

---

A VII Conferência foi tema de uma

---

# Mesa-redonda

---

promovida pelo CEBES

---

O CEBES reuniu no dia 21 de maio passado figuras representativas da área de Saúde, que tendo participado da VII Conferência Nacional de Saúde, pudessem fazer um balanço e contribuíssem para a discussão sobre seus resultados. Estiveram presentes o Dr. Domingos Adib Jatene, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, o Dr. José da Silva Guedes, professor de Medicina Social da Santa Casa de São Paulo e assessor daquela Secretaria, o Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, o Dr. Sebastião de Moraes, Secretário de Saúde de Campinas e o Dr. Carlos Gentile de Mello, Médico sanitário. Coordenando o debate e representando o CEBES falou o Dr. Nelson Ibañez, professor de Medicina Social da Santa Casa e diretor do Centro de Saúde-Escola de Cotia.

**NELSON** — Deu-se em março a VII Conferência de Saúde, que teve por finalidade submeter a amplo debate as propostas do governo quanto às ações empreendidas pelo Ministério da Saúde com respeito à implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. O tema central foi a “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”.

Participaram dos trabalhos desta conferência os delegados do Ministério da Saúde, técnicos dirigentes de órgãos ou entidades diretamente subordinadas ou diretamente vinculadas a este. Outros funcionários designados, representantes dos Ministérios da Previdência Social e do Interior, diretores de Serviços das Forças Armadas, secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Territórios, e outras autoridades da área de Saúde, especialmente convidadas, representantes oficiais de órgãos públicos da área de Saúde, como autarquias, fundações e entidades paraestatais, representantes de órgãos particulares e instituições ligadas à iniciativa privada. Parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado, respectivamente, quatro deputados e um senador; representantes de organismos internacionais e um representante do clero.

**GUEDES** — A expectativa em torno da conferência era grande, porque das últimas três era a primeira que se realizava num clima de maior abertura, onde a possibilidade de discussão era grande.

Assim, ainda que o clima de trabalho estivesse diferente das Conferências anteriores, infelizmente, o que se tirou de resultados práticos ainda não satisfizeram. Uma vantagem desta VII Conferência, foi que conseguiu centrar a discussão sobre um tema, enquanto nas anteriores a discussão se perdia numa enormidade de temas.

E pelo trabalho nos grupos, deu para ficar evidente que não existe uma unanimidade sobre o tema “serviços básicos de saúde”. E é uma oportunidade, aqui nesta mesa-redonda, ao invés de analisar a conferência, analisar o tema “serviço básico de saúde” e a necessidade de sua implantação, tirando a conotação deste serviço básico de primeiro atendimento, que funciona na realidade praticamente como um serviço de triagem.

Foi possível contrapor as idéias de rede básica e ver que o fracasso dela foi que na verdade ela funcionava como triagem e não como serviço básico.

Portanto, eu acho que realmente serviu para esta troca de idéias entre os participantes, mas o poder destes próprios participantes para influir nas decisões políticas permaneceu pequeno.

**EURIVALDO** — A nossa impressão inicial na apreciação da VII Conferência se coloca em duas perspectivas. Uma, no sentido de que a VII Conferência representaria a seqüência de um debate em torno das organizações de saúde do país e a conseqüente implementação de uma política de saúde, tendo como tema central as ações básicas de saúde, numa proposta de organização destes serviços básicos, numa seqüência das Conferências anteriores que já colocavam a necessidade de organizar um sistema nacional de saúde, e conseqüentemente, de definir uma política de saúde. É o tema central, organização dos serviços básicos, seria o núcleo através do qual se procuraria tornar concreta esta política no sentido de estender as ações de saúde à população através de uma política concreta voltada às suas necessidades, por um lado; por outro lado uma proposta de futuras ações deste sistema que procuraria viabilizar esta política através da detecção das eventuais deficiências ou não-implantação de certas linhas de organização deste plano de saúde.

**GUEDES** — Acho interessante verificar que todos nós começamos a falar de uma certa decepção com a VII Conferência.

Se pegarmos o relatório e as conclusões da VII Conferência veremos coisas preciosas. Então, por que esse nosso desânimo se a Conferência tem coisas muito boas?

A minha explicação, que é uma hipótese para



esse desânimo, é que, na realidade, uma série de desencontros aconteceram. Uma série de afirmações feitas pelo Ministério da Saúde, aparentemente entrosado com o Ministério da Previdência, mas que na verdade são afirmações discordantes das do Ministério da Previdência. As afirmações do Dr. Harry Graef discordando dos próprios elementos da Previdência e posteriormente a colocação final do ministro Jair Soares deu uma esvaziada nas esperanças.

Então, eu creio que esses desencontros entre uma política expressa pelo Ministério da Saúde e da Previdência e uma outra política que estava sendo defendida pelo presidente do INAMPS justifica um pouco esta descrença. Porque o que está escrito no papel é muito bom, mas acho que nós já temos idade suficiente para não acreditar muito nas coisas que estão no papel.

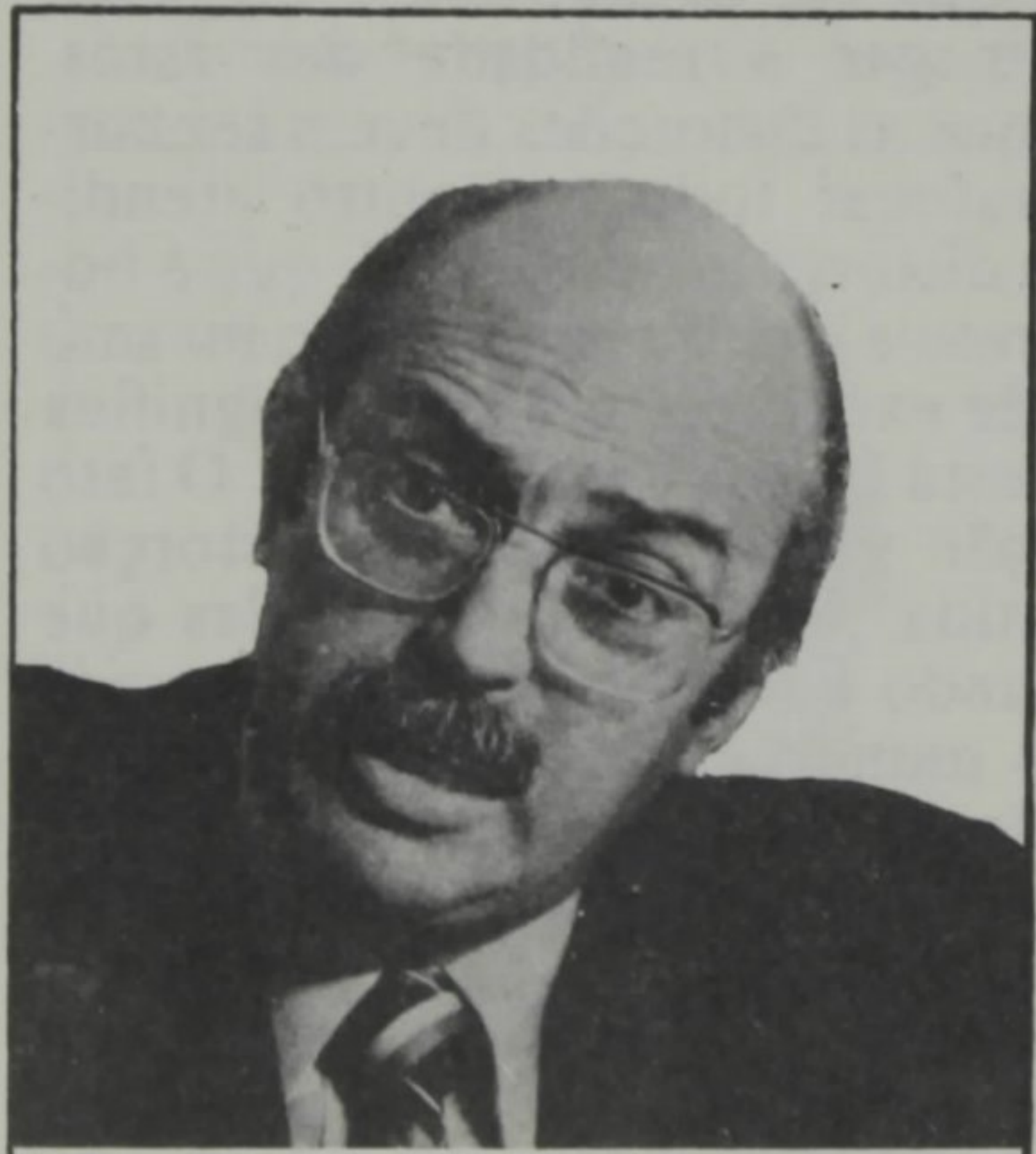
Eu queria ler algumas coisas que estão propostas em termos de diretrizes para essa rede básica (algo importante porque nunca se defendeu desse jeito): que é que a "rede de cuidados primários e significativa parte do serviço especializado devem estar sob responsabilidade de direta do Estado, de forma que o governo esteja seguro e independente das pressões e interesses alheios aos objetivos gerais". Isto está definindo

encontros me desanimaram de acreditar que o que estava no papel ia realmente funcionar.

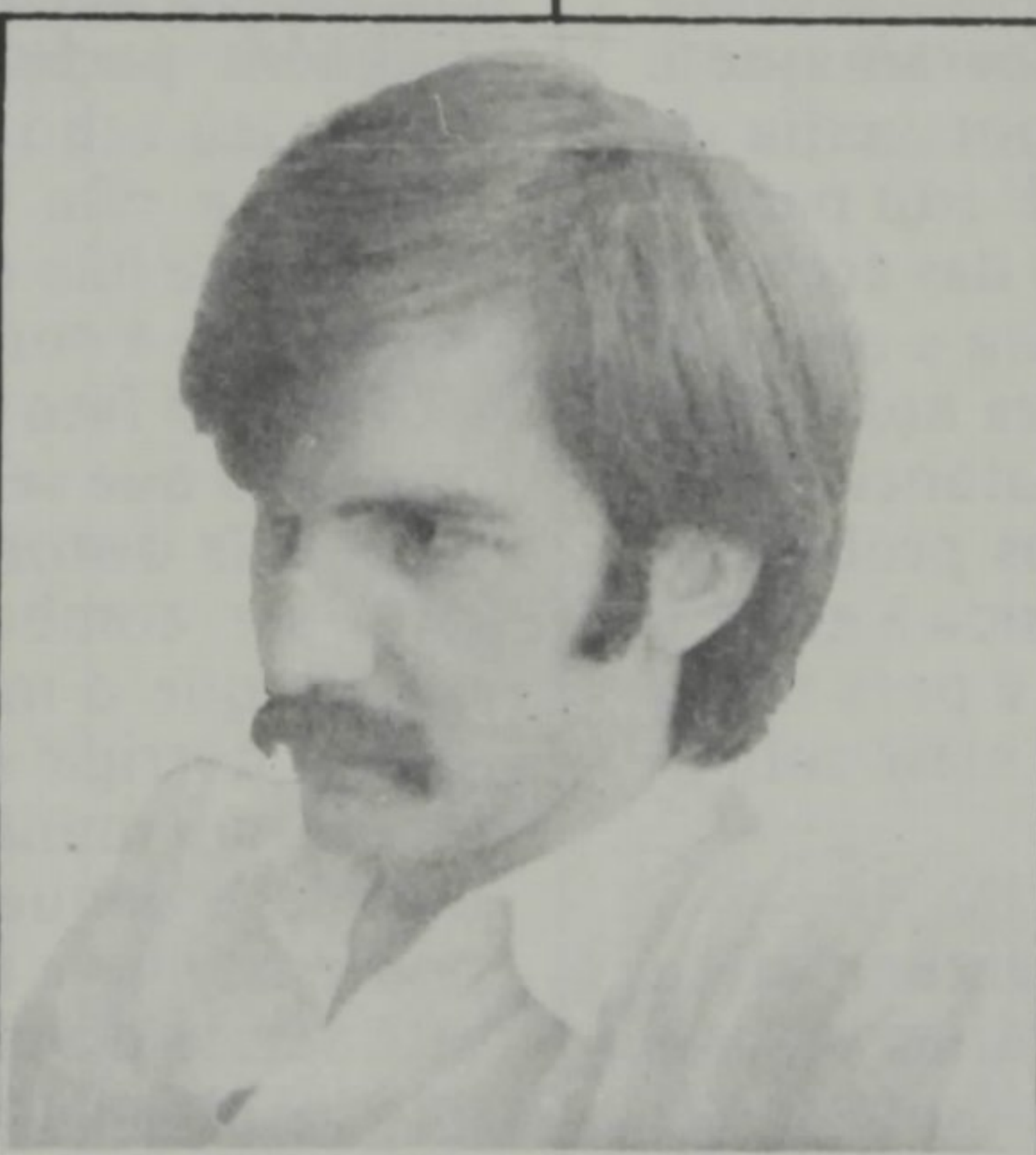
**GENTILE** — Acho que o Guedes colocou a coisa bem. Como disse, havia uma euforia generalizada entre os participantes da VII Conferência.

O primeiro choque violento foi no primeiro dia da Conferência. Exatamente quando o Dr. Harry Graeff, presidente do INAMPS, deslocava-se do Rio para Brasília, com viagem paga pelo INAMPS, porque ele ia representar o INAMPS na VII Conferência. Ele declarou para a imprensa deste país que era favorável à implantação do sistema de seguro saúde, que é a antítese perfeita de tudo que os quatrocentos participantes estavam discutindo entusiasticamente.

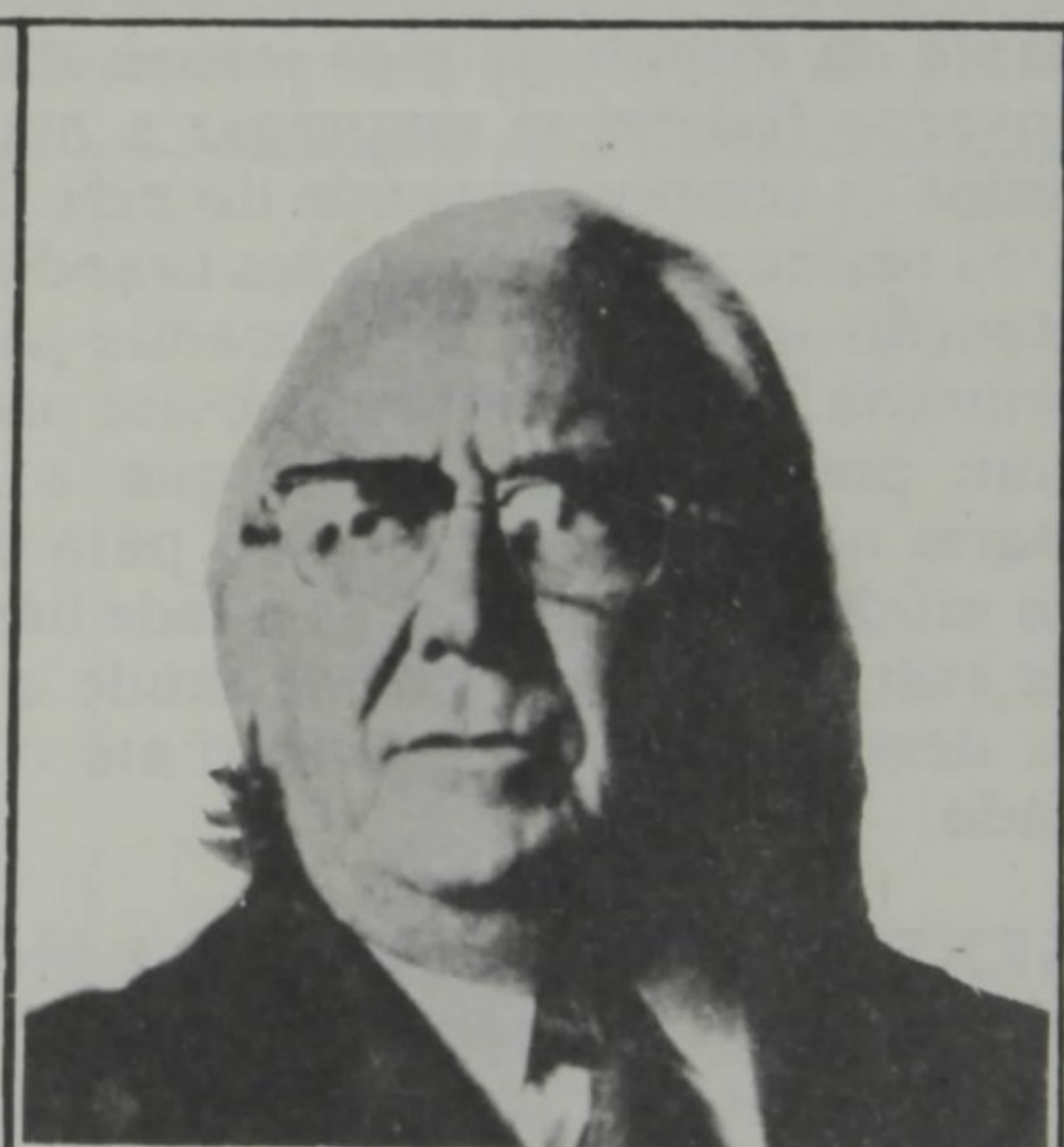
Interpelado, durante a Conferência, declarou que havia falado em nome pessoal, não obstante ter viajado especificamente para isto, sendo a viagem paga pelo INAMPS. Por isto, nós, participantes, ficamos esperando ansiosamente o pronunciamento do ministro da Previdência, Jair de Oliveira Soares, importante, sobretudo, porque hegemônico em termos de recursos financeiros.



Dr. Domingos Adib Jatene



Dr. Nelson Ibañez



Carlos Gentile de Mello

a rede básica como uma rede pública. Isto é muito importante porque em outras oportunidades houve discussão se ela deveria ser apenas uma rede pública.

Em outra parte, ao falar de hierarquização dos serviços, fixa-se em termos de diretrizes, que "deve ser garantido o acesso a todos os níveis de assistência". Ou seja, a rede básica vai estar funcionando como porta de entrada e não como barreira.

Outro item diz o seguinte: "O Estado coordenará os planos e programas de articulação inter e intra-institucional envolvendo órgãos federais e municipais". Se nós estivéssemos realmente acreditando na coisa, isto é, no papel, estaríamos muito contentes. Afinal, ficou definido que o Estado vai coordenar os planos e programas e provavelmente a Secretaria de Estado vai ter autoridade suficiente para chamar os outros convivas do banquete do Sistema Nacional de Saúde para discutir o cardápio e como vão ser as coisas daí para a frente...

Eu acho que talvez seja impossível sair de uma conferência com coisas amarradas, mas os des-

Todo o mundo esperava que o Dr. Jair Soares dissesse coisas que estariam dentro do texto muito bem elaborado que ele levou e distribuiu na Conferência. Documento onde ele apresentava algumas informações. Primeiro, estima-se que trinta mil médicos recém-formados trabalham em condições de subemprego. Segundo, calcula-se que existam setenta órgãos públicos com atuação direta na área de saúde. Terceiro, estima-se que os serviços públicos de atenção à saúde funcionam com um nível de 60% de ociosidade (um negócio espantoso, porque um dos grandes, senão o maior responsável por essa ociosidade é a política privatizante da própria Previdência Social).

O ministro Jair Soares, para desgosto da maioria, ao invés de ler o seu discurso, preferiu usar o quadro-negro e falar de improviso. Nessa altura, todo o mundo estava esperando que ele dissesse alguma coisa sobre o PRO-SAÚDE, que se transformou na véspera no PREVSAÚDE, fazendo recomendações desse tipo: "a partir do PREVSAÚDE será expressamente proibido a qualquer hospital próprio do INAMPS funcionar com taxa de ocupação inferior a 85%, caso



em que seu diretor deverá ser chamado a dar explicações. Segundo, nenhum paciente previdenciário poderá ser encaminhado a hospitais da rede privada contratada antes de esgotada a capacidade operacional dos hospitais governamentais. Terceiro, será expressamente proibido a qualquer dono de hospital da rede privada contratada pelo INAMPS, ou sócio de empresa de medicina de grupo, ocupar cargo de direção ou assessoramento do INAMPS.

Ao contrário, o ministro Soares ainda que tenha defendido a criação da rede básica de saúde formalmente, informou que o INAMPS começou a credenciar 560 hospitais da rede privada, ampliando dessa forma os espaços para os descaminhos, as fraudes, as distorções, os superfaturamentos, por ele próprio tantas vezes denunciados.

A partir deste momento, na minha opinião, o programa defendido pela VII Conferência Nacional de Saúde estava seriamente deteriorado, e devia servir apenas como literatura para o ensino dos líricos otimistas sanitaristas responsáveis pelas cadeiras de Medicina Preventiva.

**SEBASTIÃO** — Outro problema que não ficou claro na VII Conferência foi a dotação e a forma de financiar os programas. Isto porque o presidente da República e os jornais disseram que o governo federal ia empregar a maior verba de todos os tempos na saúde do país. E isto parece uma realocação de recursos tirando das áreas de atenção secundária e colocando para a atenção primária. Isto aí também é coisa para nos deixar com pouca esperança porque a atenção primária não pode ser solução para os problemas de saúde do país e que, se a rede básica é a porta de entrada dos serviços de saúde o é para todos os demais níveis de atenção até o mais sofisticado.

**GENTILE** — Não sei se o Dr. Adib Jatene vai se pronunciar a respeito, mas eu já li várias vezes a conferência que ele pronunciou durante a VII Conferência e o que eu entendi é que ele acha que não há sofisticação ou seja, ele acha que as técnicas modernas podem e devem ser usadas.

Não acredito que ele defenda ociosidade nem distorções, ao contrário, no texto da sua conferência que ele leu criteriosamente, ele aponta inclusive distorções, em conformidade com elevadas concentrações da alta tecnologia com áreas destituídas de qualquer assistência à saúde.

O que eu não concordo com ele, e sinto muito, é que ele já mais de uma vez fala em demanda reprimida.

A demanda tem que ser estudada com mais profundidade, ou seja, a demanda não é a tradução da necessidade. A necessidade é uma coisa e a demanda é outra; há demanda reprimida, sim, mas o que é muito mais importante e que ninguém contesta, inclusive o Dr. Adib Jatene, é a demanda distorcida, isto é, as distorções da demanda criadas pelo modelo caótico, pelo sistema caótico, que ele não reconhece nem mesmo como sistema. De maneira que eu gostaria que o Dr. Adib Jatene voltasse analisar com mais profundidade o problema da demanda; a demanda reprimida, é muito mais importante, que demanda distorcida.

**JATENE** — Eu acho que o Dr. Gentile colocou muito bem o meu ponto de vista em relação ao equipamento, à tecnologia e a incorporação de tecnologia. Eu, durante anos, desde 1958, venho trabalhando na área de tecnologia aplicada à cardiologia, desenvolvendo aparelhos para funcionar dentro da nossa realidade. Eu parto do pressuposto de que todo conhecimento humano tem que ser feito em benefício do homem, todo o desenvolvimento tecnológico, ele só tem sentido na medida em que ele for aplicado em benefício do homem. Eu disse mesmo que não entendia o desenvolvimento tecnológico para fazeravião de guerra, tanque, submarino atômico, isso eu não entendia. E quando este conhecimento é utilizado em benefício do homem no equipamento médico, então é sofisticação. Isto é uma distorção total das finalidades do conhecimento humano. O que eu acho é que este equipamento mal utilizado ou sub-utilizado é altamente condenável. E neste ponto eu acredito que as autoridades federais que têm condições de controlar as importações, porque a grande maioria deste equipamento nos é imposto por importação, deveria disciplinar a entrada de equipamento desde que existisse equipamento semelhante. Em relação à distorção do atendimento, eu acho que ele existe, isso é inegável, ninguém pode negar a realidade dos fatos. Agora, eu acho que as distorções devem ser corrigidas, e não sufocar todo um outro atendimento que não é distorcido, que é real, que é honesto, que é correto e que é coberto pelo mesmo sistema. O fato de existir distorção não significa que tudo que se está fazendo é distorcido. O fato de existir distorção significa que essa distorção deve ser combatida. Eu não sou daqueles que acham que o mundo é feito de puros e que nós vamos corrigir o mundo e não ter nenhum problema no mundo; o mundo sempre foi assim: uma luta daqueles que querem se beneficiar, e nós temos hoje na nossa própria propaganda que está sendo divulgada em larga escala, a idéia de que o brasileiro gosta de levar vantagem em tudo, por isso que ele fuma determinada marca de cigarro. Isso não é verdade, porque se nós divulgarmos a idéia de que queremos levar vantagem em tudo, então nós não vamos fazer as coisas de uma forma correta, nós vamos querer levar vantagem e neste momento nós estamos prejudicando alguém. Eu defendo que as coisas sejam feitas com legitimidade e com correção. As distorções devem ser combatidas e nós não devemos usar a distorção para destruir um colosso de coisas. Eu não vou combater toda a rede privada porque tem gente na rede privada que faz distorção e que faz um mal atendimento, que rouba. A rede privada tem prestado serviços relevantíssimos, de muita importância. Eu conheço médicos e hospitais que trabalham com seriedade, que prestam um serviço enorme, que atendem de uma forma decente a população, e onde o sistema de unidade de serviço não é corruptor. A corrupção está nas pessoas, não está no sistema. As pessoas se utilizam do sistema para fazer corrupção. Em todos os sistemas do mundo existe corrupção.

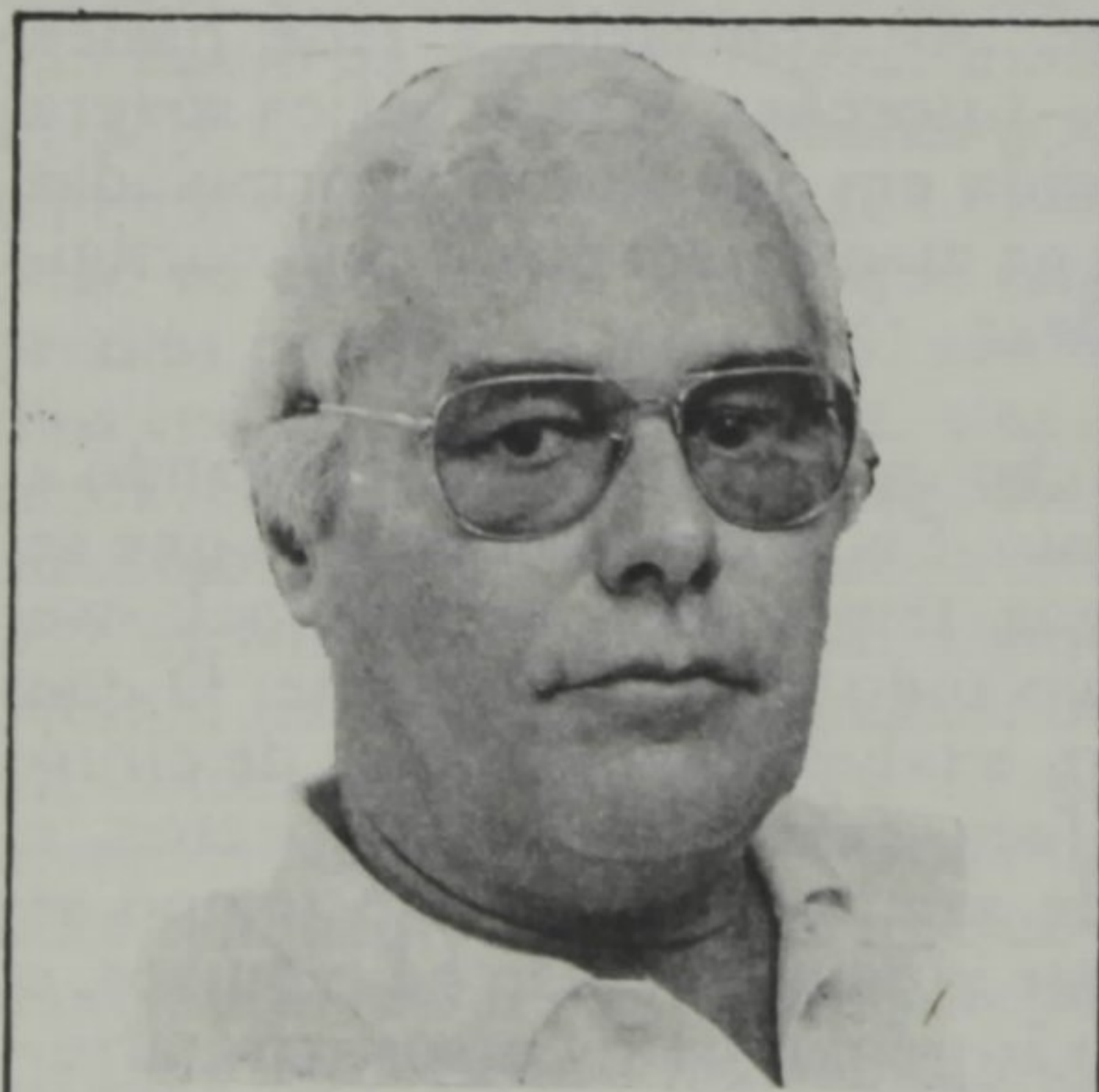
**EURIVALDO** — Eu queria dizer alguma coisa do ponto de vista de definição da política do trabalho. Mais uma vez estavam interessados na



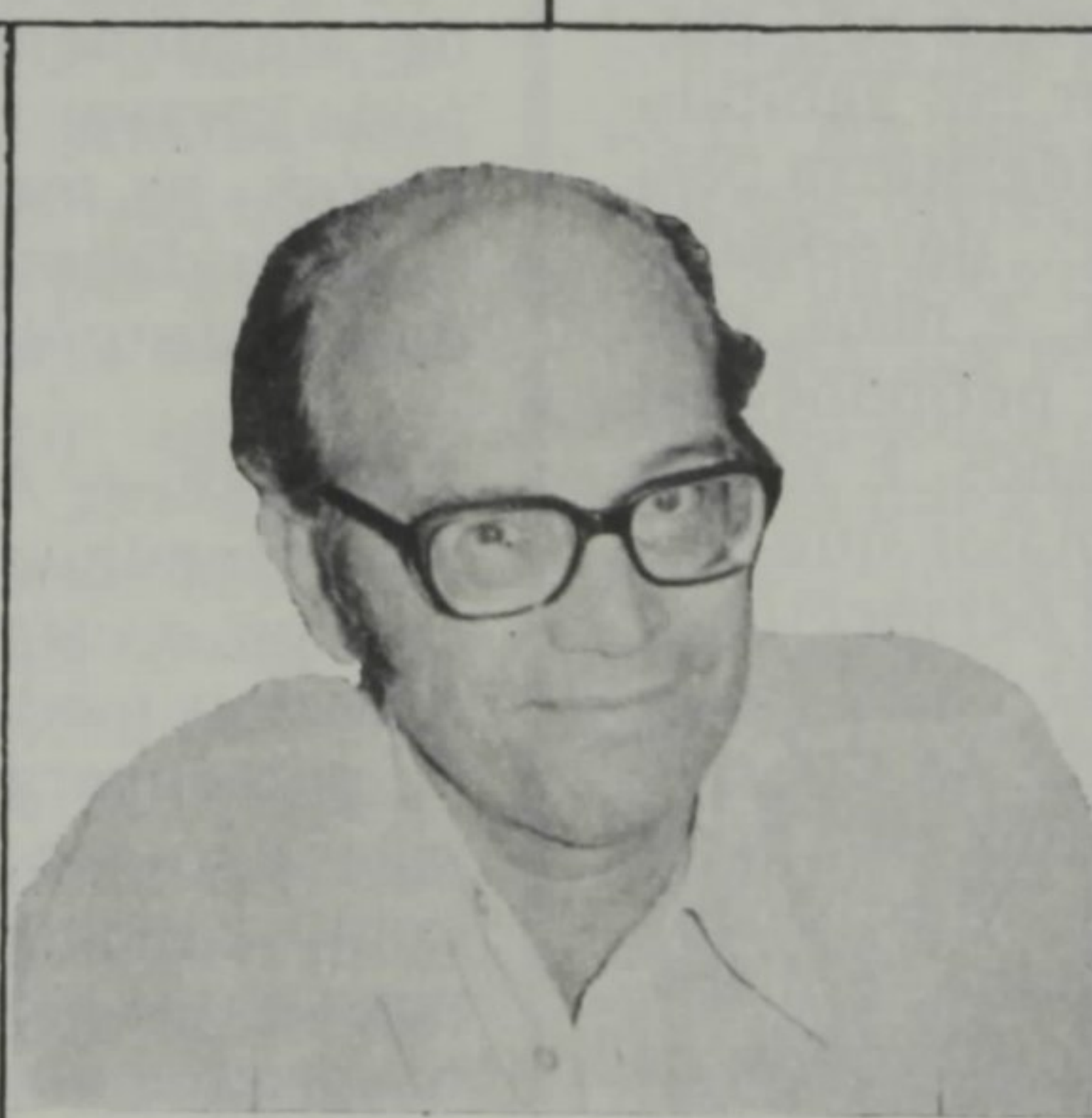
não modificação do atual sistema de saúde do país. Colocavam a formulação de uma política da atenção primária, uma política de atenção básica de saúde pública como uma tentativa ou um meio através do qual se iria diminuir a qualidade do atendimento à população. Isso ficou muito claro em discussões na Conferência. E agora aqui reforçado pelo debate em parte colocado pelo Dr. Gentile, ficaria muito claro que o assunto discutido é uma reformulação do sistema de saúde no país. Ele está estruturado de maneira inadequada não satisfazendo as necessidades da população em termos de atendimento. Então a sua pretensa qualidade de atendimento não existe na extensão necessária para o atendimento à população, porque na realidade as distorções são um impedimento, porque não são exceção mas a regra do sistema. O Dr. Jatene acha que as autoridades federais não só poderiam como deveriam intervir no processo de alocação de recursos em termos de tecnologia no setor de saúde. Isso significa instrumentalização básica de uma política de saúde na medida em que o Estado passaria a assumir uma função de coordenador desse sistema, de dirigí-lo para um sistema realmente em função das necessidades da população. Então, que fique claro: ninguém realmente propôs que essa política de saúde

posta é anular a distorção do sistema em termos desse processo. O objetivo de uma política de saúde é atender a necessidade de uma população, não é aumentar lucro; não pode ser esse o objetivo. E se o objetivo é prestação de serviços tem que haver uma interferência do Estado no sentido de regular esse processo. E só pode regular esse processo se coibir e colocar esse sistema em função do atendimento das necessidades da população, colocar o desenvolvimento a serviço do homem e não do lucro.

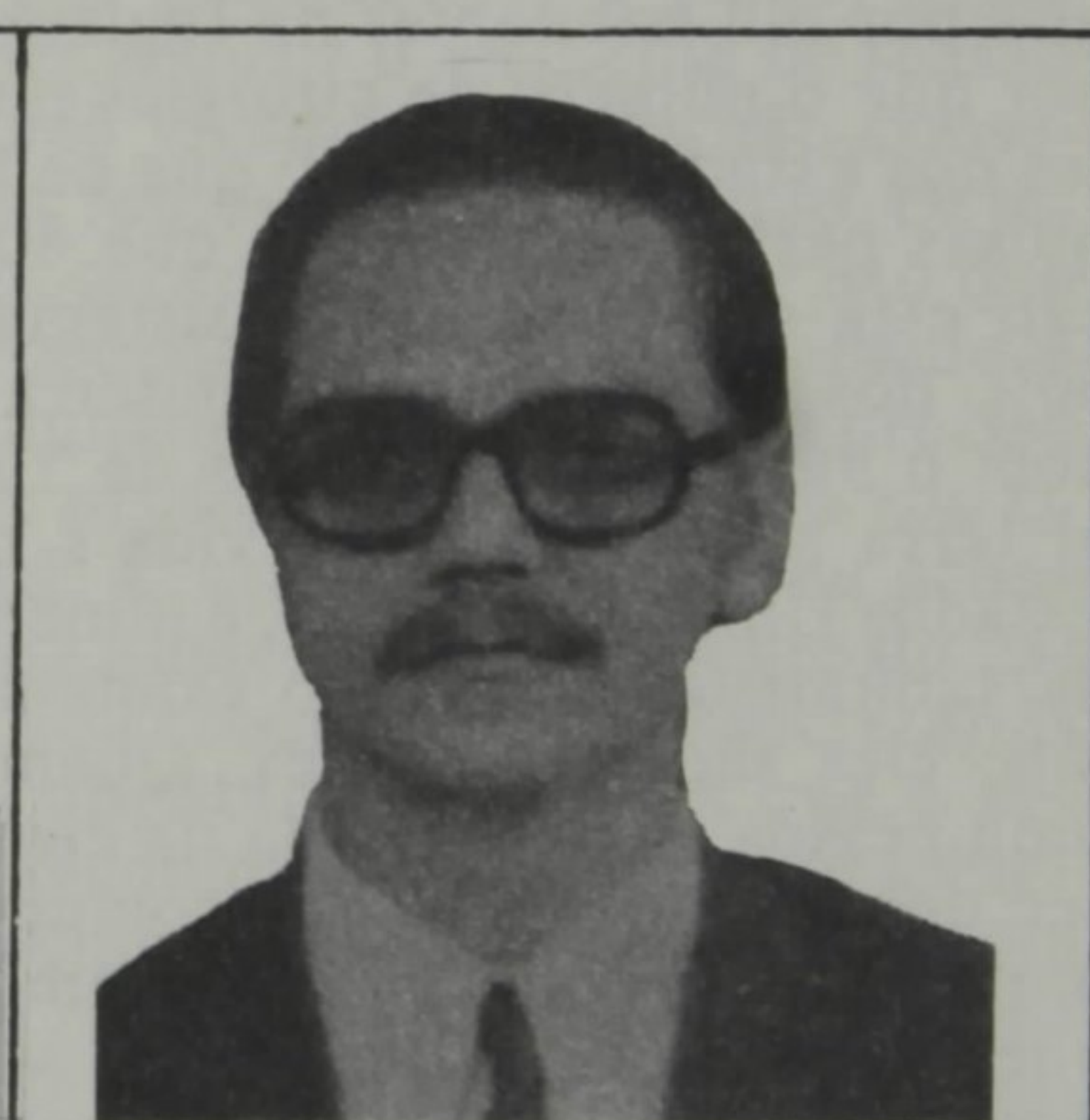
**JATENE** — O Eurivaldo disse que a distorção é a regra. Isso não é um fato comprovado. Porque, para dizer isso é preciso verificar os atendimentos feitos nos hospitais e demonstrados na prática. Que o sistema é inviável inclusive financeiramente eu também não concordo. A Previdência Social arrecadou mais ou menos 150 bilhões de cruzeiros. — Eu não entendo como 16% de uma folha de pagamento é maior do que 14% da atividade econômica que gerou a folha de pagamento. A Previdência Social aplica, em termos nacionais, 25% da arrecadação que ela tem. 25% de 150 bilhões seriam 37 bilhões de cruzeiros. A Previdência Social aplicou em São Paulo no ano passado, pouco mais de 18 bilhões. De maneira, que a Previdência arrecada em São Paulo recur-



Dr. Sebastião de Moraes



Dr. José da Silva Guedes



Dr. Eurivaldo de Almeida

fosse simplificada a tal ponto que negasse a incorporação de conhecimentos científicos e de tecnologia. O que se discute, o que se coloca em questionamento, é a distorção disso. E essa distorção não é infelizmente a exceção desse sistema, ela é a regra. E se ela é a regra, parece muito discutível que ela seja produto do comportamento de algumas pessoas. Então, o próprio sistema está, ele sim, inadequado. E provavelmente, está estimulando a manutenção desse processo. Tanto que a proposta do documento básico referendado, constata e aceita o caráter multi-institucional — aceita inclusive a participação do setor privado porque ele denuncia de que só é viável o modelo, qualquer que seja ele em termos de programa de trabalho, se for anulado — não digo nem atenuado — anulado o atual esquema de prestação de serviços que é inviável com uma política honesta.

Ou seja, este modelo que está aí, é inviável do ponto de vista financeiro na medida em que esses recursos são crescentes em termos de necessidades financeiras e não tem resultado compatível com outros investimentos. Não anula, repito, a participação de tecnologia avançada. A pro-

pos que dariam e sobriam para fazer uma assistência muito boa. Se ela aplicou metade, ou menos da metade do que ela deveria aplicar e do que ela aplica em termos nacionais, eu não posso dizer que isso também é inviável financeiramente.

Para dizer que isso é inviável financeiramente eu preciso dizer que não existem recursos sendo arrecadados. Aí vem a discussão que eu tenho colocado, inclusive com a própria Previdência. Eles dizem: bem, esses recursos vão para outras áreas do país. E eu digo: não pode, porque o recursos da Previdência não é imposto; ele tem caráter de contribuição de seguro; tanto que a aposentadoria, o indivíduo vai no banco com o carnê e recebe. Por que esse indivíduo não recebe a assistência médica que ele está pagando? Não se lhe está concedendo um favor. Ele está pagando mensalmente do seu salário para conseguir a assistência. Agora, os Estados cuja arrecadação da Previdência não daria para fazer essa assistência, precisariam ser suplementados, não com recursos arrecadados pela Previdência para fazer assistência em São Paulo, mas sim outras fontes de recursos. E eu disse na mi-



na Conferência, que os prédios suntuosos, que as agências bancárias luxuosas, que os próprios escritórios burocráticos — uma parte desses recursos poderiam ser desviados para a assistência médica. Eu não acho que nós estamos num sistema inviável financeiramente. Eu acho que nós não estamos aplicando financeiramente nem o que nós arrecadamos.

**GENTILE** — Em nenhum país do mundo ainda não se descobriu um método eficaz para detectar, identificar e corrigir essas distorções. Existem distorções toda vez que o fator estratégico **pagamento por unidade de serviço** é implantado. Na França estamos hoje em crise porque se pensou em aumentar as contribuições e houve uma greve contra o aumento da previdência social. Eu seria até tentado a concordar com o Dr. Jatene se a conjuntura econômica permitisse. Mas eu considero que, antes de aumentar os recursos, é preciso usar os que nós temos adequadamente, reformulando prioridades, corrigindo distorções, acabando com o sistema que eu considero caótico e que ele nem considera sistema. Apenas para exemplificar, comparando o modelo nosso com o modelo inglês nós sabemos que o número de cirurgias por mil habitantes na Inglaterra é 50% menor que o número de cirurgias por mil habitantes na Inglaterra e 50% menor que o número de cirurgias por mil habitantes nos Estados Unidos. E que na Inglaterra pesquisas periódicas revelam que 80% da população está satisfeita com o sistema; e mais, que 60% dos pacientes na Inglaterra permanecem com o mesmo médico mais de 5 anos. E na Inglaterra a expectativa de vida é maior que nos Estados Unidos. Portanto, a minha perspectiva é de sanitarista; não posso examinar casos isolados, eles são irrelevantes. Quando se diz que uma pessoa foi atropelada na esquina isso pode ser considerado um caso comum. Mas, o que importa, o que precisa ser examinado, é a frequência com que isso ocorre; e as distorções, os desmandos os desvios decorrentes do modelo usado pela Previdência Social de compra de serviços é, em todos os lugares do mundo, responsável pelas fraudes, pelos descaminhos, que o ministro está toda hora reclamando. Eu acho que, primeiro, nós precisaríamos saber quanto nós aplicamos por habitante, e nós não sabemos. Não há dado confiável que possa dizer quanto se gasta do PNB em saúde; tudo o que se afirma atualmente no Brasil é aquilo que o Joelson Beting chama de “chutometro”. Estimativas grosseiras com margem de erros que não merecem ser comparadas.

Eu acho que a própria Conferência Nacional de Saúde foi o reconhecimento expresso e explícito de que o modelo é caótico; o modelo implica em reformulações de prioridades; e a própria Conferência do Dr. Adib Jatene leva a essa conclusão.

**JATENE** — Veja bem, não se sabe quanto de recursos se está aplicando. Eu estou dizendo que os recursos que estão sendo aplicados em São Paulo são insuficientes, e que a arrecadação de São Paulo permitiria aplicar muito mais. Isso em primeiro lugar. E em segundo, eu não estou calculando para a rede de serviços básicos que se

pretende instalar em São Paulo quanto isso vai custar. Eu não tenho essa disponibilidade no orçamento do Estado; eu já mostrei que o orçamento do Estado arrecada menos que o orçamento da Previdência Social no Estado; e eu não tenho como trazer recursos da Previdência nem para o atendimento hospitalar que se está fazendo — todos os hospitais estão gritando por falta de recursos — e também no momento em que se está propondo uma rede básica e no momento em que se proclama que os recursos disponíveis são insuficientes e ninguém sabe quanto. Ou nós vamos criar os recursos para essa rede básica ou ela vai falir antes de começar. É o seguinte: vamos garantir que a rede básica de atendimento primário vai ter condições de funcionar. E neste país, sempre que se aumenta qualquer tributo ou que se cria qualquer coisa a pergunta principal é: no que vão usar esse dinheiro? Então, se se souber no que se vai usar esse dinheiro e dissermos: esse dinheiro vai ser usado para isso, garanto essa rede básica. Enquanto eu posso fazer essa garantia, vamos arrumar o resto. Agora, esperar arrumar o resto para depois fazer a rede básica, aí sim dá errado.

**GENTILE** — Eu acho que é muito importante que fique perfeitamente claro que a criação de uma rede básica não implica em fazer milagres de atendimento. Ao contrário, a rede básica pode agravar as distorções. A rede básica só terá sentido na medida em que forem reformuladas as prioridades; na medida em que forem corrigidas as distorções.

**JATENE** — Acho que nós estamos chegando a um entendimento. Eu concordo que tem que se corrigir o sistema, tem que se arrumar inclusive o ensino médico tudo simultaneamente. O que eu não enxergo, e talvez a minha ótica de cirurgia não me faça enxergar esses aspectos, é como isto pode ser feito ao mesmo tempo se para o que existe atualmente não há recursos, e na prática eu não tenho os recursos para arrumar. Eu tenho salas em ociosas centros de saúde, nós fizemos o levantamento, num número que não é pequeno. Salas que poderiam ser mobilizadas, mas não existe a disponibilidade de recursos para fazer isso funcionar. Na área de saúde não existe recursos vinculados; no fundo, o que eu estou defendendo são recursos vinculados pra área de saúde, como tem a educação. Quando se vai numa zona periférica daqui de São Paulo, qualquer delas, nós encontramos quatro centros de saúde numa região e vinte e cinco escolas. Porque a área de educação tem recursos vinculados, a da saúde não? Então, o que eu estou propondo é que se vincule recursos. E para que não caiamos naquela discussão de que vamos tirar daqui para por ali e vamos descobrir aqui para cobrir ali, vamos criar o recurso. E quando a população souber que determinado recursos vai ser arrecadado e ser aplicado em tal coisa, e ele for realmente aplicado, duvido que a população reclame.

**GUEDES** — É claro que os problemas da rede básica vão diferir muito de população para população, de capital para capital. Seguindo o exemplo que eu vivo daqui da Grande São Paulo: a linha toda de assistência primária é ex-



tremamente bonita, poética e teórica pra nossa área da Grande São Paulo. Para a assistência primária é fundamental que a população tenha acesso fácil aos serviços de saúde. Isso supõe a existência de uma rede dispersa aí pelo território, próxima do domicílio da população. E supõe uma equipe de profissionais fixos nessa rede. E nada disso existe; não existe a rede e nos lugares onde existe um simulacro de rede ela não conseguiu fixar os profissionais. Então, na área da Grande São Paulo, qualquer operação que se queira fazer do sistema que atualmente está implantado tem que aproveitar toda a capacidade ociosa da pouca rede que a gente tem e ampliar o número de unidades dessa rede. Exemplo: existia uma clínica no Taboão que inventava atendimentos médicos que foi descredenciada pela Previdência, e que voltou a ser credenciada. Bem, quando a Previdência descredenciou aquela clínica e precisava colocar no Taboão um outro tipo de atendimento, ela encontrou uma outra clínica com características semelhantes àquela. Então, se o pessoal da Previdência fosse de repente acometido de mal súbito e resolvesse mudar a maneira de contratar serviços, eles não teriam, na área da Grande São Paulo, de quem comprar serviços. A Previdência tem em São Paulo 15 ambulatórios próprios, tem 5 hospitais próprios, onde nós vamos atender 8 milhões de pessoas no município de São Paulo que são previdenciários? E a rede do Estado. Como ela é distribuída que tamanho ela tem em relação à população? Então, quando eu pego os centros de saúde que tem por aí, com prédios próprios — apenas 51 são bons. Nos prédios cedidos por instituições, eles tem tamanhos razoáveis 200 metros quadrados, 300 metros quadrados. Nos 128 alugados, a maioria não tem 200 metros quadrados. Em algumas áreas, de 500 mil habitantes a capacidade ociosa permitiria colocar mais 4 médicos. O que são mais 4 médicos numa área com 500 mil habitantes? Nos falta realmente rede. Eu diria que qualquer mudança que se vai operar no sistema de saúde da Grande São Paulo, no sentido de regularizar, hierarquizar, precisa começar pela base. Eu não regionalizo a partir dos hospitais que estão por aí; eu vou regionalizar a partir de alguma coisa que está na periferia do sistema.

**SEBASTIÃO** — O Dr. Adib tem uma proposta muito interessante de aumentar a contribuição patronal. Acho que em nosso país isso chega a ser modernidade porque é mais fácil aumentar no operário do que 1% no patronato. Acho mais fácil ter uma greve a exemplo da que houve no caso da soja e o exemplo de Piracicaba onde os produtores estão — com relação a cana de açúcar — com quase 4 mil desempregados. E também a gente sabe que o Ministro do Trabalho fez um discurso muito bonito na VII Conferência Nacional de Saúde...

**JATENE** — Eu me considero um indivíduo de boa fé, eu conheço bem Maquiavel e eu acho que ele está errado. Eu estou diante de um problema que eu me recuso a achar que não tem solução. E eu me recuso a admitir que todos os que estão manejando os recursos são incompetentes. Eu prefiro achar que o problema é difícil. E que se eu for esperar corrigir as distorções to-

das eu corro o risco de ficar perdido no meio desta problemática sem poder fazer nada de útil. Eu concordo que nós devemos tratar tudo mais ou menos simultaneamente. Mas dentro da projeção que nós estamos fazendo e da massa de recursos que nós achamos que deva ser mobilizado não em São Paulo, no país inteiro, para fazer esse atendimento primário, eu não vejo na formação do bolo de recursos de onde eu possa tirar para São Paulo aquele volume necessário para se fazer alguma coisa palpável, num prazo aceitável. Porque eu não estou interessado em resolver o problema daqui há vinte anos, eu disse na Conferência, talvez as populações da África, do terceiro mundo, da zona rural possam esperar o ano 2000, a população aqui da Grande São Paulo quer uma solução imediata; e acreditar que vamos conseguir fazer o que precisa ser feito com a composição dos recursos que nós temos é ingenuidade. Eu não estou defendendo com exclusividade esta proposta, me dêem uma forma de eu obter os recursos que preciso de outra maneira, eu aceitarei de muito bom grado. Mas se não conseguirem me dar essa forma, considerem essa proposição como sendo uma coisa defensível, aceitável e que possa ser encampada até pelo patronato e pelos empresários. Na medida em que, este recurso possa solucionar um problema altamente sensível da população como é o atendimento à saúde, possa contribuir até pra reduzir o ambiente de tensão social em que nós vivemos. Se nós não conseguirmos oferecer recursos — por exemplo, eu tenho 8 bilhões de orçamento, para fazer isto que nós estamos propondo na Grande São Paulo e nos pequenos municípios do interior eu preciso de mais que este orçamento. De onde eu vou tirar este dinheiro? É uma ingenuidade eu achar que vou tirar esse dinheiro do orçamento do Estado. Eu nunca vou conseguir, são 19 secretarias de Estado para disputar uma receita que é pequena. É uma ingenuidade eu pensar que a Previdência, na composição dos recursos que ela tem hoje ela vai me dar esse dinheiro! Então eu vou defender não fazer? Não. Eu digo, olha gente, do jeito que está acaba não saindo nada, então nós temos que criar um negócio que seja específico para isto. Nós temos que criar o recurso.

**GENTILE** — Eu acho muito importante assinalar a perspectiva do Dr. Adib Jatene. Ele acha que aumentando os recursos ele vai solucionar o problema.

**JATENE** — Não, aumentando os recursos para a execução de uma proposta. Não aumentar os recursos pra não fazer nada.

**GENTILE** — Aumentar os recursos para cumprir um programa que ele já tem elaborado pelo Dr. Guedes. Essa perspectiva está em inteiro desacordo com tudo o que se possa pensar de mais racional. Porque, dentro do modelo atual, do sistema corruptor que nós temos sobretudo na Previdência Social, quanto maior for o volume de recursos tanto maior será o volume das distorções.

**NELSON** — Eu gostaria que se colocasse esse problema, hoje, dentro do problema da democratização geral da sociedade e analisar a com-



posição de forças que hoje garante o sistema atual de saúde, e dentro de uma perspectiva de alteração disso é ver que o obstáculo central da questão é o alijamento, durante esse período, da participação da população.

Sem a participação da comunidade vai ser muito difícil — a nível das decisões dessa política de saúde. A população tem que ser ouvida.

**EURIVALDO** — Essa discussão coloca no meu entender, um aspecto positivo. Me parece que independente de eventuais divergências de procedimento que estão se fazendo aqui, uma coisa fica clara: a rede básica de saúde faz parte de uma política geral de saúde, sem a qual ela é inviável do ponto de vista de instalação e do ponto de vista de manutenção. Me parece que está todo mundo de acordo com isto.

Um outro aspecto que eu gostaria de chamar a atenção é que, em política de saúde se deveria alargar um pouco mais o raciocínio e dar ênfase ao componente Assistência Médica, e que essa política de Assistência Médica tem que estar dentro de uma política de saúde mais geral que interfira nos fatores causais das doenças, senão nós vamos correr como uma rede de Assistência Médica, atrás dos efeitos e não das causas.

Então, a partir daí temos que colocar uma política que não se esgota apenas em atenção ao indivíduo, do ponto de vista curativo, mas uma política de saúde que envolve outra atenção, em termos de condições de saúde, como política de saúde, saneamento, alimentação, habitação.

O conteúdo de rede básica não é de simplificação de atendimento. Rede básica é um núcleo de organização de uma política de saúde que tem como fundamento o máximo de atendimento em nível local. Esse máximo atendimento em nível local vai variar desde educação ao pessoal auxiliar em remotas localidades do interior até uma equipe mais completa em outros centros mais habilitados. E a própria proposição de que São Paulo está fazendo a rede básica, e as dificuldades que ela está encontrando reforça a idéia de que existem distorções que estão impedindo inclusive uma proposta que está concretamente definida do ponto de vista de organização seja implantada. Na medida em que a Previdência Social descredencia uma clínica, pelo que eu entendi, comprovadamente safada, em Taboão da Serra e daqui a pouco ela recoloca outra clínica, parece que também no mesmo padrão, neste mesmo momento não há um repasse de recursos da Previdência para a rede estadual de saúde. O que é que está impedindo, do ponto de vista técnico, que já se comece a reforçar a rede básica de São Paulo, em Taboão da Serra? Eis aí um fato concreto que o Dr. Adib Jatene gosta e eu também: há necessidade de um atendimento na região do Taboão. As alternativas que estão sendo dadas pela Previdência não satisfazem esse tipo de coisa, então, há necessidade de mudar prioridades, como falou o Dr. Gentile, no sentido inclusive de alocação de recursos.

**GUEDES** — Procurando entrar na linha pedida pela coordenação da mesa de que se destacasse os problemas e as dificuldades da implantação da rede básica, gostaria de destacar algumas coisas.

O que não temos na realidade é rede básica. O que nos falta são serviços simples de atendimento, sem caráter pejorativo. Alguns dizem ser preciso começar junto. Tudo bem, mudança é necessário uma no sistema, mas a rede tem que começar já, porque ela não existe. Entra nisso a pergunta que o Eurivaldo faz. Quando se descredencia uma coisa no Taboão, porque que a Previdência não passou os recursos para o Centro de Saúde que existia lá no próprio Taboão? Não passou por uma razão muito séria na medida em que uma das dificuldades da famosa integração é de que se a Previdência não entende das coisas relativas à prevenção e à promoção, a Saúde Pública não entende de Assistência Médica. Até agora a tradição da Saúde Pública é de não fazer assistência médica, tanto que nossos centros de saúde pública não são de locais de consulta médica. Basta ver muitos dos prédios até agora construídos: eles tem assim 700 metros de área construída com 3 consultórios. Isso mostra que até muito recentemente a Saúde Pública não tinha a preocupação de fazer assistência médica, e agora tem.

**SEBASTIÃO** — Em termos de perspectivas, ligado aos problemas de Campinas, eu concordo com o Dr. Adib Jatene que temos que resolver os problemas imediatamente e não daqui a 20 anos. Agora a rede básica de saúde é uma opção política.

Nós temos lutado com grandes dificuldades de verba, que é o problema de saúde em todo o país, mas realmente, nós temos conseguido com a rede básica modificar as condições de saúde da cidade de Campinas.

**JATENE** — Eu acredito que de toda essa discussão fica a idéia de que realmente o problema tem que ser abordado de uma forma global. Desde o zoneamento hospitalar, nós estamos discutindo a proibição de ampliação ou construção de novos núcleos hospitalares, nas áreas centrais, enquanto não existirem nas áreas periféricas, nós estamos dimensionando o número de hospitais que precisam ser colocados como suporte para esta rede básica, hospitais de primeira linha, nós estamos discutindo como aproveitar ou reaproveitar a rede atual instalada definindo os hospitais de referência, revalorizando a rede de ensino, colocando os hospitais universitários realmente na liderança do sistema hospitalar, as universidades estão muito afastadas do problema, elas não cumprem o papel de liderança que elas têm que ter, enfim, procurando redefinir e reorientar todo o sistema. Em relação à participação da população, eu disse de passagem em minha conferência em Brasília, e eu repito aqui, a população da grande São Paulo conscientizada, despertada e há um grande trabalho de conscientização, esta população reivindica, sabe como reivindicar, orienta e grande parte do trabalho que está sendo feito nesta secretaria, pela equipe que está mobilizando este programa está sendo feito junto com a população. A definição dos locais, dos terrenos, das necessidades, está sendo feita pela população. Não há semana em que nós não recebamos aqui comitivas de um bairro que vem agressivamente lutar por aquilo que eles já se conscientizaram que é um direito.