

Modalidades assistenciais do Inamps

NILDO AGUIAR*

1. Considerações iniciais; 2. Modalidades assistenciais; 3. Considerações finais.

1. Considerações iniciais

O Plano de Pronta Ação — PPA — da previdência social, aprovado pelo Ministro da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, através da Portaria nº 39, de 5.9.74, está longe de constituir um simples ato de rotina na esfera da assistência médica previdenciária.

O PPA, na realidade, traduziu, em termos programáticos, dois objetivos básicos. O primeiro, o propósito, desde há muito anunciado pelo Conselho de Desenvolvimento Social, de ampliar a cobertura assistencial na busca da universalização. O segundo, prever o maior número possível de modalidades assistenciais, com a finalidade de permitir facilidades para ampliar o campo de aplicação do sistema.

Paralelamente, ao lado da extensão dos programas de prestação da assistência médica de toda a massa previdenciária, o PPA levou em consideração, em seu planejamento, a contribuição que certamente seria prestada pelos estados, pelos municípios, pelas entidades beneficentes, pelos sindicatos de classe, pelas empresas e pela própria União.

* Diretor do Departamento de Administração Médica do Inamps.

2. Modalidades assistenciais

Dentro dessa perspectiva, o PPA, complementado pela Portaria ministerial nº 78, de outubro de 1974, pela Portaria nº 79, da mesma data, e pelas normas complementares, enumera e prevê variadas modalidades assistenciais que podem ser resumidas nos itens que se seguem:

- *Hospitais próprios*, destinados precipuamente a prestação de assistência hospitalar de alta especialização e a pesquisa e aperfeiçoamento, dotados, por isso mesmo, de recursos materiais e humanos adequados aos seus objetivos.

Em 1978, o Inamps, reunindo as unidades procedentes do ex-INPS, do Ipase e da LBA, dispõe de 41 hospitais, com um total de 10.345 leitos (tabela 1).

Tabela 1

*Hospitais próprios do Inamps,
por região fisiográfica*

Região	Hospitais	Leitos
Norte	—	—
Nordeste	9	2.143
Sudeste	26	7.375
Centro-Oeste	2	453
Sul	4	374
Total	41	10.345

Com uma produção estimada, para 1978, em cerca de 253 mil interações, os hospitais próprios do Inamps participam efetivamente das atividades de ensino, na fase de graduação, nas áreas de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e odontologia, treinando 860 estudantes (tabela 2).

Tabela 2

*Total de estudantes em estágio no Inamps,
1978*

Profissão	Nº de estudantes
Medicina	740
Enfermagem	80
Nutrição	20
Serviço social	15
Odontologia	5
Total	860

Também na fase de pós-graduação a rede própria do Inamps contribuiu recebendo, em 1978, nas diversas profissões, 2.144 recém-formados (tabela 3).

Tabela 3

Total de residentes no Inamps, 1978

Profissão	Nº de residentes
Medicina	1.949
Enfermagem	100
Nutrição	30
Serviço social	20
Odontologia	30
Farmácia	15
Total	2.144

● *Rede ambulatorial própria*, que consiste em consultórios existentes nos hospitais, ambulatórios e postos de assistência médica, totalizando 8.100 unidades (tabelas 4 e 5).

Tabela 4
*Inamps — Serviços Próprios
Ambulatórios*

Região	Postos de assistência médica	Consultórios
Norte	32	211
Nordeste	264	1.672
Sudeste	494	4.651
Centro-Oeste	46	372
Sul	206	1.194
Brasil	<u>1.042</u>	<u>8.100</u>

Tabela 5
*Consultórios médicos próprios
do Inamps — 1977*

Local	Nº de consultórios
Hospitais	526
Ambulatórios	406
Postos assistenciais	<u>7.168</u>
Total	<u>8.100</u>

Nota: 1.042 — Unidades ambulatoriais.

Registra-se nessa área o maior número de consultas médicas, em 1978, estimadas em mais de 43 milhões (tabela 6).

Tabela 6
*Consultas médicas do Inamps
abril/dez., 1978, programa urbano*

Área de produção	Consultas (em 1.000)	Porcentagem sobre o total
Próprios	43.308	42,0
Contratados	37.382	36,2
Convênio	22.531	21,8
Total	103.221	100,0

Nota: No mesmo período: 12.305.000 consultas no programa rural.

● *Convênios com empresas*, através dos quais o Inamps, com sua participação financeira e supervisão de atividades, presta assistência às empresas, no sentido de manterem serviços próprios ou contratados para o atendimento dos seus empregados, em caso de doença, extensivo, quando possível, aos dependentes.

Essa modalidade assistencial do Inamps, em 1977, representava 83,2% do total de convênios, registrando-se, em vigência, quase cinco mil empresas que decidiram estabelecer esse relacionamento, responsabilizando-se pela assistência aos seus empregados (tabela 7).

Tabela 7

Tipos de convênio	Convênios	Porcentagem do total
Empresa	4.929	83,2
Sindicato	797	13,5
Universidade	25	0,4
União federal	16	0,3
Estados	47	0,8
Municípios	44	0,7
Outros	64	1,1
Total	5.922	100,0

Estima-se que mais de 10 mil médicos exerçam suas atividades nesse tipo de assistência.

● *Credenciação de médicos*, nas grandes cidades, nos subúrbios e bairros periféricos, para o atendimento de beneficiários em seus próprios consultórios, nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Para atender a essa modalidade médico-assistencial, o Inamps dispõe, em regime de contrato, de 9.143 serviços entre clínicas médicas, odontológicas, radiológicas e laboratórios de patologia clínica.

Tabela 8

Serviços contratados	Unidades
Clínicas médicas	2.056
Clínicas odontológicas	2.995
Clínicas radiológicas	1.257
Laboratórios	2.835
Total	9.143

● *Hospitais contratados*, totalizando 3.130 unidades, com capacidade operacional de 181.700 leitos, nas mais diversas especialidades, pagos pelo Inamps em função dos serviços prestados com base na tabela de honorários médicos e hospitalares.

Nada menos de 85% do total das internações da população previdenciária urbana foram promovidas através dos hospitais contratados.

Tabela 9

Hospitais	Internações	Porcentagem sobre o total
Próprios	190.010	3,3
Contratados	4.888.800	85,0
Convênios	670.401	11,7
Total	5.749.211	100,0

Nota: No mesmo período: 1.422.800 internações rurais.

Das internações registradas nos programas urbanos, o maior número ocorre na especialidade de clínica médica, seguindo-se as clínicas obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica e fisiológica (tabela 10).

Tabela 10

*Internações hospitalares urbanas
abril/dez., 1978, por especialidade*

Clínicas	Internações (em 1.000)	Porcentagem sobre o total
Médica	2.712	47,2
Obstétrica	1.581	27,5
Cirúrgica	1.170	20,4
Psiquiátrica	248	4,3
Fisiológica	38	0,6
Total	5.749	100,0

A mesma ordem decrescente de especialidades se verifica nas internações vinculadas aos programas rurais.

Tabela 11

*Estimativa de internações rurais
abril/dez., 1978, por clínica*

Clínica	Internações	Porcentagem sobre o total
Médica	928	65,4
Obstétrica	332	23,2
Cirúrgica	163	11,4
Total	1.423	100,0

● *Convênios com a União e estados*, destinados a ampliar a prestação de assistência médica aos previdenciários, de tal modo que permita a utilização, pela previdência social, das instalações e serviços de saúde dos governos federal e estaduais, assim como de entidades sem fins lucrativos, suplementando recursos, participando do custeio e provendo os equipamentos indispensáveis aos serviços.

O total de convênios hospitalares, incluídos os firmados com a União e com os estados, ultrapassando 2.600, se distribui desigualmente pelo território nacional, com o maior número na região Sudeste, seguindo-se a região Nordeste (tabela 12).

Tabela 12

Região	Convênios	Porcentagem sobre o total
Norte	139	5,2
Nordeste	705	26,7
Sudeste	804	30,5
Sul	797	30,2
Centro-Oeste	194	7,4
Total	2.639	100,0

- *Convênios com prefeituras*, encarados como prioridades para proporcionar pronto-socorro médico aos beneficiários da previdência social.
- *Convênios com sindicatos*, com o objetivo de permitir o desenvolvimento de programas de atendimento ambulatorial médico e odontológico.
- *Reembolso de despesas*, a critério da previdência social, respeitada a faculdade do beneficiário de livre escolha de profissionais e estabelecimentos, até o limite das tabelas elaboradas especialmente para esse fim.
- *Instalações especiais*, escolhidas pelo beneficiário, diferentes daquelas que lhe são oferecidas pelo Inamps, ficando sob sua responsabilidade o pagamento do sobrepreço das instalações utilizadas e a complementação dos honorários do médico que o assistir diretamente, não podendo a última exceder a 100% do valor pago pela previdência social.
- *Convênios com hospitais de ensino*, firmados nos termos da minuta-padrão aprovada pelos ministros da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, mediante o pagamento de um subsídio mensal variável segundo o número e o tipo de altas hospitalares, privilegiando, além disso, o atendimento ambulatorial.
- *Atendimento de urgência*, prestado indiscriminadamente, nos serviços próprios e contratados, ficando o pagamento a cargo do Inamps.

Em 1975 foram atendidos, por conta do ex-INPS, 50 mil casos de pacientes estranhos ao sistema de seguros sociais e em 1976 esse número ascendeu a 160 mil.

3. Considerações finais

Com essa ampla margem de opções, com as mais variadas modalidades médico-assistenciais, os responsáveis pela política de assistência médica da previdência social podem fixar prioridades, de conformidade com a conveniência administrativa e os legítimos interesses da população previdenciária.

Dentro dessa perspectiva, será possível introduzir modificações com a finalidade de corrigir imperfeições do sistema, obedecidas, em resumo, as seguintes normas operacionais:

- a) desaconselha-se a adoção de alterações radicais, preferindo-se a fixação de tendências, dentro de uma política pragmática e gradualística, aí se inserindo a Portaria Interministerial 001, que estabelece a prestação de serviços básicos de saúde à população rural e periférica dos centros urbanos;
- b) recomenda-se a implantação de um programa que contemple as práticas de hierarquização e regionalização, com o funcionamento da unidade de saúde de complexidade crescente;
- c) com o objetivo de permitir a avaliação dos serviços produzidos pela rede hospitalar contratada, será indispensável criar parâmetros fundamentados nas atividades dos serviços próprios, cuja racionalização constitui impositivo de natureza administrativa;
- d) sugere-se prioridade na utilização ampla dos hospitais governamentais, na esfera federal, estadual e municipal, cujo funcionamento, não raro, está comprometido pela escassez de recursos financeiros, humanos e administrativos;
- e) fixação de prioridade na prestação de serviços médico-assistenciais em ambulatório e no domicílio, evitando-se, sempre que possível, a prestação de assistência em regime hospitalar, nos termos da orientação dos peritos da Organização Mundial de Saúde, plenamente consagrados pelos especialistas brasileiros;
- f) promoção de um perfeito entrosamento do aparelho utilizador de recursos humanos para a saúde com o aparelho produtor desses recursos, isto é, buscar uma estreita vinculação entre a previdência social e a universidade brasileira, notadamente o ensino médico;
- g) promover, em ritmo acelerado, o treinamento de recursos humanos, sobretudo os de nível elementar, auxiliar e técnico;
- h) desenvolver em âmbito nacional, nas unidades próprias e convenientes, a padronização de medicamentos da Ceme, já iniciada em alguns hospitais;

i) adotar, como norma, o modelo da minuta-padrão de convênio MEC/MPAS, disciplinando as relações entre a previdência e os hospitais universitários, os de ensino, bem como os hospitais filantrópicos e de finalidade social;

j) estabelecer, prioritariamente, programas que tenham por objetivo a aplicação de medidas preventivas como norma operacional como, por exemplo, a participação no Programa Nacional de Imunizações.

Em conclusão, os programas médico-assistenciais do Inamps, nos termos do disposto na Lei nº 6.229, de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, e da Lei nº 6.439, de 1977, que criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, devem obedecer à conceituação definida pelo presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Gerson Sá Pinto Coutinho, assim explicitada:

“Na verdade a medicina constitui uma só e única ciência e técnica que inclui o componente social em qualquer de suas conceituações: saúde, medicina comunitária, medicina social (...) Em qualquer dos seus aspectos — higiene, medicina preventiva e reabilitadora — a medicina é social na sua essência, social nos seus estudos, social na sua prática e social nos seus objetivos.”

Summary

The Author describes the Plano de Pronto Ação — PPA (Ready Action Plan), of the Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — Inamps (National Institute for Medical Assistance and Social Security), as an instrument which made practically possible an enlargement of the coverage given by assistance measures, by means of a forecasting of the greatest number of such measures.

Taking as a basis the PPA, authorities responsible for medical policies enforced through social security are able to establish priorities, in view of the ample margin of options and of the extremely varied possibilities of forms of assistance envisaged by such policies, in accordance with administrative convenience, as well as with people's legitimate interests.

In this article the Author also proposes operational norms for introducing changes aiming at the correction of inadequacies of the system.

DEBATES

Dr. Sílio Nascimento Andrade. O Conselheiro Roberto Eira Werneck convidou um grupo de médicos diretores de hospitais para fundar um órgão associativo e foi fundada a Federação de Hospitais que se estendeu por todo o Brasil, por força mesmo de seu trabalho e das suas necessidades. Hoje é um órgão ligado estritamente à área de assistência individual, à área hospitalar, congregando aproximadamente três mil hospitais.

Para dar alguma contribuição, nós queremos aqui falar com base em um documento que já enviamos ao poder público, do qual se deduz a posição da Federação sobre o intrincado problema da saúde no Brasil, dentro dos interesses da Federação. Esse trabalho é um documento que em 20 de janeiro do presente ano, através do Ministro Golbery, foi entregue a sua Exa., o presidente da República.

A saúde está intimamente entrelaçada com todos os setores do sistema produtivo. É decorrência do desenvolvimento econômico, social, cultural e por sua vez fator de apoio desse desenvolvimento na medida em que preserva a população, sobretudo a economicamente produtiva. Identificando-se com as aspirações finais do homem, é compreensível que sofra a saúde, mesmo nas comunidades mais desenvolvidas, influências de cunho emocional e mesmo demagógico. O que levou a Opas a advertir que: “estando os problemas de saúde interligados às peculiaridades de desenvolvimento do país, numa condição de reciprocidade, não se pode, não se deve tentar soluções desses problemas contrariando-se a tradição histórica dos procedimentos institucionalizados nesse mesmo país”.

Vamos nos referir mais uma vez à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) quando consigna que: “não há atualmente (isto já está com uma defasagem de seis anos) nenhum país que disponha de informação necessária para determinar quais são suas necessidades reais em matéria de recursos institucionais para saúde e qual o melhor uso que se

pode dar às suas instituições de assistência médica. O corolário disto é que boa parte da planificação se baseia mais em conjecturas do que em procedimentos realmente científicos". Infere-se, pois, que somente o bom senso deverá nortear as soluções políticas e programáticas na área de saúde. Entendemos que ao poder público corresponde o trabalho de criar normas, indicadores de produtividade assistencial e de coordenação e fiscalização da assistência médica em geral. A iniciativa privada, de acordo com as outras áreas do nosso modelo de desenvolvimento econômico, deve-se encarregar, especificamente, da gerência dos serviços assistenciais de recuperação da saúde individual, pois é quem fornece a assistência mais produtiva por custos mais baixos.

Evidentemente que este trabalho só será viável se houver, na prática, uma clara definição de tarefas e responsabilidades assumidas, no entrosamento de órgãos dos setores público e particular. A iniciativa privada no campo da assistência médico-hospitalar tem desempenhado um papel relevante neste País, pelo pioneirismo, pelos conhecimentos especializados e pelos capitais particulares para edificações, instalações e funcionamento de hospitais, quando o poder público não dispunha do mínimo necessário de recursos materiais e humanos para levar a efeito a expansão da assistência médica, de modo a atender os brasileiros das mais diferentes regiões. Em trabalho apresentado em 1976, em Porto Alegre, durante a IV Jornada de Hospitais, foi expresso um pensamento dessa Federação, de que não cabe a radicalização para privatizar-se ou estatizar-se por inteiro a rede hospitalar brasileira; por outro lado, a simples observação de que temos 3.407 hospitais particulares para 650 oficiais nos mostra quão insensata é a absorção da rede hospitalar privada, para não se falar da reconhecida deficiência administrativa na prestação de serviços públicos no campo assistencial de recuperação da saúde individual.

Quero aqui fazer mais uma colocação: no tocante à iniciativa privada e à pública entendemos que estamos num país capitalista, neocapitalista, e não pretendemos fazer nenhuma implementação no sentido de mudança das estruturas. Tratamos de dar nossa contribuição em relação a esse fator que o Dr. Villela Bastos colocou com muita propriedade: o tempo. As decisões são lentas, as modificações não podem ser radicais. Não há possibilidade de se contrariar todas as instituições existentes. Tentar-se a privatização num país socialista é a mesma coisa que se tentar uma estatização ou uma socialização num setor de um país de economia capitalista. Essa é a posição da Federação.

Tem-se falado aqui na posição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e, surpreendentemente, ouvi coisas um tanto desatualizadas ou fora da realidade: que o FAS é um órgão que beneficia prioritariamente, que procura, sobretudo, atender à iniciativa privada e, dentro da iniciativa privada, aos hospitais lucrativos. Tive o cuidado de procurar conhecer a situação do FAS, que é exatamente o contrário. O setor público reivindicava uma soma bem maior que as entidades privadas nas áreas de saúde, de educação e de serviço social. As distorções na

aplicação de recursos o levaram a um estado de quase insolvência, que veio provocar uma situação gravíssima para a rede hospitalar, de modo geral.

Dr. Murilo Belchior. Não se pode deixar de salientar o esforço da previdência social para colocar à disposição dos seus beneficiários uma assistência médica de boa qualidade. Há uma tendência da população em considerar o Estado como uma resposta a todos os problemas. Deve-se enfatizar que, em nosso meio, a ação da medicina curativa é de grande importância e significação. Mas qual é o impacto dos serviços de assistência médica na saúde da população? Na realidade, hoje em dia, os maiores determinantes da saúde relacionam-se mais com as condições gerais de vida do que com serviços de assistência médica. Procura-se demonstrar que os principais fatores que conduzem à melhoria de saúde são: saneamento, moradia e nutrição. Entretanto, esses problemas, assim como, por exemplo, alcoolismo e drogas, são encarados mais sob o ponto de vista do tratamento do que da prevenção. A previdência social não parece necessitar de mais autoridade para os seus programas operacionais: o que se impõe é uma estratégia efetiva e eficiente para orientar seus esforços de trabalho e sua política. Esta tem que ser realista, do ponto de vista econômico, indo ao encontro das necessidades de saúde existentes, harmonizando-as com as ações médicas e paramédicas. Há, também, uma tendência de relacionar mais tecnologia com melhor assistência médica. Muitas vezes o que se considera adequado, sob o ponto de vista médico, não tem a mesma indicação sob o ponto de vista social, quando analisamos todos os custos e benefícios.

O objetivo principal da previdência social seria colocar à disposição dos beneficiários serviços de boa qualidade e aos quais tivessem acesso fácil. O objetivo posterior seria, então, aperfeiçoar a produtividade do sistema, acompanhada de competência e avaliação.

Todos temos acompanhado os esforços do INPS, agora do Inamps, em melhorar constantemente os seus serviços, e não há dúvida de que isto vem acontecendo. E, como consequência lógica, tem havido maior procura dos serviços médicos pelos seus beneficiários, com um natural aumento de despesas. Como a política do governo admite que a saúde e a assistência médica constituem um direito que não deve sofrer limitações de ordem econômica, vê-se o Inamps em dificuldades para segui-la e conseguir os recursos para sua implementação.

Estou certo de que o Inamps não deseja restringir suas despesas com sacrifício da qualidade e eficiência da assistência que oferece. O ideal seria, sem dúvida, poder controlar despesas e ao mesmo tempo melhorar a eficiência do serviço.

A previdência social encontra-se frente a várias crises. A crise da medicina, por exemplo, já plenamente reconhecida, inclusive por respeitáveis congregações de faculdades de medicina, trouxe sérias e graves consequências para a previdência e para o exercício da medicina de uma maneira geral. Tudo indica, entretanto, que as diferentes faculdades, as-

sim como a Associação Brasileira de Educação Médica e associações médicas estão seriamente empenhadas na busca de soluções. É necessário uma conscientização da classe médica quanto a sua responsabilidade social, e salientar também que nenhum programa de assistência médica poderá funcionar com eficiência, se nele o médico não tiver o reconhecimento da importância que lhe é devida e a recompensa justa que lhe permita viver, estudar e exercer sua profissão dentro da lei, da moral e da sociedade.

O momento em que vivemos parece requerer um novo médico, um novo cliente e, talvez, uma nova medicina.

Dr. Waldenir de Bragança. Falo aqui em nome da Associação Médica Brasileira, com vistas ao que pode e ao que faz o poder público para o desenvolvimento da saúde. Busca-se, permanentemente, uma filosofia, no sentido de uma diretriz que permitirá o engrandecimento da medicina dentro dos postulados éticos que farão com que cada ato médico possa ser conservado incólume. Assim, a medicina em cada momento será respeitada e, portanto, a imagem do médico não será aquela que muitas vezes a imprensa apresenta, mas sim a imagem que o cliente tem de seu médico. Esta medicina deve ser considerada não só assistencial, mas também aquela pela qual o Dr. Manoel Ferreira, há 50 anos, vem lutando para quebrar o muro que separa a medicina preventiva da medicina curativa. Podemos nós pensar exclusivamente em termos de assistência? Ou quando se fala em proteção, quando se fala em saúde, se fala também, principalmente, antes de buscar o leito, antes de buscar a contabilização do leito, em buscar a preservação para que não se chegue ao leito? Não seria o caso, nesse instante, em face do que dispõe a Lei nº 6.229, de 17.7.75, de buscar uma reformulação? Quando se lê que ao Ministério da Saúde cabe o estabelecimento de uma política nacional de saúde e quando se encontra dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social o estabelecimento de programas, de planos de proteção da saúde individual, por que não se buscar dentro do próprio Conselho Nacional de Saúde, que acaba recentemente de ser reformulado, o estabelecimento de uma política nacional de saúde? Porque, se não se encontrar esta política nacional de saúde, vamos discutir detalhes, sem encontrarmos realmente as grandes linhas de ação, sem caminharmos no rumo das grandes diretrizes.

A AMB é constituída por 26 federações e 300 entidades. É a organização profissional que maior número de entidades possui e que, nas suas assembléias, tem representantes legitimamente eleitos por seus colegas e que manifestam livremente o seu pensamento, dizendo o que pensam, o que acham, o que querem, com vistas ao alvo de todas as atenções que é o paciente e com vistas a preservar a grandeza de sua profissão.

Desejo, mais uma vez, reiterar a preocupação e o interesse da AMB, acima de divergências individuais e de posições, na busca dessas diretrizes. Recentemente, em Brasília, quando o Ministério da Saúde completava 25 anos de existência, formulamos e apresentamos diretrizes

visando a formação profissional do médico, desde a criação de uma nova perspectiva para o próprio exercício profissional, a preocupação com o número de escolas médicas e o tipo de profissional que desejamos formar, até a busca de novas formas de exercício profissional, mas ainda estamos na expectativa dessa política nacional de Saúde, onde nós todos, profissionais da área de saúde, vamos nos situar. Muito mais importante, porém, é situar os próprios órgãos que têm a responsabilidade de representar, nos seus respectivos campos, as áreas de atuação desses mesmos profissionais: o Ministério do Trabalho, o Ministério do Interior, o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura.

Aprendi, no meu curso de saúde pública, quão importante é o estabelecimento das diretrizes para que se possa, sem conflito, sem paralelismo, aplicar recursos que estão neste instante separados para assistência médica, quando a prevenção também precisa deles. Que ao Inamps, que vem trazendo com ele toda a responsabilidade do setor assistencial, seja também atribuído, para baratear inclusive os custos, o setor ligado à prevenção. Que o médico tenha, acima de tudo, a mentalidade, a preocupação, a atitude prevencionista.

O tema é amplo, mas quando se fala da função do Estado no desenvolvimento da saúde temos que pensar na proteção, na promoção e na recuperação. Não em parte apenas — na recuperação — que é assistência.

Apenas para concluir, pensemos no homem como ser assistido, ser preservado na sua integridade física, na sua saúde, na sua vida. Era a contribuição que eu tinha a dar.

Dr. José Noronha. Tentarei colocar alguns tópicos que me parecem relevantes. Nesse sentido, minha intervenção será necessariamente parcializada.

Da apresentação do Dr. Nildo Aguiar, na qual ele sumariou as principais modalidades assistenciais do Inamps, dois pontos me chamaram a atenção e eu acho importante que o plenário e inclusive o Dr. Nildo comentem. O primeiro deles é a mudança no tipo de proposição formulada por representantes do próprio Inamps. Começamos a observar uma certa mudança na linguagem, nos textos, de membros da previdência social, buscando uma reorientação da política de assistência da previdência social, particularmente a preocupação do Inamps com uma crescente participação do setor público na prestação de assistência médica. Acredito que isso ficou bastante evidente no documento apresentado pelo Dr. Nildo. Esse estabelecimento de prioridades que ele pretende está expresso no documento: “dar maior participação ao setor público estadual e municipal, que até então tem sido relegado, tem sido abandonado à míngua”.

O segundo ponto é observar se essa mudança corresponde a uma modificação efetiva da política de financiamento da previdência social.

Acho que ficou faltando na exposição do Dr. Nildo a expressão concreta, orçamentária, de financiamento de cada uma dessas modalidades de assistência.

Não tenho os dados recentes a respeito da despesa do Inamps, mas os últimos dados de que disponho, de 1975, indicam que 91,78% das despesas do então INPS referiam-se a serviços de terceiros, ou seja, dentro daquela lista de modalidades assistenciais ainda se privilegiava os hospitais contratados. Observando a relação entre consultas e internações, fornecida pelo próprio Inamps, notamos que há uma internação para cada 228 consultas, enquanto que nos contratados essa relação cai de 1 para 8 e nos conveniados, que mantêm uma certa autonomia, ela é de 1 para 33, ou seja, o grande volume de internações da previdência social dá-se na rede de hospitais contratados. A rede de serviços próprios do Inamps atua como ponto de drenagem de internações para a rede hospitalar privada. Restaria então que se observasse as repercussões na programação orçamentária do Inamps, nessa direção através de um fortalecimento dos convênios com as universidades, com as secretarias estaduais e municipais de saúde, etc.

Em relação à apresentação do Dr. Murillo, ressaltaria dois pontos que também me pareceram muito importantes. O primeiro é a clareza histórica de que o aparecimento da previdência social, de alguma forma, está ligado às lutas sociais que são desenvolvidas no sentido de um maior acesso aos bens de consumo, que se coletivizaram a partir do desenvolvimento das sociedades capitalistas e que foram, em parte, dessas lutas sociais e, em parte, como instrumento de contenção dessas lutas sociais, que se fortaleceram e se formalizaram os dispositivos da previdência social. O Dr. Hésio Cordeiro estendeu-se com alguma profundidade sobre alguns desses aspectos. Ressaltaria apenas um aspecto da apresentação do Dr. Murillo: a importância que tinha, no traçar das diretrizes da política assistencial dos então IAPs, a participação ativa e efetiva dos sindicatos, órgãos de classe que representavam os usuários, defendendo seus interesses e escolhendo a melhor maneira de se prestar assistência médica. A partir da criação do INPS — embora possamos até pensar que isto levou, de certa forma, a uma maior racionalidade administrativa — aboliu-se de vez a participação dos usuários na definição concreta, operacional, da política assistencial. O Dr. Murillo citou aqui exemplos de institutos em que essa participação era mais extensa. Eram naturalmente os institutos que se preocupavam com a assistência médica de uma classe extremamente combativa, como a dos bancários e a dos comerciários. Parece-me, então, que mereceria um debate mais intenso a necessidade de participação, daqueles que são os beneficiários do sistema, na definição das diretrizes e da própria orientação da política de assistência médica.

Em relação ao Dr. Sílio N. Andrade, acredito que ele se referiu ao problema da iniciativa privada nestes mecanismos de assistência médica, que tem algumas peculiaridades que a diferenciam da iniciativa privada em outros setores da economia. A diferença substancial, hoje em dia, é que são os próprios usuários que financiam a implantação e manutenção dessa assistência médica privada. Os recursos do Fundo de Apoio ao

desenvolvimento Social vêm da Loteria Esportiva; quem financia a construção a juros negativos — é importante que se diga que o FAS financia a juros negativos — é a população. Os próprios usuários financiam a construção dos hospitais, através do FAS, e a manutenção, através do INPS. Além de outros fatores — o Dr. Gentile sempre repete, e eu aproveito mais uma vez para repetir —, o tipo de pagamento que se faz a esses hospitais, através da unidade de serviço, é um fator incontável de corrupção.

Finalmente, gostaria, em relação aos dois últimos debatedores, de focalizar a questão da assistência médica. O Prof. Duarte fez uma separação, útil para o debate, entre o direito à saúde e o direito à assistência médica. Teríamos então que ver esta assistência médica como um direito que toda a população tem de usufruir. Nessa questão do direito à assistência médica ressaltaria o esvaziamento relativo das chamadas questões éticas da medicina, como se elas tivessem sempre existido de maneira universal para todas as pessoas que utilizam os serviços assistenciais. Elas sempre existiam e foram importantes na faixa da medicina liberal, isto é, para os estratos superiores da sociedade com capacidade para comprar diretamente serviços médicos, mas nunca houve livre escolha, escolha de melhor profissional, melhores condições de internação, segredo médico, para a população trabalhadora. Existiu sim, em parte, como o Dr. Murillo V. Bastos lembrou, naqueles institutos nos quais havia, efetivamente, uma participação sindical ativa.

Público. A afirmação de que a socialização da medicina, a intervenção do Estado, não podem ocorrer porque vivemos num regime capitalista já foi contestada até pelo ministro da Previdência, Nascimento e Silva, na V Conferência Nacional de Saúde. Podemos inclusive lembrar que na Inglaterra o Partido Trabalhista criou o Sistema Nacional de Saúde. Depois, o Partido Conservador assumiu e desfez tudo o que o Partido Trabalhista havia feito — sistema de nacionalização de bancos, transportes, mineração — mas o Serviço Nacional de Saúde está aí.

A Federação Brasileira de Hospitais, num desses expedientes encaminhados ao Presidente Ernesto Geisel, através do General Golbery do Couto e Silva, pede, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), financiamentos para construção de hospitais no prazo de 10 anos, com carência de dois, sem juros, sem correção monetária. Ainda mais, depois de construídos, devem ser imediatamente contratados pelo Inamps, para que o próprio Inamps pague. O Dr. Murillo Bastos diz que é importantíssima a participação global da sociedade, através de seus representantes, na fixação da política.

Dr. Sílio Nascimento Andrade. Quero colocar aqui o problema do FAS. Realmente o FAS é um fundo de diversas fontes. Seus recursos não vêm só da Loteria Esportiva e da Loteria Federal; constitui-se também com fundos do PIS e do FGTS. Na Bahia, o grande montante de recursos do FAS, (aproximadamente Cr\$ 500 milhões) foi para 22 hospitais que o

Governador Roberto Santos passou a construir em Salvador e em todo o estado. Foram gastos sobretudo no grande Hospital Geral de Salvador. *Dr. Ernani Braga.* Gostaria de fazer referência a expressões muito usadas: beneficiários e usuários. Na evolução do seguro social o México tem algo a nos mostrar. É um dos países da América Latina em que este programa talvez tenha tido início com muito afoiteza e com muita receptividade por parte do público e muito amparo do governo.

O Instituto Mexicano de Seguro Social usa uma expressão muito interessante. Conseguiu compor uma palavra que se refere àquilo que chamamos *usuário* ou *beneficiário*, que é *derecho-habiente*. *Beneficiário* é alguém que é beneficiado. *Usuário* é alguém que usa, mas *derecho-habiente* é aquele que tem o direito, porque paga. Esta referência vem a propósito porque estamos falando muito nos *derecho-habientes* brasileiros, que realmente não estão sendo tão *derecho-habientes* como deveriam ser.

Público. Queria salientar que as informações de que disponho não correspondem às que foram apresentadas pelo Dr. Silio Nascimento Andrade. Os recursos do FAS não são provenientes do FGTS nem do PIS; são provenientes da Loteria Esportiva e Loteria Federal, das cadernetas de poupança da Caixa Econômica Federal, de dotações orçamentárias da União e dos ministérios da área social. Estes são os recursos do FAS. Mesmo que o fossem, porém, acredito que tal fato não invalidaria a colocação do Dr. Noronha.

Dos projetos financiados pelo FAS até outubro do ano passado — nos três anos desde sua instituição — 70% dos recursos liberados foram para a área de educação e 22% para a área de saúde, ficando apenas 8% para os outros setores sociais. E é precisamente na educação e na saúde que o setor privado se encontra em situação majoritária. Segundo documento liberado pela Caixa Econômica Federal, até 31 de outubro de 1977, 70% dos projetos financiados pelo FAS eram do setor privado e 30% do setor público. Esses projetos, que deverão estar concluídos até 1980, correspondiam a 26 mil leitos, 70% dos quais do setor privado.

Outro ponto que é interessante salientar é que dos recursos liberados pelo FAS, 4% destinavam-se à construção de postos de saúde. Isto mostra que grande parte foi liberada para construção de hospitais, que existem no País em quantidade mais do que suficiente. No Rio de Janeiro, atualmente com 6 mil leitos, foram liberados mais mil no ano passado, o que representa o dobro da capacidade necessária para 1980.

Dr. Manoel Ferreira. Formei-me na última turma que colou grau na Praia de Santa Luzia. Naquele tempo as coisas eram muito simples. Lembro-me de que havia conflito ético quanto ao fato de os ricos pagarem médico e os pobres irem para o hospital. À proporção que a sociedade foi-se tornando mais complexa e mudando de feitio, ficou mais evidente a tremenda diferença entre a época em que eu atuei no campo da medicina e a época de hoje. Quando foram examinadas neste seminário as várias questões sobre o problema médico, cheguei, em certos momen-

tos, a ficar completamente perdido, porque as expressões eram todas de natureza política, relativas a influências, pressões, etc., muito mais concentradas no dilema em que se debatem as instituições médicas nos grandes centros. Como vivi uma parte do meu tempo no interior do Brasil, especialmente no Nordeste, gostaria de lembrar que não existem dois Brasis, não existem muitos Brasis, existe apenas um Brasil, que deve ter mais de 30 milhões de habitantes, que é o Nordeste, que é o vale dos grandes rios amazônicos, que é o vale dos empregados do metrô do Rio de Janeiro e de São Paulo, gente que vive uma vida subumana, que não tem médicos. Esta é a gente que constitui o desafio para vocês, jovens. Esse é que é o ponto importante. Aqui, dentro do caos organizado, é muito difícil encontrar uma solução. É não só possível mas também conveniente que as novas gerações se envolvam cada vez menos com essas áreas tremendamente conflitantes e pensem um pouco na parcela da população que pode ter assistência médica mediante a adoção de processos muito simples. Atenção primária é o que nos está faltando; atenção super-sofisticada nós temos de sobra.

Público. Está faltando na saúde uma *palavra de ordem*. Qual seria, na saúde, a palavra de ordem que permitisse fazer convergir todas as nações conscientes, na área da saúde, para a procura de soluções, não soluções paliativas ou parciais? A saúde é interdependente dos fatores políticos, socioeconômicos, demográficos, ambientais e culturais, agravados pela falta de aplicação dos princípios da administração científica. Não é possível dissociar a assistência médico-social, preventiva e curativa, do contexto integral de planejamento, organização, administração e, principalmente, do controle e avaliação de resultados.

Com a multiplicidade de organismos existentes e a pluralidade de comando será difícil lograr a coordenação do Sistema Nacional de Saúde e conseguir a integração sem que a assistência médico-social seja unificada.