

O Discurso e a Prática nas Políticas Atuais de Saúde

MARIA CLARA PINTO RILLOS

ALGUMAS OPINIÕES

"O que se observa é a busca de uma eficiência técnica, que quando não é obstaculizada pela própria incapacidade de selecionar e aplicar as melhores políticas, é destruída pelo não entendimento na articulação entre os aspectos aparentes e as questões de fundo dos problemas de saúde. Em outras palavras, estas políticas só têm se interessado em atuar sobre fatores capazes de sofrer manipulação instrumental imediata, não implicando em modificações num plano mais estrutural." — Reinaldo Guimarães¹

"Afinal não se explica, nessa altura dos acontecimentos, consagrar, em termos oficiais, a obsoleta e superada dicotomia entre medicina curativa e medicina preventiva, há mais de 10 anos já condenada, de modo expresso, pela congregação da Faculdade de Saúde

Pública da USP. Recomenda-se, isto sim, que todos os que trabalham na área de saúde sejam convidados a derrubar, demolir, em definitivo, 'o muro da vergonha' que ainda existe, separando prevenção e cura." — Carlos Gentile de Mello²

"O planejamento feito em nível exclusivamente federal, sem a prévia consideração dos interesses, das necessidades e das possibilidades estaduais e municipais, correrá sempre o risco de permanecer letra morta, sem execução." — Sueli Gandolfi Giron²

"A privatização da medicina, com a compra de serviços médico-hospitalares, contribui para agravar a desigualdade da distribuição da riqueza, na medida em que beneficia as camadas da população que possuem um melhor nível de vida, de escolaridade e de renda, em detrimento das áreas periféricas, que permanecem desassistidas, pois o atendimento se concen-

tra nas áreas escolhidas pela iniciativa privada, e, por isso, economicamente rentáveis." — Min. Nascimento e Silva²

"Não se questiona a necessidade de assistência médica, mas sim o estabelecimento urgente de prioridades para que a máquina da indústria de saúde não absorva todos os nossos recursos, através de seus quatro grandes setores: a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, a das empresas de saúde com seus hospitais privados e a do pessoal médico e paramédico." — Jayme Landmann⁽³⁾

INTRODUÇÃO

O tema escolhido para este trabalho é de tal maneira rico que permite abordagens várias: estrutural, conjuntural, histórica, política etc.

Partindo do princípio de que, embora tentador, seria transformar num verdadeiro

tratado analisar a evolução histórica dos órgãos envolvidos em saúde pública, como também dos planos e políticas tentados e malogrados, optamos pela abordagem estruturalista e conjuntural, na expectativa de evidenciar as causas e as condições determinantes das atuais práticas e tendências das políticas de saúde, assim como os fatores inibidores que transformam muitas vezes programas muito bem elaborados no chamado "lixo técnico".

Existe ainda implícita nestas páginas a intenção de reverter, apesar de tudo, o ceticismo vigente entre os profissionais de saúde, não perdendo o senso crítico, mas apregoando uma postura de constante inconformismo diante das distorções verificadas, assumindo a responsabilidade de tentar, sempre modificar o que for possível, buscando a viabilidade política para as questões técnicas.

Nas citações iniciais selecionamos as questões consideradas básicas, que analisaremos detalhadamente:

- a) o problema estrutural;
- b) a dicotomia: medicina preventiva; medicina curativa e a atual conjuntura;
- c) a privatização da medicina;
- d) perspectivas.

Não abordaremos as questões sócio-econômicas condicionantes do estado da população como um todo, em virtude de ser tema exaustivamente conhecido e debatido por todos os que se interessam por saúde pública, comparecendo aqui apenas como o fator potencializador de todas as dificuldades.

O PROBLEMA ESTRUTURAL

"O Brasil tem um grande problema, a centralização. To-

dos os outros são decorrência." — Min. da Previdência e Assistência Social (Folhas de São Paulo, 6.6.82).

Dito assim tudo parece fácil, basta descentralizar. Embora verdadeiro, não é suficiente, nem simples. De fato, a estrutura dos Serviços de saúde no Brasil é centralizada em dois órgãos que assumem o papel normativo, orientador, repassador de recursos financeiros e fiscalizador, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, este através de autarquia a ele vinculada, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS.

Os Ministérios estão subordinados a regras rígidas de administração financeira e de recursos humanos, submissos, via sistêmica ao Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP e às Secretarias de Controle Interno, que funcionam como verdadeiras amarras no sentido de, em nome da "moralidade" do Serviço Público, obstaculizar qualquer anseio de modernização ou agilização de procedimentos e ações.

Só quem trabalha neste setor tem idéia de como as providências mais simples podem ser transformadas em tarefas carentes de obstinação para que possam ser concluídas.

Senão, vejamos:

Para contratar mão-de-obra:

- 1º) É preciso solicitar ao DASP a promoção de concurso público;
- 2º) Aguardar a tramitação do processo através dos departamentos encarregados de elaborar questões, constituição de comissão de julgamento etc.;
- 3º) Aguardar publicações do Edital, prazo de inscrição, aplicação da pro-

va, classificação dos candidatos etc.;

4º) Aguardar a convocação do candidatos pelo DASP;

5º) Receber os novos contratados, que provavelmente nada têm a ver com os cargos que irão ocupar, pois que em virtude dos salários oferecidos pelo serviço público nas faixas iniciais, ou são inexperientes ou mal qualificados.

Muito bem. Após o período acima que provavelmente já esvaziou a necessidade do pessoal pelo abandono dos planos iniciais pelas dificuldades operacionais, se, de fato, o(s) contratado(s) não se adaptar(em), não resta alternativa, pois para demitir é preciso inquérito administrativo, o que também é complicadíssimo, envolvendo *n* passos. A vida funcional dessas pessoas e o desestímulo ao aperfeiçoamento pessoal passam por esquemas semelhantes.

Não temos dúvida de que a administração de pessoal é o maior problema dos Órgãos Públicos, impedindo o bom funcionamento das Instituições, que afinal são movidas a energia humana.

Em função da rigidez administrativa do serviço público, muitos programas e projetos morrem no nascedouro. Os órgãos centrais tendem a exercer a função normativa, delegando aos setoriais e seccionais a execução. Ora, fica fácil de imaginar como a coisa se comporta nos braços avançados da administração central.

Uma unidade assistencial do tipo hospitalar, por exemplo, subordinada a uma Divisão ou Departamento que por sua vez está subordinado a uma Secretaria ou Coordenadoria, fica no final da linha, perdendo o órgão central a perspectiva de sua importância como atividade

de-fim, de atendimento à população.

Os órgãos de planejamento centralizado arvoram-se a arbitrar, sem consulta aos níveis de execução, os valores para o financiamento do sistema. É muito comum nos órgãos públicos a elaboração de sofisticadíssimas previsões orçamentárias, onde são discriminados os recursos por metas, objetivos, fontes e etc., que após a análise pelo setor "competente" sofrem cortes determinantes de sua inviabilidade prática. Enquanto esse estado de coisas permanecer, a obstinação dos técnicos dedicados às questões de saúde tem que chegar às raias da loucura.

Não é por acaso que as alternativas surgem. Os escapismos, para usar linguagem mais moderna. A própria figura da autarquia, que não é nova, surgiu como uma fuga ao sistema tradicional de administração direta.

Através de artifícios jurídicos como convênios (entre órgãos públicos) e contratos (com instituições de natureza privada), tem-se conseguido promover as articulações necessárias e os repasses financeiros para a operacionalização do sistema.

Muitas vezes procuram os dois Ministérios um intermediário comum que viabilize a concretização das intenções, como é o caso das co-gestões administrativas ora desenvolvidas pelos Ministério da Saúde, Ministério da Previdência, INAMPS, Campanhas de Saúde Pública, para a operacionalização dos hospitais próprios do Ministério da Saúde. É interessante notar que tanto um Ministério quanto o outro procurou o caminho alternativo para a consecução de seus objetivos. A essa criatividade chamamos o "inconformismo diante dos obstáculos institucionais".

Não obstante louvarmos a iniciativa, que, de fato, deu outra dimensão à assistência hospitalar no âmbito do Minis-

tério da Saúde, a fragilidade dos mecanismos alternativos preocupa a todos que pretendem a irreversibilidade da melhoria da utilização dos recursos disponíveis.

É preciso ter sempre em mente que a renovação de acordos depende da boa vontade pessoal dos titulares dos órgãos envolvidos.

Melhor seria, a nosso ver, se os órgãos públicos fossem racionalmente administrados, transferindo-se aos níveis de execução as responsabilidades inerentes à sua própria gerência. Especialmente no Brasil, onde, por exemplo, o Piauí, a princípio, não tem nada a ver com o Rio Grande do Sul.

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por sua vez, articulam-se com os níveis superiores através de convênios que dependem de vários passos para aprovação e formalização final. Além disso ficam sujeitos às relações políticas entre os governos estaduais, prefeituras e o governo federal, numa dependência nem sempre fácil de tolerar.

Assim sendo, pensamos que o panorama somente poderá ser alterado através de reforma tributária capaz de promover maior autonomia municipal.

A DICOTOMIA: MEDICINA PREVENTIVA, MEDICINA CURATIVA E ATUAL CONJUNTURA

Durante muitos anos prevaleceu a idéia de que havia duas medicinas: a preventiva e a curativa.

A primeira estaria a cargo do Ministério da Saúde, órgão do Estado encarregado de resolver as questões de saúde pública, promovendo as medidas preventivas necessárias à minimização da morbidade na população. A segunda, seria competência da Previdência Social, na medida em que estaria interessada em manter apto para o

trabalho o contingente de segurados.

Na prática não é nada disso.

O Ministério da Saúde sempre prestou assistência médica ambulatorial e hospitalar, em suas unidades próprias ou através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a Previdência, cada vez mais procura atuar na área preventiva, colaborando inclusive em programas de suplementação alimentar, o que não se insere na assistência médica curativa.

O que estaria motivando a Previdência a procurar apoiar o Ministério da Saúde em suas ações preventivas e qual seria a contrapartida da questão?

A resposta, através de raciocínio lógico, seria: diminuir a demanda futura por serviços médicos.

Correto, em parte.

A necessidade de apoio e articulação com o Ministério da Saúde vai além do óbvio. A questão é procurar a utilização de recursos ociosos disponíveis na estrutura ministerial, de modo a reduzir gastos insustentáveis na remuneração do setor privado conveniado ou contratado.

Considerando que nos centros urbanos grande parte da população é previdenciária, só poderia constituir benefícios para a Previdência a utilização dos hospitais públicos, abertos a qualquer clientela, tendo em vista que ali a maioria absoluta é de segurados do INAMPS (nos hospitais do Ministério da Saúde esta porcentagem é de mais de 90%).

Mas, se o Ministério da Saúde presta tal serviço, por que investir nesta área?

Porque a pressão exercida pelo segurado que desconta mensalmente de seu salário para usufruir de assistência médica leva a que se tenha maior cuidado com a qualidade do serviço prestado.

Como os hospitais públicos, por tudo que foi visto antes, prestam serviços tradicionalmente de má qualidade, é pre-

ciso transformá-los interna e se possível até externamente, com o objetivo de reverter a expectativa da clientela que terá que se servir da Instituição, se for redirecionada a prestação de serviços de saúde, favorecendo o setor público.

Neste caso, não seria mais simples manter o sistema de financiamento através de empresas e autônomos credenciados?

Seria, se fosse economicamente viável. Mas não é.

Hoje à Previdência só interessa uma pergunta, em suas articulações com o Ministério da Saúde:

— quanto é que estamos deixando de pagar aos serviços credenciados e contratados pela utilização dos serviços públicos e em que medida essa importância é maior do que o investimento que foi necessário para sua efetivação?

Essa é a questão básica, de fundo, que está por trás de todo e qualquer convênio.

E o Ministério da Saúde, por que estaria aceitando trabalhar sob a pressão constante da Previdência, através dos Conselhos Técnicos Administrativos, obrigando-o a uma modernização sem precedentes na história dos hospitais públicos?

Por estar contando agora com um parceiro que lhe pro-

porciona recursos financeiros, materiais e humanos capazes de operar suas unidades, escapando ao mecanismo estrutural impositivo.

Isto sem prejuízo de suas atribuições mais nobres, que são a formação de pessoal médico e paramédico, a pesquisa fundamental e aplicada, só passíveis de realização em organismos dessa natureza.

É muito interessante notar como o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) faz menção em seu documento "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", de agosto de 1982, a questões de prevenção da saúde, como fluoretação de águas, suplementação alimentar, privilegiamento da chamada rede básica, assuntos anteriormente pertinentes ao Ministério da Saúde, exclusivamente.

Em contrapartida, encontramos hoje técnicos do Ministério da Saúde discutindo amplamente com colegas da Previdência questões de administração hospitalar como: custos, auditoria médica, análise de óbitos, composição de prontuários etc., rotinas para o INAMPS e verdadeira revolução técnica nos hospitais públicos.

A PRIVATIZAÇÃO DA MEDICINA

"... Por isso, mesmo que o sistema de pagamento por serviços prestados funcionasse seríamos contra, por considerá-lo profundamente antiético. Não precisamos, todavia, avançar até esse ponto, porque, na realidade, ele é um monstruoso desastre financeiro." — Jayme Landmann³

Segundo o próprio documento do CONASP⁴ citado anteriormente, a partir do Plano de Pronta Ação (PPA), 1974, houve intensificação da estratégia de contratar serviços médicos a terceiros, autônomos ou aos chamados "hospitais-empresa" e "empresa de medicina de grupo".

Tal escolha fez com que os gastos com a Assistência Médica da Previdência Social aumentassem em ritmo muito maior do que o da receita, levando à inviabilidade prática, que ficou conhecida como "O buraco da Previdência".

Além do comprometimento financeiro, o modelo levou a rotinas de atendimento altamente comprometedoras do ponto de vista ético-médico.

A superprodução de exames para diagnóstico e procedimentos cirúrgicos e terapêuticos de alto custo, proporcionada pelo

TABELA 1

PARTICIPAÇÃO RELATIVA DAS DIVERSAS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PRESTADA AOS SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SERVIÇO	Próprios do INAMPS	Outros Públicos	Hospitais Universitários	Convênios Rurais	Sindicatos Urbanos	Convênio c/ Hospitais	Hospitais contratados	Ambulatórios credenciados
Consultas	26,4	13,0	1,9	12,8	5,8	9,1	...	29,5
Internações	1,6	4,3	1,4	18,3	...	3,8	69,7	...
Diagnose e Terapia	16,1	20,4	1,5	6,4	1,0	8,4	...	45,0
Assist. Acid. Trab.	5,7	27,2	67,1	...
Recursos Consumidos do INAMPS	18,5	4,7	2,2	6,5	2,6	3,5	40,0	16,0

Fonte: CONASP — Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Agosto/82⁴.

sistema de remuneração por unidades de serviço produzidas, nos coloca em situação delicada frente a estatísticas de outros países.

Vamos avaliar alguns dados explicitados no documento do CONASP⁴ e nos livros "O Sistema de Saúde em Crise" do Prof. Carlos Gentile de Mello e "Política Nacional de Saúde" do Prof. Jayme.

TABELA 2

EVOLUÇÃO DOS GASTOS DO INPS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UERJ

ANOS	%
1972/1973	22,2
1973/1974	23,3
1974/1975	23,8
1975/1976	35,4
1976/1977	38,0

TABELA 3

PARTICIPAÇÃO RELATIVA DE PREVIDENCIÁRIOS ENTRE OS PACIENTES DO HC-UERJ

ANOS	%
1972/1973	53,0
1973/1974	51,7
1974/1975	53,6
1975/1976	84,2
1976/1977	91,5

É notável o privilégio concedido às internações nos hospitais particulares contratados. É exatamente aqui onde o discurso difere fundamentalmente da prática.

Embora o assunto seja tema de inúmeros pronunciamentos,

muitas vezes dos próprios detentores do poder decisório na área da saúde, as pressões exercidas pelos interesses faz com que as ações não sejam efetivadas. Exemplo bastante representativo disso é a situação atual da saúde mental no Rio de Janeiro, onde os hospitais do Ministério da Saúde em co-gestão com o INAMPS estão abertos à clientela previdenciária, inclusive com ambulatorios passíveis de funcionamento, ociosos, e não se consegue, apesar do exemplo pessoal dos Secretários de Promoção de Saúde de Atendimento Médico da Av. Venezuela, conhecido como PAM-Venezuela, responsável pelo encaminhamento dos doentes psiquiátricos para as clínicas contratadas!

Dos dados apresentados na tabela 2 verificamos que a remuneração atribuída aos serviços prestados pelos hospitais universitários tem evoluído muito menos do que a participação relativa de previdenciários atendidos, determinando restrição de recursos para um atendimento adequado.

Os recursos financeiros do INAMPS consumidos pela rede privada somam 60% do dispêndio com assistência médica, sendo o saldo rateado entre serviços próprios, outros públicos, universitários, rurais e sindicatos. Esta é a prática.

PERSPECTIVAS

No âmbito da Assistência Médica à população brasileira, as perspectivas hoje estão definidas no documento "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", do CONASP.

Isto porque o plano não se restringe às atividades desenvolvidas unilateralmente pelo INAMPS, mas sim envolve todos os órgãos encarregados da promoção da saúde e saneamento.

Como pontos básicos, identificamos:

1. Convênio trilateral MPAS/MS/SES
2. Equiparação da atenção rural à urbana
3. Modificação do sistema de remuneração de contratados e conveniados.

1. Convênio Trilateral MPAS/MS/SES

Significa basicamente a racionalização da atividade ambulatorial, com a utilização de todos os recursos disponíveis, ou seja: Postos de Atendimento Médico do INAMPS, postos de Saúde do Ministério da Saúde, Postos dos Estados e dos Municípios.

Para tanto, surge o convênio trilateral como o mecanismo de repasse de recursos para a consecução desse objetivo.

A forma de retribuição neste caso seria o subsídio fixo, embora a expressão não seja bem aceita e por isso mesmo cuidadosamente omitida nos documentos apresentados.

Dessa maneira procura-se evitar procedimentos desnecessários.

A questão fundamental aqui é conseguir da rede estadual e municipal a resposta operacional adequada; ou seja, que reduzindo sua ociosidade, seja capaz de evitar as filas hoje existentes nos ambulatorios do INAMPS.

Não vamos novamente analisar a questão da baixa produtividade vigente nesses serviços por considerarmos uma questão estrutural já abordada neste trabalho.

Do ponto de vista de viabilidade financeira, parece factível, se considerarmos que o orçamento do INAMPS para 1983, por exemplo, é 10 vezes o do Ministério da Saúde.

No entanto, considerando a fixidez dos orçamentos, é claro que a viabilidade prática vai

depende de ser este um modelo alternativo e não um dispêndio a mais. Em outras palavras, só será viável se vier a substituir o desembolso com serviços contratados.

2. Equiparação da Atenção Rural à Urbana

A necessidade de maior cobertura de saúde às populações rurais desassistidas é tão óbvia, que deixaremos de comentar.

Para tanto, é fundamental a articulação do MPAS com o MS utilizando-se os recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Aqui, assume papel fundamental a reforma tributária mencionada anteriormente, capacitando financeiramente as Secretarias Municipais de Saúde.

3. Modificação do Sistema de Remuneração

É preciso encontrar mecanismos mais adequados de remuneração dos serviços privados, tendo em vista as distorções

que o pagamento por procedimento provoca. Neste sentido, de procurar alternativas, existe hoje em caráter piloto o projeto Curitiba, com novo sistema de contas hospitalares, passível de ser expandido a outras localidades.

No entanto, estamos convencidos de que não basta aperfeiçoar o controle das contas hospitalares, senão modificar o mecanismo de remuneração. O pagamento por unidade de serviço induz à fraude, à corrupção, ao crime contra o paciente. Se não bastassem os atendimentos "fantasma", com todos os gastos envolvidos, o que presenciamos, lamentavelmente, é a falta de ética médica para com pacientes, com o objetivo de torná-los o mais "rentáveis" possível. Não podemos, de qualquer forma, esperar comportamento diferente da classe médica. Não porque constitua uma "máfia" ou qualquer coisa parecida, mas apenas a partir do princípio da racionalidade, que é básico no ser humano, e que o conduz a tentar lograr o maior proveito

próprio sempre que for possível.

Tendo em mente este princípio, é preciso encontrar mecanismos para conciliar os interesses dos empresários, dos médicos, dos trabalhadores, dos indigentes, do setor público, pelo bem comum.

Acreditamos que a adoção do horário integral para o médico, com a remuneração adequada, implicando no final da chamada "dupla militância", seria o primeiro passo para sanear o setor saúde.

As demais medidas surgiriam como corolário da primeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUIMARÃES, REINALDO, *In: Saúde e Medicina no Brasil*, organizado por REINALDO GUIMARÃES, Edições Graal, Rio de Janeiro, 1978.i.
2. MELLO, CARLOS GENTILE, *In: O Sistema de Saúde em Crise*, Coleção Saúde em Debate, Editora Cebes-Hucitec, São Paulo, 1981.
3. LANDMANN, JAYME, *In: Política Nacional de Saúde*, Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1980.
4. CONASP, Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, Rio de Janeiro, 1982.