IPEA/CDT

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 252

Considerações sobre o Sucateamento da Rede Pública e Privada de Saúde

André Cezar Médici
Francisco E. B. de Oliveira

ABRIL DE 1992

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA é uma Fundação vinculada ao Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento

PRESIDENTE
Roberto Brás Matos Macedo

DIRETOR EXECUTIVO
Líscio Fábio de Brasil Camargo

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Antônio Emílio Sendim Marques

DIRETOR DE PESQUISA
Ricardo Varsano

DIRETOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS
Antonio Carlos da Ressurreição Xavier

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos no IPEA, informando profissionais especializados e recolhendo sugestões.

Tiragem: 150 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL
Brasília - DF:
SBS. Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES - 10° andar
CEP 70.076
Rio de Janeiro - RJ:
Av. Presidente Antônio Carlos, 51 - 14° andar
CEP 20.020

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. OS INVESTIMENTOS EM SAÚDE NO BRASIL

2. SUCATEAMENTO E CAPACIDADE INSTALADA EM SAÚDE

3. SUCATEAMENTO E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4. ASPECTOS RARAMENTE ABORDADOS NO DISCURSO SOBRE "SUCATEAMENTO"

   4.1. O sucateamento da capacidade gerencial do setor
   4.2. O sucateamento da moral e da ética médica
   4.3. O sucateamento do padrão de gastos
   4.4. O sucateamento do aparelho formador
   4.5. O sucateamento do setor privado

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUCATEAMENTO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE SAÚDE

André Cezar Médici*
Francisco E. B. de Oliveira**

* Da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE).
** Do IPEA-Rio.

SINOPSE

Este artigo objetiva discutir a questão da perda de eficiência do setor público prestador de serviços de saúde no Brasil, que comumente tem sido escamoteada sob a égide do discurso do "sucateamento" da rede pública.

O discurso do "sucateamento" atribui à falta de recursos para o investimento e ao pequeno montante de recursos para o custeio, todos os males responsáveis pela má qualidade dos serviços de saúde.

Ao longo do texto, vários outros aspectos de ordem econômica, gerencial e ética são levantados para explicar os principais motivos que tem levado ao mau funcionamento da rede pública de saúde no Brasil.

INTRODUÇÃO

Um dos argumentos freqüentemente levantados para explicar a deterioração da qualidade dos serviços de saúde no Brasil é o chamado "sucateamento da rede de serviços". O objetivo deste trabalho é tecer algumas considerações sobre os diversos sentidos que poderiam ser associados à questão do "sucateamento" da rede de serviços de saúde, tentando mostrar que a problemática envolvida não se restringe apenas aos aspectos físicos, mas também a deficiências do sistema de saúde, que abrangem questões de ordem ética e gerencial.

Para cumprir este objetivo, considerou-se que o termo "sucateamento"pode ter inúmeros significados. Estes podem ser divididos em duas abordagens de análise: aquela que procura explicar a natureza das causas do "sucateamento"e a que busca simplesmente descrever ou analisar suas conseqüências. Observemos primeiro a questão pela ótica da causalidade.

O termo "sucateamento" pode ser utilizado no sentido convencionalmente conhecido, em economia, como depreciação de ativos fixos (prédios, instalações, máquinas, equipamentos, etc.) num contexto onde não são criados os chamados "fundos ou provisões" para repor esta depreciação. Como conseqüência, a rede de serviços passaria a perder progressivamente sua capacidade de atendimento, seja em termos de quantidade, seja da qualidade dos diagnósticos, procedimentos e terapias.

Neste sentido, a expressão "sucateamento da rede" pode estar significando insuficiência de investimentos para a reposição de ativos ou ainda uma escassez de recursos destinados à manutenção da rede física.

1. OS INVESTIMENTOS EM SAÚDE NO BRASIL

Como têm se comportado os investimentos em saúde no Brasil? Esta pergunta é dificil de ser respondida, mesmo porque a forma de organização das principais fontes de dados não privilegia a informação sobre investimento. Além disso, os dados deveriam ser "garimpados" com vistas a descobrir informações escondidas nas transferências intra e intergovernamentais.

Tabulações especiais obtidas nos quadros demonstrativos de despesas do Inamps, relativos ao ano de 1990, mostram que os gastos com investimentos feitos por aquela instituição chegaram a US$ 57,8 milhões, distribuídos conforme consta na Tabela 1 adiante.

Estes recursos representaram sumente 0,6% das despesas do Inamps naquele ano e apenas 0,7% das realizadas com assistência médica e sanitária. Por outro lado, mais de 80% dos recursos têm sido destinados à construção de "imóveis", o que mostra que a parcela voltada para a reforma, ampliação e melhoria das instalações é muito pequena. Se considerarmos este recurso como investimento, é óbvio que o governo tem investido muito menos em saúde do que a média dos demais setores da economia.

TABELA 1
DESPESAS COM INVESTIMENTOS
Inamps - 1990

Discriminação das Despesas	Valor	
	Absoluto (Em US$ mil)	%
Total do Investimento	57.773,6	100,0
Construção de Imóveis	43.273,8	80,1
Reforma e Ampliação da Rede	7.907,8	13,7
Melhoria das Instalações	3.592,0	6,2

FONTE: Inamps/QDD-1990.

Cabe ressaltar, porém, que boa parte dos investimentos em saúde tem sido feita com recursos externos às fontes tradicionais de custeio, como o Inamps ou o próprio orçamento do Tesouro. São recursos como os do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) os responsáveis por uma expressiva parcela do investimento em saúde (públicos e privados) ao longo dos anos 70 e início dos 80. A Tabela 2 mostra a magnitude dos investimentos do FAS e sua participação no total do gasto federal em saúde.

Observa-se que, ao longo dos anos 80, o FAS esteve longe de ser uma poderosa fonte de financiamento do investimento em saúde, em que pese o fato de seus recursos serem utilizados para novas instalações, para reparos e reequipamento. Além de partirem de um patamar pequeno (cerca de US$ 111 milhões em 1980), os recursos aplicados pelo FAS são claramente declinantes, tanto em termos absolutos como em relação ao gasto federal total com saúde, ao longo dos anos 80.

TABELA 2
EVOLUÇÃO DOS RECURSOS APLICADOS PELO FAS
BRASIL: 1980/88
(Em US$ mil de 1989)

Anos de referência	Valor	% sobre o gasto federal com saúde
1980	111.077,4	1,51
1981	79.915,5	1,17
1982	100.417,3	1,41
1983	71.259,7	1,26
1984	40.317,0	0,68
1985	59.587,9	0,87
1986	34.842,0	0,48
1987	36.013,0	0,34
1988	64.698,3	0,65

Fonte: Ipea/Iplan/CSP.

Pode-se dizer que o investimento em saúde no Brasil ainda é feito com recursos internacionais, a título de empréstimo ou a fundo perdido. São exemplos nesta área os recursos de órgãos como o Banco Mundial que, através do Projeto Nordeste, tem repassado vultosos recursos para o investimento e a modernização administrativa (cerca de US$ 500 milhões a cada dois anos). Cabe ressaltar, no caso do Projeto Nordeste, que os recursos têm sido mal aplicados ou pouco utilizados, conforme reconhecem os próprios técnicos do Banco Mundial.

Por fim, pode-se dizer que os estados e municípios geram recursos fiscais que se constituem (potencial ou efetivamente) em importantes fontes de investimentos em saúde. No entanto, não existem dados que, agregando a dspesa conjunta de todas estas eferas, possam fornecer um quadro de investimento em saúde ao nível loco-regional.

2. SUCATEAMENTO E CAPACIDADE INSTALADA EM SAÚDE

Uma outra forma de entender a questão do sucateamento poderia ser derivada da seguinte pergunta: Sucateamento significa redução da capacidade instalada em saúde?

Se a resposta é afirmativa, poderíamos observar o "sucateamento"a partir da evolução do número de estabelecimentos de saúde, leitos hospitalares, consultórios, salas de cirurgia, facilidades para diagnóstico e terapia, tais como disponibilidade de equipamentos, laboratórios de análises clínicas, etc.

Ao longo dos anos 80, o setor de saúde apresentou um grande crescimento no total de estabelecimentos prestadores de serviços, como pode ser observado nas Tabelas 3 a 6.

No que diz respeito aos estabelecimentos hospitalares, vale destacar os períodos de 1978/84 e 1984/89. Observa-se que tanto o primeiro como o segundo período têm sido caracterizado por um maior crescimento relativo do número de hospitais públicos. A taxa de crescimento dos hospitais públicos, acima de 6% ao ano em ambos os períodos, tem sido, neste caso, mais do que suficiente para caracterizar a questão do "sucateamento". Pode-se observar que, no primeiro período, todas as esferas de governo tiveram expressivas contribuições na ampliação do parque hospitalar público no Brasil.

Já o desempenho do setor privado hospitalar não foi invejável. Crescendo apenas 2,3% ao ano entre 1978 e 1984, sofreu profunda crise no período 1984/89, quando ficou evidenciada uma redução absoluta no número de hospitais.

Os segmentos hospitalares e ambulatoriais beneficentes e filantrópicos já se encontravam em crise desde o início dos anos 80. As Tabelas 4 e 5 mostram como se reduzem estes estabelecimentos entre 1980 e 1984. Embora não haja disponibilidade de dados nas fontes publicadas, pode-se dizer que esta tendência deve ter continuado na segunda metade da década de 80.

Vale destacar, no entanto, que mesmo em 1989 ainda existiam 2,8 hospitais privados para cada hospital público e que a redução absoluta do número de hospitais privados pode estar refletindo um ajustamento frente à crise e ao mercado que se encontrava deprimido, não apenas pela queda dos níveis de renda, mas também pela redução progressiva do valor dos pagamentos do Inamps e do deslocamento dos recursos desta instituição para o setor público estadual e municipal, através do estabelecimento de políticas como o SUDS.

Portanto, se ocorreu algum "sucateamento", no sentido que se está conferindo ao termo, este parece estar associado ao setor hospitalar privado e não ao público. Além do mais, pode-se estar confundindo "sucateamento"

TABELA 3
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL - 1978/89

Anos	Total	Públicos				Privados			
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	Filan	Benef	C/Luc
1978	15345	7839	1271	4410	2158	7506	2036	1641	3829
1979	17079	8748	1487	4801	2460	8331	2092	1992	4247
1980	18489	10045	1575	5768	2702	8444	2104	1969	4371
1981	22341	13890	3829	7010	3056	8451	1955	901	5367
1982	24018	15286	4018	7927	3341	8732	1917	909	5688
1983	25651	16749	4278	8726	3745	8902	1920	978	5804
1984	27552	18363	4463	9533	4367	9189	1930	1041	5996
1985	28972	17076	-	-	-	11896	-	-	-
1986	30872	18790	-	-	-	12082	-	-	-
1987	32450	20174	-	-	-	12276	-	-	-
1989	34831	22706	-	-	-	12125	-	-	-

FONTE: IBGE, AMS 1978/89.
OBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 4
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL - 1978/89

Anos	Total	Públicos				Privados			
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	Filantr.	Benefic.	C/Luc.
1978	5708	1072	239	529	304	4636	1454	584	2598
1979	6036	1162	261	567	334	4874	1504	596	2774
1980	6103	1217	269	600	348	4886	1508	567	2811
1981	6473	1342	303	665	374	5131	1437	497	3059
1982	6650	1422	312	724	386	5228	1424	487	3175
1983	6680	1450	327	731	392	5230	1430	493	3164
1984	6861	1547	342	781	424	5314	1426	485	3245
1985	6678	1469	-	-	-	5209	-	-	-
1986	6920	1595	-	-	-	5325	-	-	-
1987	7062	1703	-	-	-	5359	-	-	-
1989	7127	1889	-	-	-	5238	-	-	-

FONTE: IBGE/AMS, 1978/89.
OBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 5

EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL BRASIL - 1978/89

Anos	Total	Públicos				Privados			
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	Filantr.	Benefic.	C/Luc
1978	9637	6767	1032	3881	1854	2870	582	1057	1231
1979	11043	7586	1226	4234	2126	3457	588	1396	1473
1980	12386	8828	1306	5168	2354	3558	596	1402	1560
1981	15868	12548	3251	6345	2682	3320	518	404	2308
1982	17368	13864	3706	7203	2955	3504	493	422	2513
1983	18971	15299	3951	7995	3353	3672	490	485	2640
1984	20691	16816	4121	8752	3943	3875	504	556	2751
1985	22294	15607	-	-	-	6687	-	-	-
1986	23952	17195	-	-	-	6757	-	-	-
1987	25388	18471	-	-	-	6917	-	-	-
1989	27704	20817	-	-	-	6887	-	-	-

FONTE: IBGE/AMS, 1978/89.

OBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 6

TAXAS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICAS ANUAIS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL, SEGUNDO A NATUREZA DO ESTABELECIMENTO - 1978/89

(Em %)

Natureza do Estabelecimento	PERÍODOS					
	1978/84			1984/89		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Total	10,2	15,2	3,4	6,0	5,4	7,2
Hospitalar	3,1	6,3	2,3	1,0	6,5	-0,4
Ambulatorial	13,6	16,4	5,1	7,6	5,5	15,5

FONTE: AMS/IBGE, 1978/89.

com uma simples mudança nos padrões de concorrência. A médio prazo, isso pode ser até mais saudável para a clientela, que passará a contar com um setor mais eficiente.

No que diz respeito aos estabelecimentos de natureza "ambulatorial", pode-se observar que seu forte crescimento está atrelado a mudanças nos rumos das políticas de saúde no final dos anos 70. Estas passaram a incentivar a descentralização e a "atenção primária"

como forma mais eficaz de solução para os problemas de saúde da maioria da população.

Embora o crescimento da rede ambulatorial de saúde tenha sido elevada em ambos os períodos, ele foi muito mais alto entre 1978/84 (13,6% ao ano) do que entre 1984/89 (7,6% ao ano). Destaca-se, ainda, o fato de que no primeiro período o setor público cresceu muito mais do que o privado (16,4% contra 5,1% ao ano), ocorrendo o contrário no segundo período, quando o privado cresceu 15,5%, enquanto que o público 5,6% ao ano.

Deve-se destacar que o crescimento do setor privado ambulatorial, no período mais recente, é resultado não só de um "ajustamento" às estratégias públicas de compra de serviços, como também do próprio crescimento do setor privado autônomo, que tem na prevenção (secundária) uma de suas principais estratégias de contenção de custos.

Uma outra forma de avaliar a questão do "sucateamento" dos estabelecimentos hospitalares diz respeito à quantidade de leitos disponíveis, como pode ser visto na Tabela 7, a qual mostra que o crescimento do número de leitos hospitalares entre 1978 e 1985 ocorreu lentamente, tanto nos estabelecimentos públicos quanto nos privados.

TABELA 7
CRESCIMENTO DO NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES
BRASIL: 1985/89

Anos de Referência	Setor Assistencial		
	Total	Público	Privado
1978	475.382	124.563	350.819
1985	532.283	137.543	397.798
1989	522.895	119.530	403.365
Cresc (1985/78)%	1,6% a.a.	1,4% a.a.	1,8% a.a.
Cresc (1989/85)%	-0,4% a.a.	-3,4% a.a.	0,3% a.a.

Fonte: IBGE/AMS, 1978/89.

No entanto, entre 1985 e 1989 verifica-se uma redução absoluta do número de leitos hospitalares no país, a qual tem sua explicação na queda do número de leitos públicos ofertados neste período e na relativa estagnação do número de leitos privados existentes.

Cotejando-se estes dados com os anteriormente comentados, chega-se a um aparente paradoxo. Apesar da

redução do número de hospitais privados no país, a capacidade de atendimento destes hospitais (medida em leitos) aumentou. Ocorreu o contrário com o setor público, onde, em que pese o aumento do número de hospitais, houve uma redução da capacidade de atendimento medida em leitos.

Este "falso paradoxo" é facilmente explicável pelo simples fato de que um hospital privado, quando persistem condições de eficiência adversas ao seu funcionamento, acaba tendo que fechar por insuficiência de recursos, o que não ocorre com os hospitais públicos. A queda de eficiência e eficácia gerencial pode se refletir até na redução da oferta de leitos mas nunca na falência ou fechamento dos hospitais, que continuam a ter seus déficits cobertos pelo setor público. Isto ocorre mesmo quando médicos e demais funcionários deixam de freqüentar os hospitais, a não ser esporadicamente para assinar folhas de freqüência, receber contra-cheques ou realizar manifestações corporativas.

3. SUCATEAMENTO E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As duas abordagens anteriores -- sucateamento como queda da quantidader de investimento e sucateamento como detrioração da capacidade instalada -- refletem o conjunto das análises feitas no sentido de "causalidade".

No entanto, a questão do sucateamento pode ser observada, também, a partir das conseqüências sobre a quantidade e a qualidade dos serviços produzidos. Com relação à questão da quantidade, as Tabelas 8 e 9 podem mostrar algumas evidências. Verifica-se, entre 1985 e 1987, uma sensível redução no número de consultas por emprego médico nos estabelecimentos públicos, o que não ocorre no setor privado. O número de internações por emprego médico, como demonstra a Tabela 9, também se reduz em ambos os setores, embora esta redução seja mais acentuada no setor público.

Pode-se dizer, ainda, que o sucateamento da rede a cargo do Inamps também pode ser entendido como uma decorrência da política de preços e tabelas de pagamento. Premidos pelo rebaixamento dos valores pagos por esse instituto, os hospitais e serviços privados mais qualificados têm se descredenciado voluntariamente do mesmo e buscado, no mercado de atendimento médico das empresas e famílias, novas formas de financiamento de suas ações. Muito dos que ficaram, em geral os estabelecimentos prestadores de serviços de menor qualidade, passaram a realizar fraudes em proporções crescentes como uma forma "aética" de ressarcir os

prejuízos unitários sofridos em cada procedimento prestado para a rede pública.

TABELA 8
NÚMERO DE CONSULTAS POR EMPREGO MÉDICO/ANO
NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
1985/87

Tipo de Estabelecimento	Anos de referência			
	1985	1986	1987	1987/85 (%)
Total	1625	1713	1685	3,7
Públicos	1651	1585	1539	-6,8
Privados	1600	1856	1853	15,8

FONTE: Anos de 1985/87.

TABELA 9
NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR EMPREGO MÉDICO/ANO
NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
1985/87

Tipo de estabelecimento	Anos de referência			
	1985	1986	1987	1987/85 (%)
Total	153,0	155,2	145,2	-5,1
Públicos	67,6	70,2	62,5	-7,5
Privados	209,3	217,5	208,4	-0,4

FONTE: Ano de 1985/87.

Poder-se-ia entender o sucateamento como uma insuficiência de oferta de serviços de saúde no contexto das diferentes regiões. As Tabelas de 10 a 13 mostram que existe uma série de desequilíbrios regionais e déficits de cobertura de serviços de saúde no Brasil quando são utilizados os parâmetros da própria Portaria nº 3.046 do Inamps.

A Tabela 10, relativa ao ano de 1985, mostra que em termos de consultas médicas só não existiam déficits de cobertura na Região Sudeste. Todas as demais regiões do país encontravam-se relativamente desassistidas quanto a esses serviços. Déficits maiores, relativos às Regiões Norte e Nordeste, chegavam a quase 50%. O mesmo pode ser dito com relação aos déficits em consultas

odontollógicas que, conforme demonstra a Tabela 11, existem em todas as regiões, inclusive no Sudeste.

Não menos relevante é o déficit de consultas em algumas espercialidades médicas imprescindíveis a um país jovem e com fecundidade ainda elevada como o Brasil. O déficit de consultas em pediatria e ginecologia (Tabelas 12 e 13) observado em 1985, aconteceu em todas as regiões do país e chegou a patamares bem altos, como os 60% em ginecologia, na Região Norte.

A estes déficits quantitativos somam-se as chamadas resultantes qualitativas do "sucateamento". O Brasil é campeão mundial de infecção hospitalar. O tempo médio de permanência de doentes nos hospitais é muito elevado, especialmente no setor público, em função da pouca intensidade do treinamento recebido pelos pacientes.

4. ASPECTOS RARAMENTE ABORDADOS NO DISCURSO SOBRE "SUCATEAMENTO"

Vimos, portanto, que ao se falar em sucatamento da rede de serviços de saúde, existe sempre a tendência a encarar o fenômeno pelo lado de suas causas(carência de investimentos, redução ou estagnação da capacidade instalada, etc.) ou de suas conseqüências (quedas na produção, produtividade e qualidade dos serviços assistenciais, déficits de cobertura, etc.). Embora alguns desses argumentos sejam razoáveis, eles não explicam todos os verdadeiros fatores que podem estar associados ao problema.

4.1. O sucateamento da capacidade gerencial do setor

Pode-se afirmar que nos últimos anos as instituições de política de saúde vêm progressivamente perdendo sua capacidade gerencial. Isto não apenas é verdadeiro nos níveis macro (Ministério da Saúde, Inamps e Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde) como nos níveis microgerenciais (hospitais, postos de saúde, etc.).

A inexistência de uma adequada política de recursos humanos tem trazido sérias conseqüências em vários aspectos do pessoal ligado à área de saúde. Não existem planos de carreira, perspectivas de formação, treinamento e aperfeiçoamento de serviço. Desmobilizados e desmotivados, o corpo de funcionários do setor de saúde troca a dedicação aos pacientes e as instituições de saúde pelo comporativismo, pois são instituições como os sindicatos e associações profissionais que lhes acenam com alguma perspectiva de melhoria salarial ou funcional.

Ao lado da desmotivação, "corre por fora" o clientelismo e a corrupção. Criou-se ao lado do setor público de saúde, todo um jogo de interesses que acaba sendo o principal elemento responsável pela política de lotação de pessoal. Os hospitais públicos ou postos de

TABELA 10
CONSULTAS MÉDICAS NECESSÁRIAS E REALIZADAS COM BASE NO PARÂMETRO DE 2,8 CONSULTAS POR HAB./ANO
BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	NÚMERO DE CONSULTAS NECESSÁRIAS		NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS		DÉFICIT DE CONSULTAS	
	Absoluto	Per Capita	Absoluto	Per Capita	Absoluto	Per Capita
Brasil	367.942.949	2,80	340.420.529	2,59	(27.522.420)	-0,21
Norte	19.823.163	2,80	10.464.046	1,48	(9.359.117)	-1,32
Nordeste	107.648.862	2,80	61.548.219	1,60	(46.100.643)	-1,20
Sudeste	158.561.290	2,80	197.331.773	3,48	38.770.483	+0,68
Sul	57.707.140	2,80	53.179.316	2,58	(4.527.824)	-0,22
Centro-Oeste	24.202.494	2,80	17.897.205	2,07	(6.305.289)	-0,73

Número de Consultas Necessárias = População x 2,80 (Parâmetro Inamps).
Número de Consultas Realizadas: Observação direta dos dados da AMS.
Déficit de Consultas = Consultas Necessárias - Consultas Realizadas.

TABELA 11
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS NECESSÁRIAS E REALIZADAS
BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	CONSULTAS NECESSÁRIAS		CONSULTAS REALIZADAS		DÉFICIT DE CONSULTAS	
	Absoluto	Per Capita	Absoluto	Per Capita	Absoluto	Per Capita
Brasil	65.704.098	0,50	51.477.815	0,39	(14.266.283)	-0,11
Norte	3.539.851	0,50	1.431.717	0,20	(2.108.134)	-0,30
Nordeste	19.223.011	0,50	15.524.576	0,40	(3.698.435)	-0,10
Sudeste	28.314.516	0,50	22.591.177	0,40	(5.723.339)	-0,10
Sul	10.304.847	0,50	9.354.512	0,45	(950.335)	-0,50
Centro-Oeste	4.321.874	0,50	2.575.852	0,30	(1.746.022)	-0,20

FONTE: Ver as observações da tabela anterior.
OBS: Foi considerada a soma das consultas odontológicas com as consultas odontológicas de urgência.

TABELA 12
NECESSIDADES DE CONSULTAS PEDIÁTRICAS
BRASIL E REGIÕES - 1985

	CONSULTAS NECESSÁRIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DÉFICIT (C)	(C)/(A) (%)
Brasil	57.031.157	56.551.660	-479.497	-0,8
Norte	3.072.590	2.082.764	-989.826	-32,2
Nordeste	16.685.572	11.273.449	-5.412.123	-32,4
Sudeste	24.577.000	32.993.856	+8.416.856	+34,2
Sul	8.944.607	7.149.952	-1.794.655	-20,1
Centro-Oeste	3.751.388	3.051.639	-699.749	-18,6

FONTE: AMS-85.

TABELA 13
NECESSIDADES DE CONSULTAS GINELÓGICAS E OBSTÉTRICAS
BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	CONSULTAS NECESSÁRIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DÉFICIT (C)	(C)/(A) (%)
Brasil	46.728.755	30.586.168	-16.142.587	-34,5
Norte	2.517.542	1.027.021	-1.490.521	-59,2
Nordeste	13.671.406	7.059.141	-6.612.265	-48,4
Sudeste	20.137.284	16.487.682	-3.649.602	-18,2
Sul	7.328.807	3.941.589	-3.387.218	-46,2
Centro-Oeste	3.073.716	2.070.735	-1.002.981	-32,6

FONTE: AMS-85.

saúde mais distantes, localizados fora das cidades e nas periferias metropolitanas estão quase sempre com falta de pessoal, enquanto que em outros "bem situados" encontram-se aberrações como número de médicos lotados superior ao número de leitos.

Não é raro, também, encontrarem-se estratégias onde o paciente tem que remunerar "por fora" o médico para ser atendido, ou então onde o paciente é desviado para o consultório particular do médico.

Outro setor francamente sucateado é o de administração de material. A ausência de uma política de compras e controle de estoques de materiais, medicamentos e insumos em saúde, bem como a inexistência de uma "logística" de distribuição, tem acarretado sérios problemas como o desabastecimento e a não substituição

de peças de equipamentos e aparelhos utilizados em diagnósticos e terapia.

O desperdício representado pela grande quantidade de recursos inutilizados com materiais e insumos que perdem a validade sem serem consumidos, soma-se ao gasto exagerado com a compra de medicamentos através de intermediários, que poderiam ser facilmente substituídos por quadros internos aos serviços de saúde, com grande economia de recursos pelo não pagamento da taxa dfe administração e pela obtenção de descontos junto aos fabricantes e fornecedores.

Vale destacar ainda que os equipamentos não têm manutenção preventiva nem peças de reposição em estoque. Quando quebram, ficam por muito tempo paralizados e, não raramente, deixam definitivamente de funcionar. Isso sem contar os equipamentos que se depreciam antes do uso pela falta de especialistas ou de requisitos técnicos para sua instalação ou funcionamento.

4.2. O sucateamento da moral e da ética médica

Tão dramático quanto o sucateamento da capacidade gerencial do setor é o sucateamento moral da prática dos estabelecimentos de saúde e do próprio corpo de profissionais. Generalizou-se a política de fraudes, seja como forma de "ajustar" o preço dos serviços privados pagos pelo setor público aos níveis vigentes no mercado, seja como forma de aumentar a remuneração individual dos profissionais de saúde.

Sendo assim, as fraudes dos estabelecimentos de saúde são, de um lado, decorrência de uma política "irrealista" de rebaixamento dos preços dos serviços da rede contratada e conveniada com o Inamps. A generalização dessa forma de pagamento e contratação de serviços para o setor público estadual e municipal cria a possibilidade (não remota) de que este setor passe também a ser fraudador.

Vale, mencionar, no entanto, que não basta simplesmente reajustar os preços dos serviços de saúde contratados pelo setor público de forma compatível com o mercado. A constância do hábito cria uma degradação da própria consciência ética dos prestadores que continuam a fraudar mesmo em circunstâncias de remuneração mais vantajosas. Portanto, existe uma necessidade premente de repensar as formas de "compra" de serviços que caracterizam o relacionamento do setor público com o privado, e o próprio relacionamento entre esferas de governo.

No caso dos médicos, o "sucateamento moral" pode ser observado por um grande conjunto de práticas, onde cabe destacar a cobrança de taxas "por fora" aos pacientes, o "aliciamento" destes para os serviços privados -- em geral pertencentes ao próprio médico ou onde este recebe um pagamento em comissão -- o absenteísmo exagerado e o grevismo que propiciam as quedas anteriormente verificadas na qualidade e na produtividade dos serviços no setor público.

O corporativismo dos médicos e, por extensão, dos demais profissionais de saúde, tem sido um dos principais fatores que impulsionam o sucateamento da ética médica. É cada vez mais rara a atenção personalizada e a hierarquização do atendimento a partir de uma base de integração entre o médico e a comunidade. As extensas greves do setor público tornam a população cada vez mais descrentes das possibilidades de atendimento deste setor. Como corolário, os segmentos de classe média passa a buscar modalidades assistenciais privadas, enquanto que os mais pobres tornam-se totalmente desassistidos.

O corporativismo associa-se ainda ao clientelismo e ao nepotismo dos profissionais trazendo efeitos negativos nos próprios processos de gerenciamento da saúde no setor público. A política de valorização profissional deixa de ser um atributo de necessidade e passa a ser um "prêmio" para aqueles que estão próximos do poder, dos sindicatos, das associações de funcionários, independentemente do mérito e da competência profissional. A administração passa a ser regida por lemas, jargões e palavras de ordem que supervalorizam o "companheiro" e deixam de lado o "cliente". O "baixo clero" e suas ligações clientelísticas e corporativas conferem o suporte político a esta estratégia, escondendo os "erros médicos", a baixa produtividade e o absenteísmo.

Nessas circunstâncias, torna-se difícil pensar na implantação de qualquer critério de remuneração do trabalho em saúde pela "produtividade" dos profissionais ou pela "qualidade" dos serviços. Os mais corporativos rechaçam estes critérios, com o discurso vazio de que políticas sociais não podem ser avaliadas segundo estes parâmetros. Os mais fisiológicos aceitam aparentemente o discurso e conseguem demolir lentamente a prática a ele associada, através de um processo de resistência passiva e coletiva, onde os padrões exigidos ou não são cumpridos, ou são escamoteados.

4.3. O sucateamento do padrão de gastos

Outro aspecto raramente mencionado, quando se fala em sucateamento, diz respeito à questão dos custos. Basta gazer a seguinte pergunta? Quanto custa uma consulta, uma internação ou um exame de saúde no setor público? Pouquíssimos estabelecimentos seriam capazes de fazer uma estimativa.

Com algumas exceções, como por exemplo os hospitais universitários, não existe nenhum sistema de acompanhamento de custos nos estabelecimentos públicos de saúde no Brasil. As decisões sobre o quanto se gasta são tomadas numa perspectiva totalmente burocrática na ocasião da elaboração do orçamento. Considere-se ainda o fato de que a maioria dos estabelecimentos de saúde não são nem "unidades orçamentárias". Os orçamentos não refletem a realidade. Nos momentos de crescimento, os gastos excessivos são cobertos com suplementações de verba. Nas ocasiões de crise, pelo desabastecimento e pela própria redução da capacidade de atendimento dos serviços.

A visão que está por trás deste comportamento é a de que o Estado é uma "cornucópia", ou seja, tem uma capacidade ilimitada de produzir e fabricar dinheiro, independentemente de suas fontes, as quais em geral nem são conhecidas pelos gerentes e pelos profissionais do setor de saúde.

Como corolário, não existe nenhuma "responsabilidade" ou questionamento dos gerentes e profissionais no que diz respeito a preços abusivos de insumos, sistemas ineficientes de gestão de pessoal e material ou a desperdícios de toda natureza. Na visão de todos, o Estado "banca".

Este tipo de comportamento pode ser observado não só no nível micro-institucional, mas também ao nível macro, haja vista a proposta constitucional de criar um sistema "universal, equânime e integral" de assistência à saúde, sem pensar, de forma adequada, em seu financiamento.

4.4. O sucateamento do aparelho formador

Ao longo dos últimos anos, observou-se um processo de grande aumento na formação de médicos. Entre 1970 e 1980 o número desses profissionais passou de 45 mil para 101 mil e estima-se que tenha chegado próximo dos 180 mil em 1990. Neste processo o ensino médico, como o das demais profissões, sofreu os efeitos deletérios da massificação do ensino, tal como a queda da qualidade dos profissionais recém-formados. Este problema pode

ser observado tendo em vista o crescimento relativo da quantidade de erros médicos denunciados junto aos Conselhos Profissionais, a qual só não é mais elevada em função da proteção corporativa da própria categoria.

A queda da qualidade de ensino associa-se ainda ao fato de que as tradicionais estratégias de "training on the job" oferecidas nos chamados "cursos de residência médica" -- incentivadas por órgãos como a própria Comissão de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) -- vem sendo progressivamente desativadas.

Tudo isso ocorre justamente num contexto onde ainda não existem mecanismos adequados de defesa do consumidor no campo de saúde. As indenizações financeiras e as punições por "malpractice", que podem chegar a valores e severidades bem altas nos países desenvolvidos, praticamente não existem no Brasil. A justiça é morosa e inacessível à população de baixa renda que certamente é a que menos condições apresenta para reclamar pelos erros médicos ou por condições inadequadas de atendimento.

4.5. O sucateamento do setor privado

O discurso do sucateamento raramente tem sido utilizado para o setor privado prestador de serviços. No entanto, como foi visto na primeira parte deste trabalho, é justamente este setor o que mais tem sofrido com a crise, como demonstra a já assinalada perda ou redução do número de estabecimentos hospitalares.

Do ponto de vista mais objetivo cabe ressaltar, no entanto, que um estabelecimento de saúde privado deve funcionar em condições adequadas de eficiência que lhe garantam uma rentabilidade compatível com as expectativas dos agentes responsáveis pelo seu funcionamento. Se isto não acontece, existe uma forte tendência de o estabelecimento "fechar" por causa da concorrência ou de ser repassado para outros, antes que seja "sucateado", no sentido que tem sido conferido à rede pública.

Pode-se dizer, portanto, que o setor privado está sujeito a fenômenos de "ajuste de oferta" ou das condições internas de eficiência que não necessariamente podem ser lidos ou interpretados como "sucateamento".

No entanto, no caso do setor privado atrelado ao Inamps, existem distorções de mercado que podem até justificar a questão do sucateamento. Cabe ressaltar que o Inamps atua de forma monopsônica (único comprador de serviços de uma grande quantidade de

estabelecimentos privados) tendo, dessa forma, o poder de estipular o preço pelos serviços. Sendo assim, ao ter a capacidade de ajustar a oferta pelo nível de preços, sem no entanto exigir uma rigidez em termos de qualidade do produto, ele pode contribuir para uma degradação das condições de eficiência equalidade, configurando o que pode ser chamado de sucateamento.

Cabe, dessa forma, pensar em alternativas que evitem que o próprio poder de fixação de preços do setor público seja responsável pela degradação dos padrões de qualidade. Uma das formas de pensar esta questão é estabelecer uma política de compra e venda de serviços independente em cada município, que não esteja atrelada a nenhuma tabela de pagamento, seja a AIH, seja a da AMB.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da degradação da qualidade dos serviços de saúde, em todos os seus aspectos -- gerencial, financeiro, institucional, regional, tecnológico e de formação de recursos humanos -- não pode ser resolvido a partir de um diagnóstico simplista do tipo "a saúde precisa de mais investimentos", como tem apontado a retórica tosca do "sucateamento".

O sistema de saúde precisa ser redefinido num sentido global. Esta redefinição exige, necessariamente, um novo padrão técnico, ético, institucional e financeiro.

A descentralização das receitas vinculadas ao setor de saúde e a existência de uma autonomia loco-regional nas formas de arrecadação, gestão, compra, venda e organização dos serviços, parece ser um dos caminhos apontados para a construção de um novo modelo assistencial. Este modelo deveria levar em conta não apenas a questão da "desestatização" como forma de tornar mais eficiente os aparelhos normativo e fiscalizador do setor público, mas também formas mais eqüitativas de aquisição dos serviços que sejam progressivas com o nível de renda.

Também se tornam necessárias estratégias gerenciais concentradas em estruturas mais leves e autônomas onde a informação estatística (sobre custos, produção e qualidade dos serviços) seja a principal ferramenta de controle social, tendo em vista a maior visibilidade da gestão dos serviços.