

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes

III SIMPÓSIO DE POLÍTICA E SAÚDE

7 a 9 de novembro de 2013

Contribuição para apoio ao Simpósio

Nelson Rodrigues dos Santos – 25.10.13

OBSERVAÇÃO INICIAL: Esta contribuição tem como base o recente esforço das entidades, incluindo o Cebes, seus dirigentes e membros, que lançaram em 7 de setembro de 2013 a conclamação “O movimento Saúde +10 e a luta pelo financiamento adequado do SUS”, e que participaram direta e indiretamente do II Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, da Abrasco, de 1 a 3 de outubro de 2013.

I. SUS: síntese de 25 anos de ganhos e perdas

GANHOS: Inclusão no novo sistema público de saúde de quase metade da população antes excluída ou sem acesso aos serviços públicos e privados. Grande acumulação de esforços e experiências, apuração de perfis profissionais, processos de trabalho em equipe, formulações teórico-práticas no âmbito da Atenção Básica – AB e Atenção Integral, incluindo a Saúde Mental, clínica ampliada e na almejada relação AB Serviços da chamada Média Complexidade – MC. Aclara-se a imagem – objetivo do modelo de atenção à saúde com base nas necessidades e direitos da população: AB Universal, de qualidade e resolutiva para pelo menos 80% das necessidades da população, e referência maior para a organização, funcionamento e avaliação de todo o sistema. Grande acumulação de experiência e estratégias na gestão Inter federativa (comissões Inter gestores) e na participação social (conselhos de saúde), com rica e tensa construção de novos papéis e percepção de distorções e responsabilidades, em andamento. Inclui a clareza sobre quais as condições mínimas necessárias à adesão e fixação dos profissionais de saúde incluindo os médicos junto à população para atuar na AB e interligações à MC, também nos “bolsões” de exclusão social. O mesmo, no âmbito da formação profissional e Educação Permanente: a acumulação de experiência se recomendações consistentes remontam os anos 80 e 90 como no caso da CINAEM, do esforço das diretrizes curriculares (MEC), da Norma Operacional de RH e das diretrizes para Planos de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (Conselho Nacional

de Saúde), e de alguns projetos de incentivos do MS como o Pró-Saúde, o PROVAB e outros.

Na superação dos entraves de lentidão, centralismo e burocratismo de atividades – meio, comprovadamente nocivos às atividades finalísticas para a população, amadurecem alternativas públicas de gerenciamento da prestação de serviços com autonomia gerencial e orçamentária, sob as diretrizes legais e as emanadas dos Conselhos de Saúde, das comissões intergestores e dos gestores. Estes e tantos outros esforços e acumulações propiciaram os recentes avanços legais como o Decreto 7.508/2011 e Lei 141/2012, que dispõem sobre a construção das redes regionalizadas de Atenção Integral à Saúde, os contratos Inter federativos de organização da ação pública de saúde, as Regiões de Saúde, o rateio equitativo dos repasses federais aos Estados e Municípios, o planejamento ascendente e participativo com prioridades, metas e custos, a deliberação pelos conselhos de saúde sobre as prioridades no planejamento ascendente e participativo, etc. Todas essas acumulações integram rico, penoso e complexo processo de resistência e avanços possíveis no desenvolvimento do humanismo com base nos direitos sociais de cidadania, solidariedade e possibilidade de democratização real do Estado, voltando-o para políticas públicas universalistas, processo esse que passa pelos movimentos sociais, pela produção e apropriação de conhecimentos, pelos conselhos de saúde e pelos gestores.

PERDAS: Nestes 25 anos, por meio de decisões político – administrativas concretas nos anos 1.990 (30% do OSS), 1.993(FP), 1.995(DRU), 1.996 (CPMF), 2.000 (VNP), 2.004 (PL 01/2003), 2.007 (PL 121/2007) e 2.012 (L. 141/2012),transparece a drástica dilapidação na orçamentação do MS imposta ao SUS pela real política pública de Estado: os resultados dessas decisões somados ano a ano revelam valor médio por volta de 3 vezes menor do que o que deveria ser destinado. Segundo dados da OMS, nosso per capita anual de recursos públicos para o SUS permanece bem abaixo do Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica, e seis vezes menor que a média dos 15 países com sistemas públicos de saúde mais avançados. Apesar do grande esforço municipal e estadual com médias nacionais de 21,5% e 12% dos seus impostos para o SUS, o saldo negativo do contundente sub-financiamento é a precaríssima rede física de UBSs (com pouquíssimas exceções), a ausência de várias centenas de UPAs, Ambulatórios de Especialidades com serviços diagnósticos e terapêuticos e Hospitais Regionais e respectivas equipagens, além da drástica insuficiência de profissionais de saúde, principalmente nas regiões menos desenvolvidas e acessíveis.Tal deterioração da rede própria pública, por sua vez gerou exacerbada terceirização: para o setor privado complementar (acima de 60% das internações e de 90% das diagnoses e terapias), para fornecedores privados de pessoal com grande precarização da gestão do trabalho (acima de 60%) e do próprio gerenciamento dos estabelecimentos públicos de saúde. A AB estabilizou-se em baixa cobertura efetiva e resolutividade, sem condições de

tornar-se porta de entrada preferencial no sistema, e a assistência de MC super congestionada no atendimento especializado eletivo com longas esperas e nas urgências com atendimento tardio, excesso de exames, de encaminhamentos e de prescrições medicamentosas, isto é, mais custos e desperdícios. E vai se dando continuidade à remuneração do setor privado complementar por produção, com tabela de procedimentos e valores que se antepõe à lógica do modelo de atenção previsto pelo SUS. O real modelo de atenção ainda predominante permanece mais sensível às pressões e interesses da oferta (indústria de bens na saúde, prestadores de serviços e profissionais especializados), sob a lógica do atendimento de demanda, e sob forte pressão do “moderno gerenciamento”, de alta produtividade. Os avanços conquistados referidos no item “GANHOS” deram-se e dão-se em acumulações no espaço de um “possível” que não vem conseguindo apontar para a mudança do modelo de atenção: a própria e notável inclusão social operada, deu-se sob a hegemonia do modelo da oferta, sob as bandeiras da Universalidade e da Descentralização/Municipalização, e com enorme dedicação dos gestores descentralizados e trabalhadores de saúde, que até hoje operam à exaustão. As “acumulações” positivas apontadas bateram no teto do sub-financiamento, precarização da capacidade instalada e gestão do trabalho, limitação da Lei da Responsabilidade Fiscal, ausência de instrumentos públicos eficientes no gerenciamento da prestação de serviços públicos, etc. Além desse “teto” cresce a visibilidade dos subsídios públicos diretos e indiretos ao mercado de planos privados, que equivalem hoje a mais de 30% dos gastos do MS e mais de 158% do lucro líquido declarado das empresas de planos privados de saúde. Completou-se adesão das classes médias e dos sindicatos dos trabalhadores formais, aos planos privados, sob a estratégia de a oferta gerar a demanda. Essa precaríssima infraestrutura, junto ao patrimonialismo, centralismo e burocratismo na gestão pública, vem fragmentando vários formatos de modelos assistenciais de acordo com as características e “importância” dos diferentes segmentos sociais, em interdependência com as coberturas dos planos privados fortemente subsidiados pelo Estado. Por isso impedindo a construção conjunta da Universalidade, Igualdade e Integralidade. A partir de 1.990 os interesses dominantes transformaram o Estado, basicamente em grande aparelho criador de mercado, com precedência dos direitos do consumidor aos direitos humanos e de cidadania, e moldando o atual perfil da demanda.

II. O SIGNIFICADO POLITICO E ESTRATÉGICO DOS 10% da RCB E NA DA RCL

Os 10% da RCB para o MS, apesar de ínfimo perante o volume dilapidado em 23 anos (encurta a distância porém mantém o per capita público do Brasil abaixo do Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica), pode contudo vir a ser o patamar para propiciar a retomada da construção conjunta do SUS, desde que haja participação da sociedade e

vontade política federal real, com metas e prazos pactuados e assumidos publicamente entre os governos nas 3 esferas, conselhos de saúde e os movimentos sociais. Seguramente, as valiosíssimas experiências acumuladas na AB, Atenção Integral, gestão interfederativa, gestão descentralizada e participação, apesar de hoje pertencerem ao "SUS real" e subalterno na resistência, poderão surpreender positivamente encurtando os prazos.

Mas a referida dilapidação e estrago estrutural produzido por 23 anos no rumo do SUS não nos permite ilusões de que abaixo dos 10% da RCB possa ser encontrado o referido patamar.

Os criativos defensores da base da RCL escamoteiam que é a RCB, mais estável por refletir a arrecadação real, e que cresceu em 65,5% de 2000 a 2012, tem potencial para o imprescindível suporte da referida retomada, ao contrário da RCL, mais vulnerável às oscilações econômicas, aos casuísmos de governos e que cresceu no mesmo prazo só em 56,6%. Escamoteiam também que 15% da RCL (hoje, 8,1% da RCB) foi a dotação para o MS em 2002, e que os 18,5% da RCL (hoje, 10% da RCB), será menos que 10% em 2019, final da implementação gradativa de uma das propostas aventadas. Sofismam com a gradualidade na implementação de 15% da RCL, e com substituição parcial ou total da porcentagem da receita, por partes das Emendas Parlamentares Impositivas e royalties do Pré-Sal (se aprovados), pelos gastos com o "Farmácia Popular", possível apresentação e aprovação de contribuição social especial, etc, o que significa escamotear a assunção do debate na esfera Federal, das prioridades orçamentárias da União, que Municípios e Estados assumiram com a EC-29 em 2000. Por final, vergam-se acriticamente ou disfarçadamente á prepotência do poder econômico-financeiro incrustado no Estado e retransmitem que não há recursos disponíveis no OGU. Essa submissão pode estar reduzindo a sensibilidade política de perceber que perante os movimentos e manifestações sociais e o processo eleitoral, o anúncio e compromisso público de medidas concretas no rumo constitucional de políticas públicas universalistas com base nos direitos de cidadania (com 10% da RCB para o MS), é passível de conviver com o controle inflacionário, e granjeará muito mais popularidade e eleitorado do que o sofisma surrado da governabilidade e estabilidade.

III. BUSCA DOS CAMINHOS DO RESGATE

Iniciamos pela possibilidade real de que as muitas centenas de milhares de trabalhadores de saúde que vêm nesses 25 anos operando a resistência e avanços possíveis, acumulando experiências, tragam dentro de si, reservas decisivas para a construção de nova hegemonia no sistema, incluindo níveis mais justos e coerentes de gestão do trabalho e de novos processos de trabalho. Estas reservas e essa construção, por outro lado, somente encontrarão consequência junto a outra possibilidade real, referente a comprovada insatisfação e inconformidade de grande parte da população consumidora de planos privados com a qualidade e acesso aos serviços de saúde

credenciados, insatisfação essa, aparentemente crescente. Qual a possibilidade real dos serviços públicos, pela AB de cobertura e qualidade crescentes e de atenção integral na região de saúde, com acesso mais garantido também crescente, serem assumidas como alternativa viável? A realização dessa imagem-objetivo simultânea em todo o território nacional é impossível, a começar pela base do financiamento público: mesmo que haja aprovação dos 10% da RCB a partir de 2.014, ainda estaremos abaixo dos 4 países latino-americanos já mencionados, e passaremos só de 6 vezes menor para 4 vezes menor da média dos 15 países já mencionados. Como os recursos aprovados em lei referem-se a um mínimo que pode ser acrescido através dos anos, esse acréscimo dependerá sempre da pressão da sociedade e priorização pelo Estado. Assim sendo, os 10% da RCB, perante todas as perdas impostas nos 25 anos, pouco repõe e pouca chance possui de produzir o impacto mínimo capaz de aglutinar população, gestores, trabalhadores de saúde e conselhos de saúde com o objetivo de obter o SUS dando certo, ao ponto de disputar com vantagem a adesão dos trabalhadores sindicalizados e segmentos das classes médias. Sem esse efeito-demonstração e mobilizador, na conjuntura e relação de forças que passamos, consideramos muito pouco provável que esse esforço seja um caminho com potência transformadora suficiente, ao lado de outros caminhos. Mas se tentarmos e conseguirmos na relação de forças, cremos ser muito potente. É necessário avançar ainda em 2013, na luta pelos 10% da RCB, não com o simplismo economicista de elevar a produção e desafogar a demanda, mas sim com a estratégia de retomar a construção de outro modelo de atenção e de política pública de saúde universalista no âmbito da Seguridade Social. Essa luta deverá avançar na conjuntura eleitoral de 2014 para a obtenção de pactos e compromissos, mas rompendo com as idealizações dos ciclos governamentais que a cada 4 anos vem gerando mobilizações/esperanças seguidas de desmobilização/desesperanças. Para tanto, nossas estratégias não devem postergar e sim encarar positivamente as fissuras e rupturas dentro da coligação e de cada partido da situação no governo. As estratégias da hegemonia privatizante neoliberal na contramão do disposto no Capítulo da Ordem Social da Constituição vêm avançando há 25 anos. Há quase 11 anos, justificadas pela "governabilidade", vêm neutralizando e cooptando os segmentos e tendências realmente comprometidos com políticas desenvolvimentistas e sistemas públicos universalistas para os direitos humanos essenciais. Na Constituição, os artigos 196, 197 e 198 (Princípios e Diretrizes do SUS), ao contrário de pautarem o art. 199 (Livre à iniciativa privada), vêm por ele sendo pautados.

Zeloso com a unidade no campo progressista na saúde perante os embates que já iniciaram, tomo a liberdade de lembrar que esse campo continua abarcando o "leque" político-partidário e de segmentos sociais que assumiu o governo nacional em 2003. Independente de desdobramentos atuais aventando um fim de "bipolaridade" ou de "ciclo", e ousarei mais adiante um comentário. Tenho a impressão de que esse "leque" nos leva hoje a três constatações:

- a) excluiu do campo progressista o núcleo estratégico e partidário que, entre 1990/2002 estruturou a financeirização dos orçamentos públicos, a dependência das commodities e a privatização das políticas públicas de infraestrutura e dos direitos sociais, tudo em nome da estabilidade econômica;
- b) introduziu a partir de 2003, novas estratégias com suporte social ampliado, de transferências de renda e inclusão social de grande impacto no mercado de consumo e mercado interno (SM acima da inflação, BPC, BF, etc), e
- c) conviveu (sinergicamente?) com a reprodução subliminar das estratégias implantadas no período anterior a 2003, também em nome da estabilidade econômica, agora acrescida da governabilidade.

Hoje vai se tornando insofismável que o desenrolar da terceira constatação, evidencia a predominância de forte privilégio do mercado na oferta e consumo dos serviços de saúde e demais setores ligados aos direitos sociais. E também evidencia crescente insatisfação dos movimentos sociais e opinião pública, junto à percepção de que um equacionamento justo e definitivo se realiza por meio de política pública universalista, com serviços de qualidade.

Uso agora, comentar sobre o potencial fim de "ciclo" ou de "bipolaridade", sob a ótica da nossa militância na Reforma Sanitária. Creio na potencialidade do campo progressista que assumiu em 2003 de formular/projetar uma guinada no rumo da construção do SUS, anunciando e se comprometendo publicamente com metas e prazos de cobertura e qualidade/resolutividade voltadas para os direitos de cidadania, e o mesmo para a estrutura do financiamento, gestão e participação; sem medo de perder governabilidade e estabilidade no governo, pelo contrário: ampliá-las significativamente. Ao contrário de tolher-se como refém de "bipolaridade" esgotada, o campo progressista está desafiado a mobilizar a acumulação que traz dentro de si para transcender seu próprio polo.

IV. METAS PROPOSTAS

Sete propostas concretas de metas para compromissos de Governo e de candidaturas, "amarradas" na construção do modelo de atenção de política pública universalista para direitos de cidadania, expresso em nossa CF/88. Implica como sabemos na simultânea desconstrução no modelo privatista segmentado vigente. Sabemos por isso que a vontade política para tal só pode evoluir com base em negociação de estratégias, metas e prazos dentro de mandato governamental e por mandatos posteriores, tudo com a maior transparência e participação.

1) Democratização/desprivatização, (republicanização) do Estado com reformas política, tributária, administrativa, etc.

2) Na saúde, assunção explícita e implícita com o modelo de atenção com base na implementação conjugada da Universalidade, Igualdade e Integralidade, com meta de AB universal de resolutividade acima de 80%, ordenadora das redes regionalizadas de atenção integral à saúde, e das Regiões de Saúde.

3) Efetivação do Planejamento Ascendente Participativo com base nas necessidades e direitos de toda a população, e com participação efetiva do Gestor e Conselho de Saúde no estabelecimento de prioridades e metas a partir dos custos e recursos disponíveis. As tarefas de avaliação e controle (institucional e social) deverão ser estendidas às entidades e movimentos sociais, diretamente pelos conselheiros de saúde e pela transparência das ações de gestão.

4) O gerenciamento da prestação dos serviços deve ser viabilizado com autonomia gerencial e orçamentária descentralizada aos estabelecimentos públicos de saúde de médio e grande porte, com incentivos ao cumprimento das metas quali-quantitativas de acordo com as necessidades e prioridades da população.

5) Financiamento federal mínimo: 10% da RCB da União, recuperação do OSS, extinção da DRU no OSS e revisão da limitação do pessoal na LRF. O investimento exclusivo nos estabelecimentos públicos deve implantar e qualificar as UBSs necessárias em todo o território nacional, além de mais 600 UPAs, 500 Ambulatórios de Especialidades com apoio diagnóstico e terapêutico, e 200 hospitais regionais. No custeio deve haver exclusividade para servidores e empregados públicos concursados, com carreiras que contemplem fixação dos profissionais necessários em todas as Regiões de Saúde, inclusive as menos desenvolvidas e acessíveis, tudo sob legislação nacional com diretrizes para concurso e carreiras, definidas às unidades federadas e aos consórcios públicos.

6) A compra de serviços complementares no setor privado deve substituir o pagamento por produção (tabela de procedimentos e valores), pelo cumprimento de metas quali-quantitativas previamente pactuadas de acordo com as necessidades da população e a implementação do novo modelo, com valores não inferiores ao custo. O conceito e a prática da complementaridade devem ser revistos no sentido de se tornarem efetivamente complementares e não o "centro" financeiro e programático do sistema, e a extensa rede de hospitais sem fins lucrativos de pequeno e médio porte deve ser efetivamente priorizada na implementação da Integralidade.

7) Novas fontes federais a serem efetivadas independente da meta dos 10% da RCB:

- Taxação das grandes fortunas, bebidas alcoólicas e tabaco,
- Redução gradativa dos subsídios diretos e indiretos ao mercado de assistência privada à saúde,
- Empréstimos do BNDES nos moldes dos realizados para a Petrobras e aos hospitais sem fins lucrativos sofisticados de grande porte,

-Parcela dos royalties do Pré-Sal,das Emendas Parlamentares Impositivas para a Saúde(caso passem no Legislativo), Farmácia Popular, etc, além dos 10% da RCB.

V. PROPOSTA DE CAMINHO

Propomos tomar a necessária implementação do Decreto 7508/2.011 e Lei 141/2.012 como ponto de partida de um caminho, reconhecendo de início, que a implementação das diretrizes da Regionalização está necessariamente atrelada à enorme heterogeneidade demográfica, epidemiológica, sócio - econômica, de capacidade instalada e sócio – política no território nacional, e por isso, também ao nível das estratégias e velocidades de implementação em cada região.

Sem prejuízo dos esforços de implementação das redes regionalizadas de atenção integral à saúde em todas as regiões de saúde no país, propomos que seja identificado um número de regiões de saúde representativas nas 5 macro regiões, que permita viabilizar no menor prazo possível, estratégias especiais para a referida implementação. O objetivo é o de demonstrar na prática a viabilidade da mudança do modelo da oferta para o modelo das necessidades e direitos da população, com universalização e alta resolutividade da AB, e acesso oportuno aos serviços especializados. Demonstrar, também na prática, o imprescindível debate democrático no território regional, do “padrão de integralidade”, com a finalidade de pactuar os limites da oferta de serviços de maior custo a partir das prioridades técnicas e sociais, no limite dos recursos públicos alocados. Esse padrão de integralidade deve cobrir as necessidades de atenção integral à saúde na região, de maneira a justificar a adesão ao SUS dos trabalhadores sindicalizados e das classes médias.

Nessas regiões de saúde escolhidas, o disposto no Decr. 7508/2011 e na Lei 141/2012 devem ter sua implementação estratégica intensificada: o mapa de saúde deve ser cruzado com o mapa dos segmentos populacionais expostos às principais situações de risco à saúde e da morbi-mortalidade registrada, e o planejamento ascendente com suas prioridades, metas e custos, debatido com os conselhos de saúde para deliberação e diretamente com as entidades e movimentos sociais. Simultaneamente e na sequência, o debate e deliberação sobre o mapa de investimentos e reinvestimentos na capacidade instalada predial e de equipamentos: unidades básicas, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento, laboratórios e hospitais regionais. São exemplos de alto retorno na relação custo-efetividade: cartão-saúde, prontuário eletrônico, agendamento eletrônico (consultas, exames e internações), acesso eletrônico aos resultados, e outros. Quanto à política de pessoal, o grande objetivo é o da desprecarização das relações e gestão do trabalho, e consequente adesão, participação e fixação dos profissionais de saúde. Todos os contratos de trabalho deverão ser públicos em regime estatutário e regime público

celetista com derrogações impostas pelo Artigo 37 da Constituição: concurso e outros processos seletivos públicos, estabilidade, carreiras, adicionais de desempenho e situações especiais, benefícios securitários e outros. Para as situações de impedimentos e dificuldades em municípios de menor porte, há a alternativa de contratação por consórcios públicos intermunicipais, desde que sob as diretrizes de alocação e perfil profissional pactuadas na CIT e CIB. No caso de municípios de pequena população e baixa capacidade de fixação permanente de profissionais, há a alternativa de rodízio de profissionais sediados em municípios-polo e subpolo mais próximos (duração mínima de 1 semana), sob diretrizes pactuadas na CIT, CIB e respectiva CIR. As atividades de Educação Permanente, além de assegurar elevação da qualidade e resolutividade no sistema de saúde, constitui importante fator de adesão e fixação dos profissionais, sendo por isso responsabilidade inabdicável da CIT, CIB e CIR para com os gestores. Quanto ao gerenciamento das unidades públicas prestadoras de serviços, deve ser público, preferencialmente na modalidade de autonomia gerencial e orçamentária, eficiente para a oferta oportuna de serviços integrais, desde que sob diretrizes pactuadas na CIT e CIB com base no Art. 37 da CF. Os repasses federais deverão ser automáticos globais perante o cumprimento quantitativo e qualitativo das metas pactuadas na CIR e Conselhos de Saúde.

Com o compromisso de implementar no mais breve prazo as recomendações aqui delineadas, pensamos que o número de Regiões de Saúde representativas para assumir o efeito-demonstração, deve variar entre 2 e 4 por cada macrorregião, isto é, entre 10 e 20 regiões de saúde, que deverão assumir o papel de efeito-demonstração e referência, pelo fato de serem escolhidas sob os critérios de maior viabilidade na implementação, com experiência acumulada, de representatividade e que para essa finalidade exija investimento adicional também viável. Acrescentaria que desde o início, com adequada comunicação social, a população da região deve ser continuamente informada e convidada a participar da possibilidade real do SUS regional “dar certo” para atender os direitos de cidadania na região. Na sequência, os esforços que já se iniciaram para a implementação das aproximadamente 400 regiões de saúde no território nacional, e as respectivas redes regionalizadas de atenção integral a saúde, poderão certamente, contar com resultados crescentes.

Quanto aos prazos e reais possibilidades, lembramos a estimativa de Ivan Coelho, que apesar de um tanto empírica e inicial, coloca ao final do seu excelente doutorado, a perspectiva de além do investimento prioritário na AB, o SUS e a população necessitam de mais 200 hospitais regionais, 500 ambulatórios de especialidades com apoio diagnóstico e 600 UPAs, e que, só para comparar, o investimento corresponderia a pouco mais que os empréstimos do BNDES à Petrobrás, com prazo de construção, de 8 anos. Além do empréstimo do BNDES, o SUS tem alternativas como os 10% da RCB, impostos sobre grandes fortunas, tabaco e bebidas alcoólicas, taxaço sobre altas movimentações financeiras e eliminação dos subsídios

públicos ao mercado dos planos e seguros privados de saúde e outras. É, portanto, possível. Assim sendo, passamos então para outro patamar de análise e militância, o da real política pública de Estado, da real prioridade da saúde na vontade política dos governos federais, das campanhas eleitorais de 2014 e seus financiadores/apoiadores, e dos movimentos sociais, incluindo os de Junho/2013.

Sem nenhum caminho realizável de retomada e avanço do SUS, o modelo da oferta vai se reproduzindo e consolidando, com o sistema público cada vez mais focalizado e compensatório aos pobres, e complementar aos planos privados, nos procedimentos sem interesse para o mercado de serviços de saúde.