


# O Futuro da Educação Superior e a Sociedade

Sessões da Comissão UnB.Futuro  
Volume 1



# O Futuro da Educação Superior e a Sociedade

*Sessões da Comissão UnB.Futuro  
Volume 1*

# **UnB.**FUTURO

## O FUTURO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR E A SOCIEDADE

Sessões da Comissão UnB.Futuro  
Volume 1



# O Futuro da Educação Superior e a Sociedade

Cristovam Buarque  
Mozart Neves Ramos  
Lauro Morhy  
Paulo Speller  
Adib Jatene  
Naomar de Almeida Filho  
Edward Madureira Brasil  
Pascal Smet  
Alvaro Toubes Prata

Jaime Martins de Santana, Isaac Roitman e Fernando Oliveira Paulino  
(Organizadores)  
Prefácio de Ivan Camargo

## **Comissão UnB.Futuro**

Integrantes: Adalgisa do Rosário, Aldo Paviani, Daniele Perdomo, Ellen Fensterseifer Woortmann, Fernanda Sobral, Fernando Oliveira Paulino, Fernando Molina, Geralda Dias Aparecida, Isaac Roitman, Jaime Santana, José Carlos Coutinho, Luis Humberto Miranda Martins Pereira, Marcos Formiga, Neuza Meller e Vladimir Carvalho.





Capa Cris Nascimento  
Diagramação Cris Nascimento  
Apoio Universidade de Brasília



**FACULDADE DE COMUNICAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – FAC-UnB**

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro – Faculdade de Comunicação, Brasília - DF,  
CEP: 70910-900, BRASIL

Telefone: +55 61 3107-6627

E-mail: fac.livros@gmail.com

**DIRETOR**

Fernando Oliveira Paulino

**VICE-DIRETORA**

Liziane Guazina

**CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO**

Dácia Ibiapina, Elen Gerales, Fernando Oliveira Paulino, Gustavo de Castro e  
Silva, Janara Sousa, Liziane Guazina, Luiz Martins da Silva.

**CONSELHO EDITORIAL CONSULTIVO (NACIONAL)**

César Bolaño (UFS), Círcia Peruzzo (UMES), Danilo Rothberg (Unesp), Edgard Rebouças  
(UFES), Iluska Coutinho (UFJF), Raquel Paiva (UFRJ), Rogério Christofoletti (UFSC).

**CONSELHO EDITORIAL CONSULTIVO (INTERNACIONAL)**

Delia Covi (México), Deqiang Ji (China), Gabriel Kaplún (Uruguai), Gustavo Cimadevilla  
(Argentina), Herman Wasserman (África do Sul), Kaarle Nordestreng (Finlândia) e  
Madalena Oliveira (Portugal).

Catálogo na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica

---

CDU: 378

O Futuro da Educação Superior e a Sociedade. Sessões da Comissão UnB.Futuro /  
Organização: Jaime Martins de Santana; Isaac Roitman; Fernando Oliveira Paulino – 1. ed.  
– Brasília: FAC-UnB, 2016.

148p.; 23cm

ISBN 978-85-93078-08-8

1. Educação superior. 2. Universidade de Brasília. I. Título. II. Tema.

CDD: 353.8

CDU: 378

DIREITOS DESTA EDIÇÃO CEDIDOS PARA A FAC-UnB. Permitida a reprodução total ou  
parcial, por qualquer meio desde que citada a fonte.



# Sumário

<b>Prefácio</b>	<b>11</b>
<i>UnB.Futuro: espaço para reflexão e formação</i> Ivan Camargo	
<b>Introdução</b>	<b>13</b>
<i>A Comissão UnB.Futuro: diálogo entre universidade e sociedade</i> Jaime Martins de Santana; Isaac Roitman; Fernando Oliveira Paulino	
<b>Capítulo 1</b>	<b>19</b>
<i>O que é necessário fazer para que a universidade seja vanguarda no pensamento contemporâneo?</i> Cristovam Buarque	
<b>Capítulo 2</b>	<b>29</b>
<i>O Brasil que queremos e a universidade que precisamos</i> Mozart Neves Ramos	
<b>Capítulo 3</b>	<b>39</b>
<i>Autonomia universitária</i> Lauro Morhy Paulo Speller	

<b>Capítulo 4</b>	<b>61</b>
<i>A universidade e o futuro da Medicina</i>	
Adib Jatene	
<b>Capítulo 5</b>	<b>75</b>
<i>Anísio Teixeira e a nova Universidade Nova</i>	
Naomar de Almeida Filho	
<b>Capítulo 6</b>	<b>111</b>
<i>As universidades federais e o desenvolvimento do país: potencialidades e fatores limitantes</i>	
Edward Madureira Brasil	
<b>Capítulo 7</b>	<b>23</b>
<i>Internacionalização da universidade</i>	
Pascal Smet	
<b>Capítulo 8</b>	<b>135</b>
<i>A Inovação na universidade do século XXI</i>	
Alvaro Toubes Prata	



# A Universidade e o Futuro da Medicina<sup>13</sup>

*Adib Jatene<sup>14</sup>*

A ideia de discutir o futuro da universidade me leva a uma colocação que eu sempre uso: “o futuro não é uma abstração”. O futuro é resultado do que se fez no passado e das decisões que se toma no presente. De maneira que se nós quisermos delinear o futuro, nós precisamos conhecer o passado, nós precisamos tomar decisões corretas no presente, com os objetivos mais claros possíveis. É por isso que eu trouxe aqui alguns dados que muitos conhecem, outros não. Eu ingressei na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em 1948, portanto, há mais de 60 anos eu venho acompanhando e podendo, de alguma forma, intervir nessa área. Ocorre que hoje nós estamos numa situação muito tumultuada no setor. Recentemente, eu publiquei um artigo no Estado de São Paulo, cujo título foi “Medicina Tumultuada”. Quer dizer, a coisa está em dificuldade. Eu vou mostrar uns dados para justificar esta colocação.

---

<sup>13</sup> Sessão realizada em 29/08/2013, no Auditório da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

<sup>14</sup> Médico, professor universitário, inventor e cientista. O professor Jatene faleceu em 14 de novembro de 2014.

Em 1948, quando ingressei na Faculdade de Medicina da USP, o Brasil tinha 13 faculdades de Medicina. Doze eram públicas e uma era particular, a Escola Paulista de Medicina, depois federalizada. Alguém pode pensar “mas só treze?”. Acontece que naquela época o Brasil tinha 51 milhões de habitantes. Todas as cidades brasileiras somadas computavam 18 milhões de habitantes e 33 milhões viviam no campo. E o campo era campo. Não tinha estrada, não tinha comunicação. A dificuldade era muito grande. A população urbanizada é que se beneficiava deste setor. À medida que os anos foram passando, nós fomos tendo uma transição demográfica importante no país, a ponto de nós chegarmos hoje a 160 milhões nas cidades e 30 milhões no campo. Nesta transição, algumas demandas se colocaram, e entre estas o ensino médico foi pressionado e solicitado. Com isso, as faculdades de Medicina foram se abrindo e se ampliando. Nós chegamos em 1960 com 30 faculdades, das quais quatro privadas. Eram duas de universidade católica, em São Paulo e Curitiba; uma faculdade em Belo Horizonte; e a Escola Baiana de Medicina. Eram as únicas privadas. Então veio o processo do regime militar, e nesse período se chamou a atenção para o fato de que nós tínhamos muitos excedentes, então nós precisávamos de mais escolas. Essas escolas foram criadas, no entanto apareceu um número crescente de escolas privadas. Eu não tenho nada contra escola privada, acontece que, na maioria, das escolas privadas, as entidades que propõem a escola não têm nenhuma tradição na área de saúde. Não têm hospital, não têm ambulatório, não têm nada. Como é que eu vou abrir uma faculdade se eu não tenho um complexo médico, hospitalar, ambulatorial, para promover o ensino? Mas encontrou-se uma solução, e no Brasil sempre se encontra solução. A solução foi fazer convênio com os hospitais públicos. Ora, eu tenho dito que o hospital público é um hospital assistencial, e há uma diferença entre o hospital assistencial e o hospital de ensino. O hospital assistencial é importante porque as pessoas precisam se tratar com o conhecimento existente. O hospital de ensino tem outro compromisso, além de dar assistência. Ele tem a responsabilidade de gerar conhecimento, de testar conhecimento e de oferecer

avanço nesse conhecimento. Isso não significa que o hospital assistencial não pode participar do ensino, ele pode e deve, porque o aluno deve conhecer o sistema de assistência que o país possui.

Nós chegamos em 1996 com 82 faculdades de medicina. Destas, 40% eram privadas e que não tinham o complexo médico e ambulatorial. Aí se criou um problema, porque a pressão por novas escolas era muito grande e existia uma escola específica, em Canoas no Rio Grande do Sul, que queria abrir uma faculdade de Medicina, porque em Porto Alegre havia uma faculdade católica e eles queriam abrir uma faculdade luterana, e tinham apoio da Europa e de países europeus. Essa pressão foi insuportável. Nós, no Ministério da Saúde, resistimos, mas o ministro da Educação à época, que era gaúcho, um belo dia me telefona e diz: “Olha, Jatene, eu sou gaúcho, eu estou sofrendo uma pressão muito forte”, eu disse: “Não ceda, porque se você ceder para esta escola, vêm vinte atrás”, ele disse: “Não, é só essa”. Cedeu. Não vieram 20, vieram 103, só que essas escolas foram criadas sem nenhum critério, sem nenhum direcionamento, como vou lhes mostrar.

É comum se dizer que a região Sul-Sudeste é a privilegiada, a que tem o maior número de vagas e escolas, e eu vou lhes mostrar que isso não é bem verdade. Vejam, de 1908 até 1948, nós tínhamos treze faculdades de medicina, doze eram públicas e uma privada que depois se federalizou. De 1948 a 1960, nós fizemos 17 faculdades, quatro privadas, aquelas que eu lhes disse, e treze públicas. Nós chegamos ao fim dos anos 1960 com 30 faculdades de medicina. No período de 1961 a 1979, nós criamos 47 faculdades, só que 26 delas eram privadas, com esses defeitos que eu já lhes relatei. Nessa altura, houve uma grande reação da comunidade médica, porque essas escolas não tinham condições de preparar os seus alunos de maneira adequada, não tinham um hospital de ensino e viviam praticamente à custa das mensalidades, chegando a ter mensalidades de cinco, seis mil reais. Por isso, nesse período de 1979 a 1996, nós praticamente não agregamos faculdades de Medicina. Foram só cinco que a pressão política conseguiu aprovar. Nós chegamos em 1996 com 82 faculdades de medicina. De 1996

a 2011, nós criamos 103 faculdades de medicina, só que 72 privadas, com os mesmos defeitos que nós já tínhamos detectado antes. Então nós ficamos com 185 faculdades de Medicina. Até 1996, nós oferecíamos, com essas 82 faculdades, pouco menos de nove mil vagas. Em 2012 a 2013, nós fizemos mais de 17 faculdades de medicina, das quais 13 privadas, duas estaduais e duas federais. Chegamos, portanto, a 202 faculdades de Medicina e há autorização, que foi dada no dia 5 de junho de 2012, para 18 novos cursos em universidades federais que deverão ser implantadas até o final de 2014. Nós caminhamos para ter no país 220 faculdades de Medicina, talvez o maior número depois da Índia.

Para demonstrar que não há nenhum critério, vejam as escolas que foram autorizadas no dia 5 de junho. Foram autorizadas uma escola em Votuporanga e duas em São José do Rio Preto. São José do Rio Preto já tinha uma faculdade e, na região, havia outra em Catanduva e mais uma faculdade em Fernandópolis. Propuseram uma faculdade em Votuporanga e duas em São José do Rio Preto. A regional de São José do Rio Preto tem seis faculdades de Medicina, oferece uma vaga para pouco mais de três mil habitantes. Em Belo Horizonte, foi autorizada mais uma e outra em Betim, quando em Minas Gerais já tem um excesso de vagas. Cajazeiras na Paraíba já tem uma faculdade, um curso na Universidade Federal; autorizaram mais uma privada. Em Brasília, o Centro Universitário de Brasília (UniCeub), em Várzea Grande (MT) e no Paraná.

Os cursos autorizados em faculdades federais são estes: no Amazonas, em Coari; no Maranhão, em Imperatriz de Pinheiros; no Piauí, em Parnaíba; em Pernambuco, no Caruaru; em Alagoas, em Arapiraca; no Rio Grande do Norte, em Caicó; na Bahia, em Paulo Afonso e em Santo Antônio de Jesus; no Mato Grosso, em Sinop e em Rondonópolis; em Minas Gerais, mais 4, em Alfenas, que já tem faculdade de Medicina, em São João Del Rei, em Teófilo Otoni e em Diamantina; e no Rio Grande do Sul em Passo Fundo.

Vou lhes mostrar na região Norte, que inclui o Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Tocantins e Rondônia, o número de vagas ofertadas: Rondônia, 230; Tocantins, 300 vagas; Pará, 390 va-

gas; Amazonas, 470. Quando eu coloco essas vagas por milhão de habitantes, vejam o que acontece. Tocantins fica com 232 vagas por milhão de habitantes; Rondônia, 152; Amazonas, 138; Pará, 52. Quer dizer, a região Norte tem 103 vagas por milhão de habitante e a média nacional é 90. Então, na região Norte existe mais vagas do que a média nacional.

No Nordeste, a Bahia tem o maior número de vagas, 803; depois vêm Ceará, Piauí, Paraíba e Pernambuco. Colocando essas vagas por milhão de habitantes, a situação se modifica; Piauí é quem tem o maior número de vagas por milhão de habitantes, seguida de Paraíba; e a Bahia é o que tem o menor número de vagas junto com o Maranhão. Ou seja, não houve nenhum critério na distribuição dessas escolas. Não houve interferência do Ministério da Educação. A região Nordeste continua com 75 vagas por milhão de habitantes, enquanto a média nacional é 90,2.

No Centro-Oeste, Mato Grosso tem 400 vagas, Goiás tem 230, Brasília tem 376 e Mato Grosso do Sul tem 300. Por milhão de habitantes, a região Centro-Oeste tem 101 vagas, quando a média nacional é de 90. Mato Grosso tem 213 vagas por milhão de habitantes, Goiás tem 38. Outra vez se demonstra que não houve nenhum critério nessa distribuição. Brasília tem 146 vagas e Mato Grosso do Sul tem 127, quando a média nacional é de 90.

A região Sudeste é a que concentra o maior número de vagas. São Paulo tem 3.226 vagas; Minas Gerais tem 2.940 vagas; Rio de Janeiro tem 2.636; Espírito Santo tem 500. Quando eu coloco isso por milhão de habitantes, vejam que São Paulo fica com 80 vagas por milhão; Rio de Janeiro, com 164 vagas, tem mais do dobro de São Paulo; Espírito Santo, 143; Minas Gerais, 146. E vocês viram que criaram novas faculdades em Minas Gerais, quando, na verdade, ela já tem um excesso de vagas sendo ofertadas.

A região Sul tem 2.220 vagas. Rio Grande do Sul tem 822, o Paraná tem 908 e Santa Catarina tem 490. Quando eu coloco isso por milhão de habitantes, Paraná tem 87, Santa Catarina tem 80 e o Rio Grande do Sul tem 77, portanto, 81 vagas em média na região sul. Menos que a média nacional.

No geral, nós temos no Brasil, hoje, 18.454 vagas; em 1996 nós tínhamos 8.600, e há uma indicação no Ministério da Educação de que serão abertas mais 11 mil vagas. É um risco enorme, porque, como vamos conseguir corpo docente? E a ideia é abrir vagas onde o Ministério indicar, ou seja, onde há menos instituições, onde há menos recursos, menos médicos, menos possibilidade docente.

Isso mostra a desigualdade que existe no país nessa distribuição de vagas. Coloco esses números para que vocês percebam que, quando se fala em assistência à população em geral, se nós formos nos orientar pelas escolas, a situação vai ficar muito complicada. Aqui vocês veem os estados que têm mais do que a média, os que possuem pouco menos que a média e os que estão longe da média. São Paulo está dividido em 17 regionais. A regional da grande São Paulo tem 10 faculdades de Medicina que oferecem 973 vagas – uma vaga por 20 mil habitantes. A regional de Ribeirão Preto oferece uma vaga para quatro mil. A regional de São José do Rio Preto que eu falei oferece uma vaga para 3.300 habitantes. A regional de Araçatuba não tem faculdade, a de Bauru tem um milhão de habitantes e não tem faculdade; e a regional de São José dos Campos, que tem 2 milhões e 300 mil habitantes, tem uma vaga para 28 mil habitantes, só tem uma faculdade em Taubaté.

Agora, esses médicos são formados para quê? Para atender a uma clientela. Como se distribui essa clientela? De 1948, quando eu ingressei na faculdade, até 1960, a clientela se constituía de três categorias. Nós tínhamos o indigente, o previdenciário – distribuído em sete institutos de previdência – e o privado, que arcava com as despesas. Nessa época, as pessoas vendiam patrimônio para pagar médico e hospital. Em 1960, houve uma mudança importante, foi a entrada do convênio. O convênio começou em 1956, em São Paulo, mas se consolidou em 1960. Continuávamos com o privado e os indigentes. Nós tínhamos os institutos dos bancários, dos servidores do estado, dos industriários, dos comerciários, e cada instituto, que não tinha aposentado, criou um grande hospital no Rio de Janeiro, que era a capital federal. Os grandes hospitais do Rio de Janeiro foram criados nesta época: o hospital do servidor do Estado; o hos-



pital de Ipanema, que era dos comerciários; o hospital da Lagoa, que era dos bancários; e esses hospitais se transformaram em verdadeiros hospitais de ensino, porque os grandes professores do Rio de Janeiro trabalhavam nesses hospitais.

Em 1966, já no período da ditadura militar, os institutos foram todos fundidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com um ramo que era o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e outro ramo que era o Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social]. Nessa altura, a previdência social tinha um papel fundamental na assistência médica. Continuava o indigente nas Santas Casas e continuava ainda o privado. Quando veio a constituinte, nós estabelecemos que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, então nós retiramos o indigente. Não tem mais indigente, todos são submetidos a controle e a tratamento pelo Estado, e fundimos o previdenciário e o indigente. Virou uma categoria só, todos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste momento, já o número de aposentados tinha crescido muito e a previdência social retirou a sua participação no financiamento. Vem daí a crise do financiamento do setor. Nós criamos novos tributos, como o fim social, a participação sobre o lucro líquido, e também aumentamos alíquotas. Quando estive no Ministério, consegui aprovar a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), quer dizer, foi todo um esforço para conseguir substituir o financiamento do setor, o que ainda não conseguimos. O privado praticamente desapareceu e o convênio assumiu um papel importante.

No momento em que nós criamos o Sistema Único de Saúde, nós criamos, na verdade, um sistema misto. A atividade ficou livre à iniciativa privada. E aconteceu uma coisa fundamental no setor: a iniciativa privada, que passou a trabalhar com os convênios e com privados, tinha o ingresso de recursos incomparavelmente maior do que o sistema público. Então começou a diferenciação, em que o sistema privado foi progressivamente assumindo a liderança. Por quê? Porque, ao mesmo tempo, a incorporação tecnológica se fez de

uma forma avassaladora. Então a Medicina passou a depender das indústrias, tanto de equipamento, quanto de medicamento. Porque, no passado, nós não tínhamos os produtos industrializados, as farmácias eram de manipulação e as medicações eram muito limitadas. Com o avanço tecnológico, que aumentou a segurança, diferenciou as especialidades, nós criamos uma dependência total da indústria, tanto que hoje nenhum congresso médico é feito sem a participação da indústria, e a participação da indústria tem-se tornado muito complicada na manutenção dos padrões éticos da profissão médica. Apesar disso, o SUS fez muita coisa e continua fazendo.

Em 2010, foram 3,6 bilhões de procedimentos, 1,6 bilhão de atenção básica, e 2 bilhões em atenção de maior complexidade, ações de vigilância e atendimento, consultas, vacinas, internações, exames bioquímicos. Um volume que desaparece diante da grande quantidade de gente que existe nas áreas urbanas. Nós fizemos uma coisa realmente incrível. A transição demográfica se fez em duas direções: de um lado nós criamos grandes conglomerados, de outro lado nós criamos um número enorme de municípios com pequena população. Hoje nós temos 53% dos municípios brasileiros com menos de 10 mil habitantes, e eles só concentram 6,5% da população, enquanto colocamos grandes massas de população morando em áreas onde os profissionais de que ela necessita não aceitam morar, como as periferias das grandes cidades.

E aí vem uma experiência brasileira que foi comemorada e consagrada no mundo inteiro - há um artigo no *British Medical Journal* dizendo que os países precisariam vir ao Brasil aprender como é que se faz atendimento básico - que foi o programa de Saúde da Família, baseado não no médico, baseado no agente comunitário. O agente comunitário é um dos moradores de um núcleo de 100, 200 famílias, de acordo com a concentração da população. Ele faz o cadastramento dessa população, sabe quais são as doenças crônicas presentes - hipertensão, diabetes, tuberculose etc. -, ele sabe quem está grávida e se está fazendo pré-natal ou não e ele vai ver a caderneta de vacinação das crianças. Ele serve de interlocutor junto com o posto, onde existe um médico, uma enfermeira, uma auxiliar,

para cada cinco ou seis agentes comunitários. Esse foi um modelo extraordinariamente importante que nós criamos no Brasil, só que esse modelo não cobre metade da população que precisa. Se ele não cobre metade da população, eu tenho metade da população que não tem cobertura e a eficiência fica muito comprometida. Ficou faltando no Programa Saúde da Família (PSF) unidades de especialidades vinculadas às equipes. Ao contrário, se decidiu pela criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sem vínculo com o PSF e atendendo indistintamente quem a procura, enquanto no PSF a população é vinculada. Ficou faltando, também, o volume de recursos capaz de mover toda estrutura acrescida de unidades de internação à disposição dos especialistas que devem dar cobertura a população vinculada. Esse problema fica muito claro quando nós vamos ver quais são os recursos colocados à disposição do sistema de saúde.

Eu trago aqui para os senhores alguns países que têm sistemas públicos parecidos e os valores gastos por esses países nos anos 1960, 1990, 1998 e 2006, e vejam que, em 2006, o nosso gasto em saúde era de 775 dólares *per capita*. Isso significa que nós estamos gastando o que esses países gastavam em 1964, com um agravante, esses países gastam muito mais com o sistema público do que com o sistema privado, menos o Brasil, que gasta mais com o sistema privado do que com o sistema público. Ou seja, nós temos pouco com o sistema público. Eu fiz um exercício aqui. Se nós gastássemos o que gasta a Alemanha, nós precisaríamos de 617 bilhões de dólares. Se gastássemos o que gasta o Canadá, nós precisaríamos de 649 bilhões. Se gastássemos o que gasta a Suécia, 572 bilhões. Nós gastamos 143 bilhões de dólares. Então não tem nenhum sentido, quando se pretende comparar o sistema brasileiro com os desses países. Primeiro, são países que têm pouca população. Suécia tem sete milhões, Canadá tem 23 milhões, Alemanha tem 80 milhões, Austrália tem 25 milhões. O Reino Unido tem 60 milhões, nós temos 190 milhões.

Com dados mais recentes, e colocando os valores *per capita* vemos que, os Estados Unidos gasta 7.410 dólares *per capita*/ano. Gasta 16% do seu orçamento. A Alemanha 11%, 4.129 dólares per

capita/ano; a França, 3.930; Reino Unido, 3.390; e o Brasil gasta 943. A Argentina gasta mais que nós, o México gasta menos que nós. A disponibilidade, portanto, público-privada era mais ou menos esta, em 2009: 127 bilhões de reais do público e 143 bilhões de reais do privado, total de 270 bilhões. Ou seja, considerando as populações, 1.420 dólares ou 2.600 reais *per capita* no sistema privado e 793 reais *per capita* no sistema público. Ou seja, no sistema público gasta-se 440 dólares da época enquanto se gasta 1.440 no privado. Ou seja, o privado gasta quase quatro vezes mais do que o setor público. Então, o que aconteceu? O privado é que tem condições de atualizar o equipamento e, em consequência, tem condições de assumir a liderança. Não é por outra razão que as autoridades brasileiras não vão ao sistema público. Quando precisam, vão ao sistema privado, porque o sistema público não tem financiamento para acompanhar a evolução científica e tecnológica. Outro exercício: Se eu duplicasse o gasto público, ficaria com 254 bilhões de reais no setor público e 143 no privado, ainda assim, considerando as populações, o privado gasta bem mais que o público, mas se eu tivesse essa duplicação, eu ficaria numa posição mais confortável, com o setor público gastando 63% do gasto total em saúde. Eu não chego aos valores do Reino Unido, que gasta 87%, mas me aproximo da Austrália, que gasta 67%. Agora uma pergunta que precisa ser feita: tem de onde tirar? Todo mundo se queixa que gasta muito, que paga demais, que a carga tributária é muito elevada. Tem de onde tirar?

Veja este dado do Ministério do Planejamento, de 2011: as obrigações, ou seja, as despesas obrigatórias, representam 89% do orçamento e as despesas discricionárias, que podem ser distribuídas, representam 11%. Se nós dividirmos isso, nós vamos verificar que a amortização da dívida – juros e encargo da dívida e demais despesas financeiras – consome 53% do orçamento. Do que resta, 162 bilhões ou 8,9% vão para o Fundo de Participação dos Estados e Municípios; 333 bilhões ou 16,8% vão para previdência e assistência social. O dinheiro da Previdência Social não é do governo, mas sim dos aposentados e pensionistas. O governo é que se põs a administrar e arrecadar, mas ele não faz nada com esse dinheiro. Fazia,

no passado, quando não tinha aposentados em número suficiente. Os gastos com pessoal e encargos levam 9,5%, onde estão incluídos todo o pessoal do Ministério da Educação, hospitais universitários etc. e todo o pessoal da Saúde. Depois das demais despesas obrigatórias restam, para as despesas discricionárias, 202 bilhões. Neste item nós temos uma parcela significativa: 30%, ou 60 bilhões de reais. A Educação, além dos gastos com pessoal, hospital universitário, entre outros, tem mais 13%, que totalizam 26 bilhões. O que resta vai para o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e para o Bolsa Família. É esse o dinheiro que nós temos, não dá para fazer mais.

E aí, então, entra uma consideração que vale a pena discutir aqui, que é a seguinte: todos se queixam da carga tributária de 36%. Se nós tirarmos 14%, que é previdência, restam 22%, o que não dá para um país que teve o desenvolvimento que nós tivemos num curto intervalo de tempo. A Catedral de Notre Dame é de 1200, a Torre Eiffel é de 1889, para comemorar 100 anos da revolução francesa. A França, em 1890, tinha 33 milhões de habitantes, hoje tem 66 milhões. Nem dobrou. Nós tínhamos 14 milhões de habitantes, hoje temos 195 milhões. O estado de São Paulo tinha 1,3 milhão, hoje tem 41 milhões. A cidade de São Paulo tinha 65 mil habitantes, hoje tem 11 milhões. Então, demandas como as de saneamento básico, de transporte e de segurança, são incomparavelmente diferentes daqueles países de primeiro mundo, que tinham colônias, que drenaram a riqueza do planeta. Nós, quando começamos o nosso desenvolvimento, que foi a partir dos anos 50 do século 20, precisamos conseguir empréstimos, sobre o qual pagamos juros e estamos pagando até hoje. Assim, é preciso tomar um pouco de cuidado quando a gente discute esse assunto.

Então, aqui vem uma discussão muito importante: como nós conseguimos ter áreas em cidades que abrigam populações com deficiências inaceitáveis equivalentes em população a países que têm renda *per capita* de 60 mil dólares? Isso ocorre porque a arrecadação é insuficiente e desproporcional em relação às necessidades. Por que isso acontece? Só tem uma possibilidade: quem gera a receita,

se apropria dela. Como se apropria dela? Só tem um jeito: sonegando, legal ou ilegalmente. Então o nosso Produto Interno Bruto (PIB) não é correto. É preciso verificar que os países do primeiro mundo fazem sua carga tributária em cima da riqueza, herança, patrimônio e renda. Nós fazemos a nossa carga tributária principalmente sobre produtos, bens e serviços. Então quem paga não é quem produz a riqueza, quem paga é quem compra. Por isso é que, para o povo, a carga tributária é muito alta, mas, na soma dos recursos, eles são insuficientes. Há pouco tempo, teve um francês, um tal de Gérard Depardieu, que foi pedir a cidadania russa. Por que ele fez isso? Porque o governo francês acenava que ia passar o imposto de renda para 60%, que é mais ou menos o que tem na Suécia. Aqui, o máximo de imposto de renda é 27,5%. Então, quem ganha acima de três mil, três mil e pouco, já paga 27,5%, e quem ganha bilhões paga 27,5%. Nós não conseguimos arrecadar o que nós precisamos. É importante que isso fique na mente de vocês.

Há aqui outro problema: como é que esses médicos que a gente forma estão distribuídos no território nacional? A maioria está nas capitais. Temos, por exemplo, 66,8% dos médicos da região Nordeste nas capitais, e as capitais têm 21% da população. Na região Sul-Sudeste, tem um equilíbrio um pouco maior. O Brasil tem 1,95 médico por mil habitantes. Acima desse índice, nós temos apenas seis estados, mas quando vamos para as capitais, somente seis estados estão abaixo de 1,95. Capitais como Vitória têm dez médicos por mil habitantes, Porto Alegre tem oito. Isso poderia significar que as capitais estão bem servidas de médicos. Eu fiz um estudo em 1999 em São Paulo. A cidade tinha 10 milhões de habitantes em 96 distritos e eu estudei a distribuição dos leitos hospitalares, porque onde tem hospital tem médico, porque o médico precisa de infraestrutura para trabalhar. Nós temos 25 distritos da capital de São Paulo com 12,59 leitos por mil habitantes. Essa área concentra 120 hospitais. E temos 71 distritos quem têm 0,6 leitos por mil habitantes. Se eu quiser colocar 2 leitos por mil habitantes nesses 71 distritos onde vivem oito milhões de pessoas, o déficit ia ser de doze mil leitos. Doze mil leitos são sessenta hospitais de 200 leitos. Nós últimos quinze anos,

fizeram três. Então não surpreende a ninguém que a deficiência seja da forma que nós estamos vendo no país. Quanto às equipes de saúde da família, na capital do estado de São Paulo, nós precisaríamos de duas mil e quatrocentas, nós temos mil duzentos e setenta e uma.

No Brasil, nós temos 2.513 municípios com menos de dez mil habitantes, 45% dos municípios e 6,7% da população. Temos entres dez e cinquenta mil habitantes, 2.449 municípios, ou seja, 89% dos municípios brasileiros têm menos de cinquenta mil habitantes. De cinquenta a cem mil, temos 325, com mais de cem mil temos 268 e com mais de um milhão temos 14. Essa distribuição é que cria a grande deficiência, e como a mídia está muito interessada na deficiência, ela busca os hospitais e prontos-socorros das grandes cidades que estão com a população médica concentrada nas regiões mais ricas da cidade. E aqui que entra a discussão: O que a universidade pode fazer? O que nós podemos fazer?

Vamos simplesmente raciocinar sobre que tipo de médico nós estamos formando. Nós estamos formando candidatos à residência médica. Ora, a residência médica dirige o médico para a especialização. Então, durante o curso o aluno já escolhe a especialização que quer e já se interessa pelos assuntos daquela especialidade. Nós não formamos um médico para trabalhar com a população sem usar a alta tecnologia. Por que nós não formamos esse médico? Nós não formamos esse médico porque o curso precisaria ser ministrado por médicos generalistas. O curso não pode ser ministrado por médicos especialistas, e todas as disciplinas são de especialistas, e se discute muito a carga horária de cada disciplina. Essa ideia precisa ser modificada, porque, para eu formar um médico generalista, ele não precisa aprender as especialidades. Eu vou dar um exemplo claro para vocês: imaginem que eu vou ensinar em cirurgia cardíaca a tetralogia de Fallot, que é uma cardiopatia cianogênica. Ele não precisa aprender tetralogia de Fallot, ele precisa saber que existem dois grupos de crianças com cardiopatia cianótica: um grupo que tem isquemia do pulmão, um grupo que tem congestão do pulmão. O grupo que tem isquemia do pulmão, quando fecha o canal arterial, piora, e não pode dar cardiotônico. O grupo que tem congestão

do pulmão, quando regride, o padrão fetal da circulação pulmonar piora, precisa tomar cardiopulmônico e encaminhar para o especialista. É só isso. Mas isso não deve ser ensinado na cirurgia cardíaca, mas na cardiologia. Então a cirurgia cardíaca não deve ser ensinada para o estudante. Ele deve ter noção do que a cirurgia pode fazer, mas ele não deve aprender a especialidade em cirurgia. Acontece que o professor que é especialista, quer ensinar a sua especialidade. Como ele não tem tempo, o ensino fica fragmentado e incompleto e o aluno não consegue se sentir em condições de sair para enfrentar a população sem usar a alta tecnologia. Residência só existe em hospitais que detêm toda a tecnologia e para tratar das pessoas, num atendimento primário, não precisa de tecnologia. Esse dado que Cuba percebeu e preparou pessoas que vão atender essas populações sem usar alta tecnologia, tanto que o grande ingresso de recurso que Cuba tem é dos médicos que ela manda para o exterior. Ou seja, é preciso que se medite sobre essa situação que nós estamos enfrentando para poder traçar os objetivos de longo prazo. A medicina não pode continuar sendo ensinada como está, porque ela, como está, não atende a grande massa da população, mas ela precisa fazer o avanço científico e tecnológico, e então as especialidades vão formar especialistas, vão trabalhar na pós-graduação e não na graduação. Eu acho que essa mudança é que nós precisamos enfrentar, mas temos muita dificuldade, porque nós não temos os professores generalistas. Essa é a dificuldade que nós estamos enfrentando. Nós temos que criar o professor generalista que ensina, da especialidade, o que nenhum médico pode deixar de saber, especialmente em emergência.





