sérios da geração que iniciou e sustenta a luta pela Reforma Sanitária e o SUS.

No próximo artigo retomaremos aos caminhos e saídas, ficando desde já registrada a colocação lapidar do competente e respeitável Ministro Adib Jatene:

“Só teremos o direito de oferecer o máximo a alguns na área de saúde, quando garantirmos o mínimo a toda a população.”