

Dr. HERVAL PINA RIBEIRO — Eu realmente não diria que o Inamps está desenvolvendo um trabalho, por exemplo, no caminho em que se permitisse criar um dilema entre estatização versus privatização. Eu acho inclusive que neste momento, no País, esse é um falso dilema em relação à assistência médica e à assistência à saúde! Primeiro porque o peso da iniciativa privada, no que diz respeito à prestação da assistência médico-hospitalar, é excessivamente grande: em torno de 75% dos leitos hospitalares são privados. E eu nunca ouvi (isto eu tenho dito e repetido) nenhuma autoridade do Inamps, em outros ou neste momento, defender a tese da estatização desses setores! Consequentemente, a realidade de hoje — que não se diferencia, de certo modo, do que vem sendo realizado há vários anos — é no sentido de uma convivência entre o setor público que, afinal de contas, detém os recursos econômicos e financeiros porque detém a fonte arrecadadora desses recursos, a Previdência Social, no caso, e do setor privado, que realiza esses serviços numa proporção sabidamente muito alta.

Como eu digo, o papel do Estado é o papel de reordenar isso melhor, disciplinar, normatizar, fazer com que essas coisas funcionem de maneira mais adequada. Porque me parece que o diagnóstico está feito, quer dizer, a assistência médico-hospitalar, no que pese a existência de hospitais privados e de hospitais públicos de excelência, é uma má assistência médico-hospitalar, no Brasil! Isso genericamente colocado. Ora, consequentemente, se nós afastarmos o espectro dessa visão maniqueísta de "ou a estatização ou a privatização", nós vamos realmente repensar a questão. E, no meu entender, é a isso que se propõe o Inamps, hoje: é de estabelecer uma convivência entre o setor privado e o setor público, o setor que paga e o setor que tem a obrigação de prestar assistência, por si mesmo ou delegada, e o setor privado, a fim de dirimir e afastar esse espectro ou essa figura, essa fantasia em que alternativamente, por interesses que não vêm ao caso comentar, alguma das partes é bandido. Quer dizer, ora é o Inamps que não paga bem, ora o setor privado que fraudar, ora são os médicos que não atuam, que não fazem o seu papel e assim por diante. Eu acho que essa questão tem de ser superada. Nós estamos caminhando para uma sociedade mais moderna...

Essa relação madura passa obrigatoriamente por um fato que é verdadeiro: os hospitais estão sucateados. Não é possível permitir que isso aconteça! E a grande maioria é de pequenos hospitais, particularmente aqui no Estado de São Paulo, em que 39% dos leitos são de Santas Casas de Misericórdia, com números de leitos inferiores a cem em cada hospital, e que não pode acompanhar o desenvolvimento tecnológico. Isso é verdade também em grande parte da rede privada. Então o Estado tem de tomar a si esse conhecimento, porque é evidente que esse desenvolvimento tecnológico implica elevação de custos e o Estado tem de ter uma resposta adequada para isso.

Dr. ALOÍSIO FERNANDES — Acho que está muito na moda no Brasil, atualmente, se falar o que é dever do Estado e direito do cidadão. Eu acho que essa campanha está levando a uma colocação do problema que doutrinariamente é muito perigosa. Porque ao Estado cabe reger os encargos e fiscalizar a prestação de serviços. Se nós incentivamos a participação do Estado como responsável pelos serviços sociais, nós estamos incentivando o crescimento do Estado na realização desses mesmos serviços, isto é, nós estamos criando condições para que se instale um Estado mais poderoso, um Estado maior, isto é, nós estamos criando condições para estatizar. Porque nós estamos permitindo que a iniciativa privada raciocine que ela não deve participar dessas coisas porque isso é um dever do Estado. Não, não é; eu acho que é dever da comunidade. Vamos falar em saúde; saúde é um dever da comunidade, pois da comunidade se tiram os recursos e a ela retornam os serviços.

Porque o governo não produz riqueza de nada, ele simplesmente arrecada. Agora, ele arrecada tributos sob a forma de impostos, que são genéricos, e depois ele os emprega como quer, e as taxas e contribuições, que são específicas, estabelecidas por lei. Então eu acho que a obrigação, nas ações de saúde, é sempre da comunidade e cabe à iniciativa privada responder aos anseios e às necessidades que

SAÚDE: ENCARGO DO ESTADO OU PROBLEMA DO CIDADÃO?

**Representantes
dos hospitais particulares,
do Inamps e dos médicos
discutem o atendimento à
saúde. O debate prosseguirá nas
três próximas edições.**



a comunidade tem. Então quando a iniciativa privada atende aos anseios e às necessidades da comunidade ela cresce, ela é bem recebida porque ela resolve o problema da comunidade. E assim foram os hospitais no Brasil. Não é por acaso que os hospitais são maioria, no Brasil, têm a maioria dos leitos, detêm isso. Desde 1543, quando se fundou o primeiro hospital no Brasil — e acredito até que seja a empresa jurídica mais velha do Brasil —, que é a Santa Casa de Misericórdia de Santos. Isso foi assim porque herdamos como herança de Portugal, e desde lá tem sido assim até hoje. Porque o Estado deixou a responsabilidade à iniciativa privada, que ocupou esse espaço.

Seria extremamente lamentável que o Estado passasse a ocupar um lugar que hoje a iniciativa privada tem. Nós sabemos que o Estado sempre faz mais caro e pior do que a iniciativa privada, praticamente qualquer serviço, inclusive na área de saúde!

Nós achamos ainda que é muito importante que o Estado não participe ou participe o menos possível, principalmente na área de saúde, porque o usuário de qualquer sistema proposto, isto é, o cliente, é o indivíduo que vai determinar quais são as necessidades que ele tem e que ele deseja que sejam atendidas. E se o Estado participa ele tem sempre a tendência da generalização, de criar um plano único, uma solução só, enquanto em saúde nós achamos que devam ser múltiplas as soluções porque são múltiplos os problemas de cada usuário de qualquer sistema que nós formos capazes de criar.

Com, uma vantagem: nós achamos que, qualquer que seja o sistema para resolver os problemas de saúde, a última palavra cabe sempre ao usuário.

DR. NELSON PROENÇA — A questão encerra um forte conteúdo doutrinário... Como dentro de pouco mais de um ano nós estaremos vendo, na Assembleia Nacional Constituinte, o confronto de posições que aparentemente são antagônicas, mas, na realidade, não o são, acho que cabe uma definição preliminar que também tem um conteúdo ideológico. Eu acho que vão se antagonizar, nesse período que antecede à Constituinte, nela própria, duas posições que de certa forma estarão muito bem defendidas pelos que as sustentam: de um lado, os que desejam um Estado forte e de certa forma uma sociedade à qual cabe o papel de executora das decisões do Estado; de outro lado, os que desejam construir uma sociedade forte e que veem no Estado um instrumento para gerir os bens sociais que lhe são entregues, dentro de uma perspectiva global dos caminhos que essa sociedade indica que devam ser seguidos. Na verdade, nós vamos ter de tirar uma resultante, para que se construa uma Nação sólida, entre o dever da sociedade de assumir o seu papel no equacionamento e na execução das propostas sociais e de um Estado que não pode ser fraco, mas que tem de estar subordinado ao desejo dessa sociedade.

Eu acho, como o dr. Herval, que é um falso dilema colocar a questão em termos de estatização

ou privatização. Na verdade, nós precisamos responder a essa pergunta subdividindo a nossa resposta em pelo menos três partes: 1) quais os objetivos que se propõe alcançar na área de saúde (no caso, na área da assistência ao doente); 2) quais as estruturas que nós devemos mobilizar para poder alcançar o objetivo proposto; 3) como custear os programas que então forem estabelecidos.

Na primeira parte desse triplice equacionamento, eu diria que os objetivos a serem alcançados devem ser fixados pelo governo federal, naturalmente, com a audiência da representação popular feita através do Congresso. A nossa Constituição já diz que a política nacional de saúde deve ser estabelecida pelo governo federal. Eu acrescentaria: com a audiência do Congresso. O objetivo hoje me parece que é o de se construir uma rede ambulatorial e hospitalar à qual tenham acesso todos os cidadãos brasileiros. Portanto, deve-se construir uma rede universal no que se refere à população atendida. E mais ainda: acho que essa rede necessariamente deve estar hierarquizada; ela precisa com muita propriedade definir os objetivos a nível das atenções primárias à saúde, a nível das atenções hospitalares ou especializadas e, finalmente, a nível daquelas atenções que exigem uma medicina de alto custo. Este duplo objetivo — rede universal e hierarquização de serviços — me parece então que muito claramente deva ser definido pelo governo federal, com a audiência do Congresso e, portanto, da sociedade.

A segunda questão é quanto às estruturas. Aqui é que me parece impróprio antagonizar a estrutura assistencial tanto hospitalar como ambulatorial, que está sendo administrada pelo Poder Público, daquelas estruturas que estão sendo gerenciadas pela própria sociedade. Eu entendo que o Estado não é proprietário de nada; o Estado administra bens sociais. Mas a comunidade conserva em suas mãos um certo número também de bens sociais. Exemplo: a rede filantrópica, que tem no Brasil 1.400 hospitais. (Lembrem-se que a União, os Estados e os municípios juntos têm apenas 900 hospitais!) Então a comunidade conserva em suas mãos estruturas que ela prefere gerenciar diretamente ao invés de entregar ao Estado. E não há como antagonizar essas duas estruturas. Elas têm que ser integradas — e mais outras formas, além das filantrópicas, que igualmente têm um forte conteúdo de participação espontânea da sociedade.

Na terceira questão que levantei vem o custeio. Em termos de custeio, sempre alguém está pagando a conta. No caso das atenções à saúde é óbvio que uma rede universal hierarquizada terá de ter seus fundos recrutados a dois títulos: um, os próprios impostos, que irão assegurar o atendimento às populações carentes; e em segundo lugar, a título de contribuição previdenciária, portanto, um seguro que é feito pela parcela da população que pode arcar com esse seguro. Se a destinação de verbas através do orçamento e se a instituição do seguro, representada pela contribuição previdenciária, forem adequadas para cobrir as despesas resultantes da montagem de uma rede universal hierarquizada, então não há por que entender que deva o cidadão voltar a contribuir para obter os benefícios de um serviço de saúde para o qual ele já de alguma forma contribuiu, em princípio. A exceção é feita quando parcelas da população de maior poder aquisitivo criam níveis de exigência que estão fora e acima daquele sistema universal hierarquizado que é oferecido a toda população. Tais níveis de exigência implicam em tratamento diferenciado. Nesse caso, sim, eu acho que cabe ao cidadão arcar com o custeio disso.

JT — No relatório — "O Inamps na Nova República" — dois dados parecem fundamentais na questão Saúde. Em primeiro lugar, sobre as consultas ambulatoriais, no Brasil: o relatório diz que há uma oferta ociosa de 44%, na hipótese de o serviço funcionar durante três turnos de quatro horas, e no mínimo de 15% no caso de funcionar em dois turnos; em segundo lugar, no caso das internações, diz que a hipótese mais otimista de plena utilização apresenta ociosidade de 24,4% e, na menos otimista, de 43,3%. O "Inamps na Nova República" diz que há 50 mil médicos ociosos no Brasil e 15 mil leitos, enquanto a Federação dos Hospitais fala de uma necessidade acima de 150 mil leitos, nos dias de hoje! Como é que podem ser analisados esses dados?

HERVAL — Eu trabalho muito mal nos números; eu vou trabalhar nas teses. Uma pergunta que eu faria é a seguinte: essa ociosidade se refere à ociosidade do setor público ou do setor privado?

JT — Está no relatório "setor público".

HERVAL — Pois é, setor público. Então vamos por partes. Primeiramente quero lhe dizer, de antemão também, que essa ociosidade é grande no setor privado. Pelos dados que nós temos, existem no Brasil aproximadamente 500 mil leitos. A necessidade de leitos para a população é variável em função das patologias. Por exemplo, estima-se que a necessidade na área psiquiátrica seja de um leito por mil habitantes; em outras áreas é de dois e qualquer coisa. Aceita-se em média uma necessidade de dois leitos ou dois e qualquer coisa para mil habitantes, digo, 2,7. Ora, pensando assim nós estamos com uma ociosidade de quase 45% de leitos, leitos pertencentes à rede privada, e esse é um fato grave!

Consequentemente, quando se falar de ociosidade precisa se ter cuidado, porque é sabido que essa ociosidade não é distribuída uniformemente, ou seja, esses leitos não são distribuídos uniformemente. Nós temos uma concentração de leitos muito grande. Por exemplo, em Santos nós temos uma oferta de leitos muito grande em relação ao número de habitantes; nós temos aqui na área de um perímetro de aproximadamente 20 quilômetros do centro de São Paulo uma concentração de leitos enorme; no eixo da Paulista, por exemplo, nós temos uma concentração de leitos enorme — enquanto que na própria Grande São Paulo tem gran-

des vácuos de leitos, enquanto que no Nordeste a escassez de leitos é enorme e absoluta! Então quando nós falarmos na questão de leitos, de ociosidade e falarmos de ociosidade de leitos públicos, o fato mais grave que deve ser salientado não é dos leitos públicos sabidamente insuficientes, porque esses leitos públicos chegam a ser em torno de cento e poucos mil leitos. E na ociosidade também do setor privado, que é grande.

Em relação à questão da ociosidade de leito público, que tem sido muito comentada, é uma coisa que tem partes. Se eu tenho uma política de Estado em que eu jogo todos os recursos públicos para estimular o setor privado e fazê-lo crescer, e eu inclusive trabalho em cima de uma série de parâmetros que permitem que eu faça tudo em termos de serviços e contratos e não faça nada em termos de setor público, consequentemente eu vou ter uma carência de pessoal, uma escassez de material, de reposição de material que pode chegar até a inviabilizar o setor público.

Vamos pegar o Hospital Darcy Vargas. É um hospital com duzentos e poucos leitos, um hospital modelar no seu aspecto físico, na sua planta, na amplitude dos seus centros cirúrgicos e, no entanto, eu estou lá com um andar inteiro com cem leitos ociosos. E por que os tenho ociosos? Por que eu não tenho o cozinheiro, eu não tenho o auxiliar, eu não tenho enfermeiras.

JT — Pelo relatório estão sobrando 50 mil leitos.

HERVAL — Mas não aqui em São Paulo, não é o caso de São Paulo. Há uma escassez quase absoluta! E aqui se concentra a maioria de médicos do País. Nós estamos com quase 50 mil médicos, aqui em São Paulo, dos quais apenas 10% pertencem à Previdência Social. Então não é o caso de haver ociosidade de médicos aqui e muito menos de funcionários. Ora, por que isso acontece? Acontece o seguinte: porque você tem uma política de restrição do crescimento dessa área. Eu quero saber o seguinte: em São Paulo eu tenho muito poucos funcionários no Inamps; não tenho cozinheiro, não tenho nada. Tanto assim é que muitos dos serviços que fazemos são serviços comprados de terceiros.

Então eu perguntaria: essa ociosidade é uma ociosidade em decorrência, digamos, da natureza de ser público ou de uma política que se fazia para o setor público e que era justamente para fazer com que não funcionasse?

ALOÍSIO — Eu não acho que exista ociosidade. Não sei de onde os dados foram tirados nesse trabalho que está aí. ("O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA").

Quero primeiro expor o ponto de vista doutrinário. Como o dr. Herval disse, vamos falar em doutrina, que é o aspecto mais importante. Eu acho que se gasta muito pouco com saúde, no Brasil, e acho que todos nós concordamos com isso; o que falta são os recursos. Enquanto nos Estados Unidos, em 1977, se gastava em saúde 10% do Produto Nacional Bruto, na Suíça 9,5, na Bélgica 8, na Suécia 7,5, no Brasil se gastava 2,36%! Isso em 79. Agora são três pontos qualquer coisa.

HERVAL — Posso lhe dar uma ajuda? Pelos últimos dados da Seplan, em 1984 estava-se gastando 3,9%, 4%. Ainda é pouco.

ALOÍSIO — Também concordo. A segunda coisa. Nós falarmos que existe excesso de leitos, portanto, leitos ociosos e excesso de médicos, portanto, médicos ociosos é um absurdo. Porque em 78 nós tínhamos na Suécia 66 pessoas para um leito, na Rússia 83, no Japão 95, no Canadá 108 e no Brasil 264.

A população por médico dos mesmos países: nós tínhamos 580 habitantes por médico na Suécia, 299 na Rússia, 849 no Japão e no Brasil nós tínhamos 1.648. (Fonte: "Statistical Yearbook" — 1978). Nós vamos verificar que estatisticamente nós estamos muito mal, quer dizer, faltam leitos e faltam médicos, mas, mais do que tudo, faltam verbas para isso.

Eu não sei de onde o dr. Herval tirou ou quem fez esse relatório, que diz que existem 50 mil médicos ociosos. Muito pelo contrário.

HERVAL — Mas eu não falei isso.

ALOÍSIO — O relatório do Inamps diz que existem 50 mil médicos ociosos. Por um motivo muito simples: são justamente os hospitais do governo aqueles que têm maior número de médicos por paciente internado. Nós temos no Hospital das Clínicas 6 mil médicos para 2 mil leitos! Então nós temos um excesso de médicos para atender a um número de doentes naquele hospital e no resto do Brasil todo está faltando realmente médicos.