

REVISTA SER MÉDICO

Edição 27 - Abril/Maio/Junho de 2004

DEBATE

O perfil da assistência à saúde no país

REGULAR OU GERENCIAR? EIS A QUESTÃO

O sistema de saúde do país vem passando por grandes transformações nos últimos 20 anos. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão dos convênios modificam, gradualmente, o perfil da assistência prestada.

A ação dos hospitais filantrópicos recrudescceu ao mesmo tempo em que as organizações do terceiro-setor apareceram como alternativa de assistência e de gestão. O papel do Estado na política de saúde ainda não está definido e nem organizado de forma satisfatória, além de suscitar numerosas divergências. Para discutir esse assunto, Ser Médico convidou o ex-ministro da Administração Federal e Reforma do Estado no governo de Fernando Henrique, Luiz Carlos Bresser Pereira, o ex-deputado federal e ex-secretário do PT, Plínio de Arruda Sampaio, além de seu filho, o economista e professor Plínio de Arruda Sampaio Filho, e a médica e professora Ana Maria Malik. O debate foi coordenado pelo diretor de Comunicação e conselheiro do Cremesp, Nacime Salomão Mansur.

NACIME. Na visão dos senhores, qual é o papel do Estado como regulador, provedor e gestor do sistema público e privado de saúde? E qual é o papel do terceiro setor na gestão da saúde?

BRESSER. Como regulador, o Estado tem o dever constitucional de garantir a saúde pública gratuita e universal a todos. Mas ele não tem as verbas necessárias para isso – ou porque os cidadãos não têm tantos recursos quanto o desejável ou porque não estão dispostos a pagar todos os impostos – daí a existência do sistema privado, que é uma distorção, mas é um fato. Dentro desse processo, o Estado possui o Sistema Único de Saúde (SUS), que considero um avanço. Quando foi criado em 1988, o SUS não tinha financiamento e estrutura para começar. O Instituto da Previdência rapidamente precisou de todos os recursos e deixou a Saúde à míngua. Entre 88 e 95, o setor viveu uma espécie de caos. O Adib Jatene, quando chegou ao Ministério em 95, percebeu a situação e saiu diretamente em busca de recursos junto ao Congresso e ao presidente.

Ao mesmo tempo, eu e o José Carlos Seixas, que era seu vice-ministro, desenvolvemos uma estratégia inicial usando a experiência da Inglaterra, Espanha e dos países escandinavos. Eles têm um sistema eficiente de organização da saúde, que separa a oferta da demanda e distribui recursos aos municípios de acordo com a população. Em grandes municípios, como São Paulo, são os distritos que recebem os recursos. Estes podem contratar hospitais do próprio distrito ou de fora, dependendo das especialidades, para que haja um sistema de concorrência e para ver quem serve melhor o cidadão. O sistema de triagem pelos postos de saúde está sendo aplicado aos poucos no Brasil, graças aos recursos, afinal, conseguidos e à reorganização eficiente, que começa a dar frutos.

Aqui na Capital, pouco a pouco, estamos conseguindo implantar as propostas do SUS. Em termos de ofertas e responsabilidades, o Estado e o município, se não estão totalmente integrados, caminham para isso.

NACIME. A gerência da saúde pública tem que ser, necessariamente, estatal? Há espaço para a participação da iniciativa privada e do terceiro setor?

PLÍNIO. Há uma diferença importante entre uma empresa com fins lucrativos e uma organização social. Não sei se é saudosismo, mas havia mais dedicação quando tínhamos hospitais e Santas Casas geridas por freiras, por grupos evangélicos ou espíritas. O Estado pagava certa quantia por doente e funcionava, aparente e razoavelmente, bem. Em questões que envolvem o cuidado humano, o Estado não é bom provedor, mas a empresa privada também não. A empresa tem que lidar com o lucro e, o Estado, com o funcionário público, que nem sempre é uma pessoa devotada ao doente, que precisa de afeto e carinho. Mas a responsabilidade cabe ao sistema público.

NACIME. Em uma instituição complexa como um hospital – que tem lavanderia e cozinha industrial, por exemplo – é possível melhorar a qualidade e a produtividade mantendo os mesmos mecanismos estatais de controle como a licitação e os concursos públicos? É possível desenvolver políticas de recursos humanos com essas amarras?

PLÍNIO Fº. Defendo que o Estado deve ter um corpo de pessoal permanente dedicado à saúde. Para tarefas efêmeras ou circunstanciais, eventualmente, pode convocar um corpo funcional não estatal. Dentro do contexto geral do país, há uma espécie de unanimidade em relação ao SUS, então o modelo é bom. Mas a saúde da população está cada vez pior, os indicadores melhoram a passos pequenos. Quando falamos da saúde do pobre, temos que considerá-la um direito e cabe ao Estado organizá-la. Mas não há dinheiro porque, como disse o professor Bresser, as pessoas não estão dispostas a contribuir com mais impostos. Isso é relativo.

Nossa carga tributária é enorme, mas gastamos quase um terço dela para pagar apenas os juros da dívida pública. Organizar e gerir o sistema de saúde é complexo e um dos elementos fundamentais são os recursos financeiros. O Brasil também vive uma crise profunda que já dura duas décadas; a economia está praticamente estagnada desde 1981. Essa crise é geradora de doenças, porque aumenta o desemprego, paralisa os investimentos em infra-estrutura de saneamento básico e no campo social.

BRESSER. De fato, o país está estagnado devido a uma crise e a políticas equivocadas em relação a taxas de juros e de câmbio que permanecem até hoje. Mas houve grande progresso na área de política social. Entre 1980 e 2000, a renda per capita brasileira cresceu 8.5%, o que é ridículo. Nesse mesmo período, a taxa de analfabetismo caiu de 36% para 15%, a de mortalidade infantil de 30% para 16% ou algo equivalente e o custo de vida aumentou de 62% para 70%.

PLÍNIO Fº. Mas se compararmos esses indicadores com os de Cuba, que é uma economia muito mais pobre, a ineficiência da nossa gestão em saúde fica evidente.

BRESSER. Claro que há ineficiência, não estamos discutindo isso. Nesse mesmo período de 1980 a 2000, o gasto social per capita aumentou 43,4%. Em 20 anos não é nenhuma

maravilha, é menos de 2% ao ano. Mas é uma maravilha se comparado ao crescimento de 8% da renda per capita. Isso demonstra que o governo gastou mais dinheiro na saúde e no social, aumentando a carga tributária que também usou para pagar juros miseravelmente. Também indica que a tese conservadora de que todo o dinheiro que se gasta no social fica com a burocracia é falsa. Claro que há ineficiência e que algo fica na burocracia, mas a política de repassar os recursos – como os do SUS – direto para o município, vem melhorando substancialmente a utilização do dinheiro.

NACIME. O Brasil gasta 100 dólares per capita em saúde. E gasta mal. Daria para melhorar a utilização desses mesmos recursos? O que poderíamos observar, no sentido de apresentar soluções no aspecto gerencial da saúde?

BRESSER. Estou de acordo com o Plínio, o pai, a respeito da provisão do serviço de saúde. Tem de ser universal e feito por meio do Estado, representando a população. O ideal seria que esse serviço fosse oferecido por organizações sem fins lucrativos, mas autônomas e competitivas. Não há razão para ter médico, enfermeira ou músico de orquestra sinfônica como funcionário público. Não são tarefas exclusivas do Estado, porque não envolvem o poder do Estado. Mas não devem ser realizadas pelo setor privado. Tenho horror a pensar em lucro quando estão cuidando da minha saúde, de minha mulher ou de meus filhos. Há funções que só servidor público e político, quando eleito, podem fazer. Mas não incluem, necessariamente, a prestação de serviços.

PLÍNIO. Não sou técnico e tenho que falar com muito cuidado, mas tive uma visão excelente da experiência da Rede Sarah de Hospitais, fundado pelo Dr. Campos da Paz. É mais filantrópico e procura cumprir o Juramento Hipócrates.

BRESSER. Eu conheço os hospitais do Dr. Campos da Paz, realmente prestam um serviço de primeira, mas custam caro e não têm nenhum controle. Todos os ministros que assumem a Saúde ficam indignados porque os custos daqueles hospitais são altíssimos e eles não têm a menor condição de controlá-los. A Rede Sarah tem tanto poder junto aos políticos de Brasília que tudo se paralisa.

PLÍNIO. O senhor acha que podemos ter saúde barata? Saúde é cara.

BRESSER. É impossível ter um sistema de saúde eficiente e relativamente barato – com qualidade muito boa, mas com o menor custo possível – sem ter um sistema competitivo e administrado por organizações do terceiro setor.

PLÍNIO Fº. É curioso que na hora de montar um sistema o senhor buscou a experiência inglesa. Mas Cuba, que não é um país rico, com certeza deve ter um sistema heróico em termos de gestão. Seus indicadores das condições de saúde da população, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida são muito superiores aos do Brasil. E Cuba não recorreu à terceirização. Não sou contra os serviços das Santas Casas. Mas o Estado deve ser responsável pela assistência à população. Se puder contar com a contribuição de organizações sérias, ótimo, desde que não obtenham lucros em hipótese alguma, sejam fiscalizadas e transparentes.

BRESSER. Cuba tem o mesmo sistema distrital que proponho, igual ao inglês e ao holandês. A diferença é que a provisão dos serviços não é feita diretamente pelo Estado.

PLÍNIO Fº. Talvez o modelo mais barato seja uma opção pela medicina preventiva, que não é exatamente o nosso caso. No conjunto das ações sociais, não estamos atuando sobre as causas dos problemas, mas correndo atrás dos problemas.

ANA MARIA. É fundamental separar os atos de saúde. Ao trabalhar as necessidades da população, aumentando sua expectativa de vida, aparecem outras que não haviam antes. Isso deixa de ser barato. Quanto mais tempo se mantém a pessoa viva mais caro será dar-lhe assistência. Em função da promoção da saúde e da prevenção de doenças, a medicina preventiva transforma-se em algo caro.

PLÍNIO. Esse é o paradigma da medicina. Existem formas curativas mais baratas, por exemplo, a homeopatia. Há também todo o peso da indústria que desenvolve máquinas. Se você for a um hospital e a tomografia não for a de última geração, não serve. Cada exame é mais caro que o outro, são máquinas complicadíssimas. Estamos passando a idéia de que a alternativa única é o Einstein. O Brasil não pode oferecer um Einstein para 160 milhões de pessoas. Mas isso quer dizer que vamos deixar que uma parte seja atendida pelo Einstein e a outra não? Qual é a democracia disso? Esse é o desafio.

BRESSER. O desafio fundamental é que o SUS seja capaz de, gradualmente, ampliar seu atendimento e não diminuir. Porque o convênio de saúde é uma solução de pé quebrado, adotada pelas empresas e, depois, pela classe média, dada a ineficiência do sistema público. Eu espero que todo o objetivo da política de saúde do Brasil seja fazer um sistema público universal, com nível adequado e bom.

NACIME. Professora, comparada à experiência do Dr. Campos da Paz, São Paulo deve ter uns 15 hospitais administrados por organizações sociais, por contrato de gestão em que o Estado assume o controle da oferta. O que a senhora acha desse modelo?

ANA MARIA. Esse é um modelo em teste. Na Fundação Getúlio Vargas, nossa linha de pesquisa de pós-graduação da área de gestão em saúde trabalha algumas visões sobre os modelos alternativos e esse mostra mais eficiência e algumas características que deram certo em São Paulo. Em alguns Estados não deram tão certo porque foram aplicados princípios diferentes. Mas o fundamental, e que está preconizado nesse modelo, é o controle social. Sem ele fica complicado. Todo o sistema de saúde deveria ter mais condição de prestar contas e de interlocução com a população.

BRESSER. Chegamos a um estágio em que a população não quer correr desnecessariamente, mas também não quer ficar prejudicada com sua saúde. Precisamos de um bom sistema de triagem, de forma que não se gaste à toa, seja em exames clínicos ou cirurgias. Atualmente, existe uma indústria de cirurgias. Tem muito cirurgião que em três tempos recomenda cirurgia. Na Inglaterra e Holanda, além dos postos de saúde, a população tem o médico de família que se credencia junto ao distrito de saúde, podendo ter 999 pacientes, no máximo. O habitante daquele bairro escolhe ou o centro de saúde ou um desses clínicos. Se escolhe um desses médicos, ele passa a receber remuneração por esse paciente. Esse médico também faz a triagem, é controlado e comparado aos outros profissionais em padrões de desempenho, de custo do paciente etc. São sistemas que dão resultado. O sistema inglês gasta quase um terço menos do que os Estados Unidos e um pouco mais da metade do que a França.

NACIME. Qual é o seu conceito de controle social e como podemos qualificá-lo?

PLÍNIO. A idéia é que seja feito por representantes da comunidade, não é? São nomeados conselheiros, que têm direito a verificar a contabilidade, etc. Mas já fui conselheiro dos hospitais do Dr. Campos da Paz, junto com o Antônio Carlos Magalhães e o Jarbas Passarinho. Eu, que não sei nem dar uma injeção, chego lá e alguém me explica, com sua competência, que precisa comprar uma máquina fantástica que vai ajudar os meninos. Eu não consigo objetar! Então, compra isso, entendeu? O modelo de controle social tem que ser muito mais, ter representantes da comunidade, mas também técnicos externos para fazer um contraditório na verificação. Esse conselho de administração que aconselha de um lado só não tem condição de fazer isso.

PLÍNIO Fº. É difícil pensar no controle social num país autoritário como o nosso. Isso não pode ser uma fachada. O controle social tem que ser combinado entre o Estado e a população. Deve ter um promotor público como advogado do cidadão, com autoridade para intervir. Da mesma forma que existe a Promotoria da Infância, poderia haver para coisas específicas, como a saúde. O movimento social também não pode servir de clientela para politicagens, tem de estar protegido institucionalmente, com poder de denúncia e intervenção para exercer a sua fiscalização. Na periferia de São Paulo existem vários; o movimento de mulheres, principalmente, é muito ativo na luta pela saúde porque querem que os filhos tenham uma assistência minimamente digna.

BRESSER. Estou de acordo. Os movimentos sociais devem ter apoio do Estado e de seus recursos, como meio de fazer o controle efetivo. Esse é um dos três contornos novos, e fundamentais, da reforma na gestão pública. Os outros dois são: administração por resultados com contratos por gestão; e competição administrada por excelência.

ANA MARIA. Os movimentos sociais foram e são importantes, inclusive obrigam o sistema de saúde a evoluir. Nos últimos anos, o SUS tem reforçado a formação de conselheiros. As Faculdades de Medicina estão dando cursos para conselheiros municipais e estaduais. Essas pessoas sabem o que é o SUS e conhecem a legislação, justamente para que não cheguem lá para ouvir, ratificar e colocar questões de cunho ideológico.

NACIME. A presença das ONGs e do terceiro setor enfraquece o Estado? Ou o Estado tem que ser forte para fazer a regulação?

PLÍNIO Fº. Em circunstâncias muito específicas, uma ou outra organização não governamental pode desempenhar um papel social importante. Mas a responsabilidade pelas políticas públicas é do Estado. Ela é intransferível. As Ongs crescem e se reproduzem no vácuo deixado pela falta de presença do Estado. Se o Estado fosse eficiente, não teriam o peso e a preponderância que têm.

PLÍNIO. Concordo em gênero, número e grau.

BRESSER. Eu acho que o senhor não concorda. Se concordar, estará sendo contraditório na primeira afirmação que fez. O Plínio, o filho, mistura duas coisas. O Estado deve ter absoluta responsabilidade, no caso de saúde, para que todos tenham atendimento igual. A responsabilidade direta do Estado é criar as políticas e, a derivada, financiar os gastos. Ele pode comprar em vez de fazer diretamente. A reforma da gestão pública que toma corpo em

quase todos os países em desenvolvimento que vivem numa social democracia é a seguinte: os gastos do Estado continuam altos, consumindo 40 ou 50% do PIB, mas são baixos em termos de funcionários. Os servidores públicos, geralmente com curso superior, são só os promotores públicos, formuladores e gestores das políticas de saúde do país, que recebem os recursos do orçamento e distribuem adequada e eficientemente. É um Estado pequeno em termos de pessoas e grande em...

PLÍNIO Fº. Aí temos uma discordância enorme. Para poder cumprir sua função social, o Estado deve ter um corpo funcional que cuida dos interesses nacionais, porque o servidor público tem uma cabeça diferente do trabalhador privado. A enfermeira não pode ser uma profissional que amanhã estará desesperada, procurando emprego e subordinada ao capital. Ela tem que ser uma servidora pública.

BRESSER. Isso é inviável.

PLÍNIO Fº. Seria absolutamente viável se o Estado parasse de pagar 10% do PIB em juros da dívida.

BRESSER. Muitos países que não pagam um tostão sobre os juros, porque não têm dívida, não fazem isso. Não se faz mais provisão de serviços de saúde diretamente pelo Estado em quase lugar nenhum do mundo, mesmo na França. Cuba e China fazem. Cuba pode ser um exemplo de dedicação com a saúde e a educação, mas não de eficiência.

PLÍNIO. Na sua argumentação, o senhor começou a discutir o modelo de Estado. Aí temos uma divergência. Uma coisa é a cabeça do servidor, pessoa para quem o lucro não interessa, mas sim trabalhar republicaneamente. A república precisa de seus servidores. Essa idéia de Estado pequeno, que pode ter coisas positivas, veio no bojo...

PLÍNIO Fº. Ela é a favor do Estado grande, gerido por uma elite iluminada, muito bem remunerada, que subcontrata os outros, não é isso?

BRESSER. Eu sou a favor de um Estado democrático em que políticos e servidores públicos muito competentes são controlados pelos eleitores; pelos demais órgãos do Estado, como o Ministério Público; e pela sociedade, por meio dos movimentos sociais. E que comprem ou contratem serviços, de forma eficiente para o cidadão que tem esse direito.

PLÍNIO Fº. Não entendo porque o senhor não acha que uma enfermeira possa ser uma boa servidora pública.

BRESSER. A atividade estatal é essencialmente monopolista, na qual a concorrência não faz sentido. Se dermos o mesmo caso para dois promotores, para ver quem investiga melhor, não sai nenhuma investigação.

PLÍNIO Fº. Então, escolha duas enfermeiras e vamos ver quem cuida melhor do doente.

BRESSER. As enfermeiras e os médicos competem entre si. O professor também não é monopolista, é competitivo. O senhor compete com seus colegas para ser o melhor professor de economia.

PLÍNIO Fº. A competição como um ingrediente das políticas públicas introduz uma lógica perversa na ação do Estado. Esse é um dos problemas do neoliberalismo.

BRESSER. E o senhor já me põe a pecha de neoliberal (risos). Eu disse que há três formas de responsabilização tipicamente gerenciais no núcleo da nova gestão pública: controle por resultados e contrato-gestão; controle social e competição administrada por excelência. Nos postos de atendimento do INSS, posso saber quem atende melhor o público, comparar um com o outro e premiar aqueles que têm bom desempenho.

PLÍNIO. Mas isso existe no serviço público.

BRESSER. Mas é por mérito, que também é fundamental, mas não é a mesma que por competição. Você pode comparar serviços similares competitivos e, no próprio processo, motivar as pessoas a trabalhar. Isso se faz de maneira eficiente e saudável, mas a idéia do monopólio atrapalha muito.

NACIME. Professora, aproveitando esse gancho, a senhora poderia falar a respeito do aparelho formador dos profissionais de saúde?

ANA MARIA. Hoje está havendo uma mudança na formação, porque chegaram à conclusão que todos olhavam muito para a doença e pouco para as suas circunstâncias. As pessoas que trabalham na área de saúde têm uma visão e um determinado poder sobre o sistema. Mas existe um poder maior sobre os sistemas – por exemplo os fabricantes de equipamentos, os detentores dos recursos, o governo – que, no limite, acabam orientando as decisões que são tomadas. Em função disso, a saúde hoje é vista como uma área intersetorial. Ou se leva a saúde para dentro da área da educação, trabalhando com as questões de habitação e segurança, ou sua atuação vai ser muito limitada.

NACIME. Sou um adepto e defensor das organizações sociais, considero o tema apaixonante, mas infelizmente, temos de terminar. Peço a todos as considerações finais. E, uma última pergunta: a nau tem rumo com um médico no Ministério da Economia?

ANA MARIA. Como já teve economista como ministro da Saúde, é a vingança da categoria. Mas eu imaginava que talvez a área da saúde tivesse mais recursos com um médico na Economia.

PLÍNIO Fº. A questão é ver esse entorno dentro do capitalismo. O capitalismo global é um gerador de doenças e, ao mesmo tempo, reduz cada vez mais a capacidade do sistema de cuidar da doença. Em relação ao nosso médico no comando da política econômica, acho que o menor mal é o fato de ser médico, o ruim é que ele é neoliberal.

BRESSER. A política equivocada, neoliberal e contrária aos interesses nacionais mantém o país estagnado economicamente e reduz as possibilidades do Estado fazer o que tem de ser feito na saúde. Achei que isso mudaria quando o Lula ganhou as eleições. No entanto, manteve-se rigorosamente a mesma política. Isso é uma violência contra o país e contra a saúde.

NACIME. Em nome do Conselho, agradeço aos senhores e à senhora a participação neste debate.

**Ana Maria Malik*, coordenadora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, do Centro de Estudos de Gestão e Saúde da Fundação Getúlio Vargas e diretora do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar (Prohasa).

**Luiz Carlos Bresser Pereira*, professor universitário, ex- ministro da Ciência e Tecnologia e da Administração Federal e Reforma do Estado no Governo FHC, da Fazenda no Governo Sarney e autor dos livros “A Crise do Estado” e “Reforma do Estado para a Cidadania”, entre outros.

**Plínio de Arruda Sampaio*, professor, promotor público aposentado, ex-deputado federal constituinte pelo PT e consultor da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), entre outros.

**Plínio de Arruda Sampaio Filho*, professor do Instituto de Uma–Economia da Unicamp e um dos mentores do documento “Agenda Interditada Alternativa de Prosperidade para o Brasil”.

* *Nacime Salomão Mansur*, gastrocirurgião, conselheiro e diretor de Comunicação do Cremesp, diretor superintendente dos hospitais afiliados à Unifesp.