

# a saúde no Brasil

WOODROW P. PANTOJA

I. Considerações Preliminares. II. Situação de Saúde no País. 1. Indicadores de Saúde. 2. Principais Causas de Mortalidade e Morbidade. 3. Problemas de Nutrição. III. Recursos. 1. Médicos e Leitos Hospitalares. 2. Equipe de Saúde. 3. Pesquisa Biomédica. 4. Saneamento Básico. 5. Financiamento. IV. Organização dos Serviços de Saúde. V. Ministério da Saúde. 1. Política Nacional de Saúde. 1.1 Objetivos Gerais. 1.2 Diretrizes Gerais. 2. Plano Nacional de Saúde. 2.1 Organização Administrativa Básica. 2.2 Custeio das Atividades. 2.3 Remuneração dos Médicos. 2.4 Fiscalização dos Custos. 2.5 Implantação. VI. Sumário.

## I – CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

É universalmente aceito que as atividades inerentes ao Setor Saúde participem do conjunto de bens e serviços que caracterizam o bem-estar de uma população. O desenvolvimento econômico, proporcionando aumento de procura e capacidade de consumo de bens e serviços, conduz à elevação dos níveis de saúde da população.

Esta íntima interdependência tem induzido a que, conforme o ângulo pelo qual se aborde o problema, sejam tomadas posições externas com relação à aplicação de recursos no Setor Saúde.

Considerada a saúde como um componente do bem-estar social, meta de todos os planos de desenvolvimento, ela se torna um fim, dispensando análises e comparações

- Relatório apresentado no Seminário de Análise do Processo de Formulação de Política Governamental organizado pelo Centro de Pesquisa da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, no período de 7 a 11 de outubro de 1968.

de custos alternativos com os setores econômicos, mas tão-somente, e quando muito, com os demais setores sociais.

Consideradas as ações do Setor Saúde como uma atividade-meio para aumentar a produtividade da força de trabalho, elas seriam um dos instrumentos do desenvolvimento econômico e, como tal, passíveis de confrontos intersetoriais.

Conseqüentemente, no primeiro caso, a quantidade de recursos consignados ao Setor Saúde independeria da utilização de critérios econômicos de rentabilidade, posição que poderia induzir o Governo a desviar para as ações de saúde, recursos indispensáveis aos setores econômicos. Enquanto que no segundo, por competir com as dos setores econômicos, as inversões em saúde teriam que ser feitas, exclusivamente, em função da análise de custos alternativos. Neste caso, as ações de saúde — vistas simplesmente como atividade-meio — não se justificariam plenamente em áreas menos desenvolvidas, onde o custo de oportunidade de mão-de-obra é reduzido.

Ocorre, entretanto, que na formulação de qualquer plano global de desenvolvimento econômico e social, impõe-se levar em conta a conveniência de criar determinadas pré-condições para sua exequibilidade, entre as quais salienta-se a estabilidade social. A oferta de serviços de saúde, beneficiando grupos populacionais de baixa renda *per capita*, constitui, ao lado de outras medidas, como o imposto sobre a renda, a taxação da herança e o salário mínimo, um instrumento de ação governamental para reduzir as desigualdades na distribuição da riqueza e atenuar fatores de pressão social.

Nestas condições, e sendo extremamente difícil quantificar os benefícios econômicos resultantes das ações de saúde, impõe-se reconhecer que os recursos que se destinem ao setor dependerão, em grande parte, de decisões de nível superior que, apesar de essencialmente políticas, devem basear-se tanto em necessidades ditadas por critérios éticos quanto em requisitos indicados pelas técnicas de racionalização do planejamento econômico. Só assim será possível propor um conjunto de atividades que traduza uma programação intersetorial coerente e harmônica.

Sendo a Saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, torna-se evidente que o nível de saúde de uma coletividade é determinado por todos os fatores ambientes que afetam as condições de vida de seus integrantes.

Só as coletividades que asseguram a seus componentes boas condições de alimentação, educação, transporte, moradia, assistência

médica, trabalho e recreação — para citar apenas alguns aspectos característicos de um elevado padrão de vida — podem desfrutar de alto nível de saúde.

Assim, toda medida que contribuir para o desenvolvimento econômico do País estará concorrendo, direta ou indiretamente, para a elevação de seu nível de saúde.

Por outro lado, ocorre que a proteção e a recuperação da saúde depende de ação social organizada, assegurando-se a realização de certas tarefas que não estão ao alcance de cada indivíduo de *per si*.

A proteção e a recuperação da saúde da população em geral, são reconhecidas pelos estudiosos das ciências políticas como deveres inerentes ao Estado Moderno.

“Estamos-nos transformando a passos largos em uma *sociedade comunal*, na qual o setor público assumirá maior importância e os bens e serviços que afetam cidades — educação, assistência médica e ambiente — terão, cada vez mais, de comprar-se coletivamente”.<sup>1</sup> E conseqüentemente, produzidos coletivamente ou seja por organizações públicas.

Dentro desta ordem de idéias, o planejamento do Setor Saúde deve ser compatível com o plano geral de desenvolvimento e ter como escopo fundamental a melhor utilização possível dos recursos que lhe sejam consignados.

A identificação dos problemas de saúde do País e o conhecimento, qualitativo e quantitativo, da totalidade dos recursos disponíveis para seu atendimento, são imprescindíveis para a consecução desse objetivo.

## II — SITUAÇÃO DE SAÚDE NO PAÍS

### 1. *Indicadores de Saúde*

Qualquer avaliação quantitativa das condições de saúde de um povo baseia-se na aferição das manifestações negativas da saúde, que se traduzem por doença ou morte.

A mensuração em termos de morbidade apresenta inúmeros obstáculos, razão por que ela geralmente é feita em termos de mortalidade.

Embora a mortalidade não seja uma indicação de saúde, a experiência tem demonstrado que onde existem certos valores de uma, em geral certos valores da outra podem ser postulados.

Os indicadores de saúde calculados para o Brasil mostram alguns fatos de grande significação.

<sup>1</sup> BELL, Daniel. *O Ano 2000 — Aproximações*, Vol. I, n.º 1, p. 19.

Com base na mortalidade proporcional, por exemplo, verifica-se que em nosso País, entre as pessoas que morrem, apenas 28 por cento têm idade de 50 anos e mais, ao passo que nos países desenvolvidos, como a Dinamarca e os Estados Unidos, mas de 80 por cento das mortes ocorrem entre indivíduos que se encontram naquela faixa de idade.

A explicação para a grande diferença entre o Brasil e os países desenvolvidos encontra-se na contribuição substancial que entre nós faz o grupo de menos de 5 anos de idade para o total das mortes. Enquanto na Dinamarca apenas 5 por cento dos óbitos são de crianças de menos de 5 anos, no Brasil essa percentagem está acima de 50.

Pode-se, pois, caracterizar o Brasil como um país de elevada mortalidade de pessoas jovens.

As taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil, e a vida média ao nascer, que se encontram na Tabela 1, permitem tirar outras conclusões de interesse.

Verifica-se uma elevação expressiva do nível de saúde da população brasileira, ocorrida nos últimos 25 anos. Por outro lado, apesar dessa melhora, o nível de saúde do País ainda é baixo, quando confrontado com o que se observa nos países desenvolvidos.

TABELA I

## INDICADORES DE SAÚDE

INDICADOR	BRASIL		Holanda, 1964
	Década anterior a 1950	Anos próximos de 1964	
Taxa de mortalidade geral (por 1.000 habitantes)	20 a 21	13	7,4
Taxa de mortalidade infantil (p/1.000 nascidos vivos)	160	112	16,5
Vida média ao nascer (em anos)	42 a 43	55	72

Existe apreciável variação do nível de saúde, de acordo com a região geoeconômica, conforme se verifica na Tabela 2.

É muito interessante salientar que as mesmas causas de morte predominam em todo o Território Nacional, mas a intensidade com que atuam é condicionada pelo padrão de vida das respectivas populações.

TABELA II

INDICADORES DE SAÚDE CONFORME REGIÕES GEOECONÔMICAS  
DO BRASIL, EM ANOS PRÓXIMOS  
DE 1964

REGIÕES GEOECO- NÔMICAS	ESTADOS OU TERRITÓRIOS	Taxa de mor- talidade geral p/1.000 habi- tantes	Taxa de mor- talidade infantil p/1.000 nascidos vivos	Vida média ao nascer em anos	Renda per capita em Cr\$ de 1960
Norte	Pará, Amazonas, Acre, Amapá, Rondônia e Roraima	11	67	58	18.600
Nordeste	Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Ser- gipe e Bahia	18	176	49	13.600
Centro-Oeste	Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal	12	74	55	16.700
Sudeste A	Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro	13	89	55	20.000
Sudeste B	Guanabara e São Paulo	9	75	61	54.000
Sul	Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul	10	73	59	30.000

## 2. Principais Causas de Mortalidade e Morbidade

A elevada mortalidade de pessoas jovens é causada, na maior parte por doenças transmissíveis, destacando-se entre elas, as diarreias infecciosas, a gripe e a pneumonia, a tuberculose pulmonar, o sarampo e o tétano.

Merecem ainda citação, muito mais pela incapacidade que provocam do que pelas mortes que causam, a malária, a esquistossomose mansônica, a febre tifóide, a doença de Chagas, a lepra e a ancilostomose.

Convém pôr, ainda, em destaque duas doenças pestilenciais — a febre amarela silvestre e a peste — que, muito embora estejam limitadas a áreas bem conhecidas, encerram grande perigo potencial, exigindo trabalho contínuo de controle. Em relação à febre amarela, esse risco tornou-se ainda maior com a recente invasão do território brasileiro (cidade de Belém e outras áreas da Amazônia) pelo *Aedes aegypti*, transmissor da doença urbana, que havia sido erradicado do Brasil em 1949.

Do ponto de vista da morbidade podem ser assim descritas as peculiaridades regionais:

*Região Norte* — Alta incidência de malária; ocorrência de elevada taxa de prevalência da lepra; febre amarela silvestre e outras arbovirosas em toda a mata amazônica; ocorrência de leishmaniose tegumentar; importante foco de filariose em Belém.

*Região Nordeste* — Ampla disseminação da esquistossomose mansônica e da doença de Chagas; focos residuais de peste; extensos focos de tracoma; elevada incidência de malária nos Estados do Maranhão, Piauí e Bahia; importantes focos de leishmaniose nos Estados do Ceará e Bahia, e de filariose em Recife.

*Região Centro-Oeste* — elevada incidência de malária; alta prevalência de bócio endêmico e de lepra; ocorrência epizootica de febre amarela silvestre; ampla disseminação da doença de Chagas no Estado de Goiás.

*Região Sudeste A* — ampla incidência de malária e de esquistossomose mansônica; elevadas taxas de prevalência de bócio endêmico e de lepra; importantes focos de brucelose; alta disseminação da doença de Chagas no Estado de Minas Gerais.

*Região Sudeste B* — taxa elevada de prevalência da lepra; focos isolados de esquistossomose mansônica; grande área endêmica de doença de Chagas no Estado de São Paulo.

*Região Sul* — áreas de bócio endêmico; baixa incidência de tracoma; moderada incidência de brucelose; larga disseminação da doença de Chagas, principalmente no Estado do Rio Grande do Sul; importante área malarígena no Estado de Santa Catarina; foco de hidatodose no Estado do Rio Grande do Sul.

Algumas doenças, pela sua ampla disseminação geográfica e pelo número de indivíduos acometidos, e pelo volume de atividades de controle que vêm exigindo, merecem comentários adicionais: malária, varíola, doença de Chagas, esquistossomose, lepra e tuberculose.

*Malária* — A área malárica do País abrange aproximadamente 90 por cento do Território Nacional, com cerca de 36 milhões de habitantes. A malária apresenta-se ainda, em certas áreas, como o principal problema de saúde.

A luta contra essa endemia tomou aspectos de uma corrida contra o tempo, quando ficou evidenciado que muitos transmissores haviam adquirido resistência aos inseticidas de ação residual e foi verificada a existência de plasmódios resistentes aos antimaláricos utilizados na sua terapêutica.

Esses fatos obrigaram a uma revisão dos métodos e processos utilizados na luta contra essa doença, com o propósito de objetivar não mais seu controle, mas sua erradicação. Segundo a Organização Mundial da Saúde, para erradicar a malária é necessário instituir uma campanha limitada no tempo e conduzida com tal perfeição que, ao seu término, não haja mais possibilidade de transmissão.

A decisão do Governo da União em adotar essa diretriz traduziu-se no ato que criou a Campanha de Erradicação da Malária, em 1958, e na Lei n.º 4.709/65, que lhe deu maior flexibilidade operacional.

A Campanha de Erradicação da Malária teve considerável incremento a partir de março de 1968. Intenso programa de treinamen-

to de pessoal, instalação de oficinas e aquisição de meios de transporte terrestre e fluvial permitiram a inclusão de mais de 900.000 prédios na fase de ataque, isto é, em trabalhos de borrifação com inseticida de ação residual nos Estados de Minas Gerais, Bahia, Goiás, Maranhão, Piauí, Pará, Acre e Território do Amapá e Rondônia, estendendo-se assim a proteção a mais de 5 milhões de brasileiros residentes em áreas maláricas dessas Unidade da Federação.

Como resultado dos trabalhos da Campanha, já foi possível suprimir as borrifações com inseticidas em 600.000 prédios situados nos Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro e Paraná, onde a transmissão já foi interrompida, com a conseqüente proteção de mais de 3 milhões de brasileiros que habitam aquelas regiões.

*Varíola* — O Brasil ainda permanece como o foco mais importante dessa virose nas Américas.

De 1956 a 1966, os casos notificados dessa doença variaram entre 2.000 em 1958 a mais de 9.500 em 1962, passando daí por diante a manter-se em torno de 3.000 casos anuais.

Os casos conhecidos distribuem-se por tôdas as regiões fisiográficas do País, havendo justificadas razões para considerar a varíola como endêmica em todo o território nacional.

A real incidência da varíola, que presume ser bem superior à indicada pelos casos conhecidos, e a ameaça que representa para os países vizinhos a existência dessa doença em território nacional, levaram o Governo federal a estruturar um programa de erradicação, nos moldes de uma campanha nacional.

*Doença de Chagas* — Os inquéritos entomológicos já realizados no País mostram que são encontrados triatomíneos transmissores da Doença de Chagas, adaptados ao domicílio humano e ao parasitismo em animais domésticos, apresentando variável índice de infecção natural, em extensas áreas dos Estados de Minas Gerais, Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul, bem como nos Estados do Nordeste.

Com base nesses inquéritos e em estudos sorológicos, estimou-se a prevalência de endemia em aprêço em mais de 3 milhões de pessoas infectadas. Além disso, estão sendo no momento realizados levantamentos nos Estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Bahia, Espírito Santo, Piauí e Maranhão, com o propósito de completar as informações sobre a dispersão da doença no País.

Sendo a Doença de Chagas uma endemia ligada às más condições da habitação rural e não havendo método eficaz para o tratamento dos doentes, seu controle baseia-se no combate aos insetos transmissores, mediante o expurgo domiciliar com borrifações de inseticida de ação residual — o BHC.

Apesar de se tratar de método eficaz de prevenção da doença, até o momento somente foi possível realizar expurgos regulares em aproximadamente 30 por cento da área comprovadamente endêmica.

*Esquistossomose* — A prevalência da endemia no País, estimada em cerca de 6 milhões de infectados, continua em ascensão, tendo-se em vista o que vem sendo revelado pelos inquéritos coprológicos e malacológicos já realizados para conhecimento da distribuição geográfica da doença.

A zona de mais alta endemicidade da esquistossomose compõe a faixa litorânea que se estende do Rio Grande do Norte à Bahia, penetrando em determinadas áreas do Maranhão, Ceará, Rio de Janeiro, Guanabara, São Paulo, Paraná, Pará e finalmente já se conhece agora a ocorrência da parasitose em áreas de Goiás, inclusive em cursos de água do Distrito Federal.

Cabe destacar desde logo a importância das migrações internas como fator de expansão da endemia, bem como a crescente ampliação da rede de valas de irrigação em áreas onde há planorbídeos, o que representa outra condição a concorrer para o crescimento da endemia.

No vale do Paraíba, ocorreram simultaneamente dois fenômenos que acabaram por transformá-lo em novo e importante foco da doença. Ao lado da adaptação biológica de uma raça de *S. manzoni* ao molusco da região — *Biomphalaria tenagophila* — até então considerado um hospedeiro secundário, o homem começou a ter contato muito mais prolongado e freqüente com a água, em consequência da expansão da rizicultura e do cultivo de produtos hortigranjeiros, em extensa parte do Vale.

Apresenta-se, pois, a esquistossomose como um dos mais complexos problemas de saúde, não só pela elevada prevalência e larga distribuição geográfica da doença, porém, sobretudo, porque ainda não foram descobertas drogas medicamentosas ou substâncias moluscidas que a um só tempo se mostrem eficazes, de baixa toxidez, de aplicação prática e de custo razoável, para que possam ser empregadas em campanhas de massa.

O elevado custo das medidas de saneamento restringe a sua execução somente a áreas prioritárias, limitadas, não sendo possível a ampliação desses programas no ritmo necessário para o controle da endemia em extensão.

É bem expressiva a correlação entre os altos índices hiperendêmicos e de formas graves da esquistossomose e a baixa renda *per capita* que se verifica no Nordeste, aliás a mais baixa do País.

*Lepra* — A lepra é endemia encontrada em todo o Território Nacional, variando, entretanto, sua taxa de prevalência (total de casos conhecidos por 1.000 habitantes), de acordo com a região geoeconômica.

A taxa mais elevada encontra-se na Região Norte, e a mais baixa, no Nordeste do País.



Mas a taxa de prevalência de 1,3 doentes por 1.000 habitantes coloca o Brasil entre as regiões de mais alta endemicidade, em todo o mundo, podendo-se estimar em cerca de 160.000 o número de leprosos no País.

O número de doentes de lepra tem aumentado paulatinamente no Brasil. A falta de terapêutica eficiente a curto prazo e a baixa letalidade da doença, para isso têm contribuído.

A organização profilática atual para o combate à endemia leprotica ainda aproveita os 36 leprocômios e 117 dispensários existentes no País, acrescidos de 1920 Unidades de Trabalho da Campanha Nacional Contra a Lepra.

*Tuberculose* — A tuberculose, na sua forma pulmonar, está amplamente disseminada por todo o Território Nacional.

A mortalidade que causa, apesar de ainda muito elevada — sua taxa foi estimada em 67 por 100.000 habitantes — não traduz, entretanto, toda a magnitude do problema que a tuberculose representa para o País.

Inquéritos baseados em exames fotofluorográficos de amostras da população permitem estimar a prevalência da doença em 0,5 por cento, indicando a existência provável de 400.000 casos de tuberculose pulmonar, no Brasil, em 1965.

Se, por um lado, o problema da tuberculose pulmonar apresenta-se com características muito graves no Território Nacional, por outro, é preciso assinalar que a quimioterapia, baseada no emprego da estreptomicina, isoniazida e ácido para-amino-salicílico, é de tal modo eficiente, que o controle da doença em aprêço passa a ser possível, se houver possibilidade de tratar a maioria dos doentes bacilíferos existentes numa área qualquer.

Além da eficiência da moderna quimioterapia, a grande maioria dos doentes virgens de tratamento, mostra-se infectada por bacilos sensíveis às drogas já referidas.

Entretanto, as falhas de organização e a insuficiência de recursos financeiros dos órgãos que cuidam do problema têm impedido a utilização dessa poderosa arma — a moderna quimioterapia da tuberculose — na escala necessária, além de serem frequentemente responsáveis pelo aparecimento da resistência bacteriana, pela má utilização das drogas já citadas, com a conseqüente transformação dos casos em doentes crônicos irrecuperáveis.

Nas condições epidemiológicas da doença no Brasil, impõe-se considerar a vacinação pelo BCG como um importante instrumento de luta, pois recentes “estudos de custo-benefício apontam-na como investimento de alta rentabilidade”.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> WAALER, Hans. Cost-Benefit analysis of B.C.G. Vaccination in various epidemiological situations, *W.H.O. Technical Information*, 68.61.

### 3. *Problemas de Nutrição*

O problema da nutrição no Brasil está condicionado, em suas linhas gerais, a uma agricultura de recursos técnicos escassos, a um nível industrial ainda em fase de expansão e à precariedade da infra-estrutura econômica para atender às necessidades de transportes, comunicações e energia dos núcleos populacionais de grande parte do país.

A não absorção pela indústria da maior parte da população brasileira (cêrca de 41 milhões de habitantes) e a tecnologia agrícola obsoleta ainda em uso, determinam uma baixa participação da renda do setor rural em relação ao setor urbano, derivada da baixa produtividade dessa mesma população rural.

RENDA INTERNA PER CAPITA EM 1960

REGIÃO	Rural (NCr\$)	Urbana (NCr\$)	Total (NCr\$)
Norte	9,90	30,03	16,26
Nordeste	9,29	20,24	12,99
Leste	13,25	49,04	26,23
Sul	26,39	51,37	39,08
Centro-Oeste	15,10	17,36	15,89
Brasil	16,19	49,17	27,00

FONTE: IBRE F.G.V.

Não é de admirar portanto, que a população brasileira, sem produzir o suficiente para as suas necessidades, revele sinais e sintomas clínicos de carência alimentar, conforme tem sido revelado em alguns inquéritos já realizados no país.

No *Diagnóstico Preliminar de Saúde e Saneamento* publicado pelo EPEA — Ministério do Planejamento, em 1966, está assinalado que “para uma necessidade média de 3.000 calorias por habitante (média ponderada pela composição por idade e pelo tipo de atividade do povo brasileiro), as *disponibilidades*, de alimentos com que tem contado o país, nos últimos anos, têm sido da ordem de 2.800 calorias as médias diárias *encontradas* nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.”

O consumo, principalmente de proteína, por parte da população brasileira, é abaixo do normal. No Nordeste por exemplo, estima-se que cêrca de 30 por cento das crianças carecem de proteínas em sua alimentação e essa carência alimentar concorre grandemente para as altas taxas de mortalidade geral e infantil, de mortalidade por tuberculose, sarampo e gripe verificadas naquela região.

Esta situação, entretanto, não se limita às regiões menos favorecidas do país. Em São Paulo, o estado mais desenvolvido do Brasil, 60 por cento dos convocados em 1967 foram rejeitados por

insuficiência de peso e altura, o que indica má nutrição crônica desses indivíduos desde as primeiras idades.

Uma pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) revelou que somente 5 por cento da população daquela cidade apresentavam estado nutritivo muito bom; 25 por cento o tinham bom, e dos restantes 70 por cento, ou sejam 600.000 habitantes, 58 por cento eram mal alimentados e 12 por cento muito mal alimentados.

Esse estado de má nutrição do povo brasileiro vem repercutindo desfavoravelmente na economia do País, que além de possuir uma população bastante jovem (52 por cento de menos de 20 anos de idade), está sendo afetado no período de produtividade que poderia auferir de seus habitantes. Junte-se a isto, um grande número de pessoas desempregadas e os salários baixos que ainda predominam em nosso meio e teremos um quadro nada promissor para o futuro.

### III – RECURSOS

#### 1. Médicos e Leitos Hospitalares

Um dos fatores que agrava acentuadamente o problema da assistência médica no País é a distribuição muito irregular dos recursos disponíveis, no território nacional.

As regiões geoeconômicas brasileiras que apresentam as taxas mais baixas de médicos e de leitos hospitalares por habitante são também as de menor renda *per capita*.

NÚMERO DE MÉDICOS E DE LEITOS HOSPITALARES, E RENDA  
PER CAPITA, CONFORME A REGIÃO GEOECONÔMICA

REGIÃO	NÚMERO DE MÉDICOS EM 1963		NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES EM 1962		Renda <i>per capita</i> em 1960 (em cruzeiros)
	Total	p/10.000 habitantes	Total	p/10.000 habitantes	
Norte	578	2,0	6.760	2,3	18.600
Nordeste	4.752	2,1	36.393	1,6	13.600
Centro-Oeste	795	2,3	6.813	2,0	16.700
Sudeste	24.353	7,3	131.285	3,9	37.500
Sul	4.715	3,5	51.884	3,8	29.800

Além disso, dentro de cada região, a grande maioria dos médicos e dos leitos hospitalares está concentrada nas capitais.

**NÚMERO DE MÉDICOS E DE LEITOS HOSPITALARES POR  
HABITANTE, NAS CAPITAIS E NO INTERIOR DE CADA  
REGIÃO GEOECONÔMICA, EM ANOS PRÓXIMOS DE 1963**

REGIÃO	MÉDICOS POR 10.000 HABITANTES		LEITOS HOSPITALARES POR 1.000 HABITANTES	
	Capitais	Interior	Capitais	Interior
Norte	4,9	0,8	5,2	1,1
Nordeste	9,4	0,8	6,2	0,8
Centro-Oeste	11,3	1,1	7,0	1,2
Sudeste	15,6	4,0	6,5	2,8
Sul	9,4	2,8	10,1	3,1
<b>BRASIL</b>	<b>13,0</b>	<b>2,5</b>	<b>6,7</b>	<b>2,1</b>

Outro aspecto interessante relacionado com os leitos hospitalares diz respeito à sua distribuição de acôrdo com a entidade mantenedora e que se pode apreciar na Tabela seguinte:

**DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES, DE ACÔRDO COM  
A NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA, 1962**

NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA	TOTAL DE LEITOS		LEITOS DE LONGA PERMANÊNCIA (1)		LEITOS DE CURTA PERMANÊNCIA (2)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Governo Federal	17.141	7,2	11.980	14,6	5.161	3,2
Governos Estaduais	70.083	29,5	52.650	63,6	17.433	11,3
Governos Municipais	3.201	1,3	376	0,5	2.825	1,8
Entidades Paraestatais	4.315	1,8	329	0,4	3.986	2,7
Entidades Particulares	142.190	60,2	17.326	20,9	124.864	80,9
<b>BRASIL</b>	<b>236.930</b>	<b>100,0</b>	<b>82.661</b>	<b>100,0</b>	<b>154.269</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Anuário Estatístico do Brasil, 1965 — IBGE.

(1) Leitos para tuberculose, lepra, neuropsiquiatria.

(2) Leitos para clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica.

Verifica-se que cerca de 60 por cento dos leitos hospitalares em geral são mantidos por entidades particulares, enquanto os Governos Estaduais se responsabilizam por 30 por cento desses leitos. Somente 21 por cento dos leitos chamados de longa permanência (tuberculose, lepra, doenças mentais, geriátricos) são mantidos por entidades particulares, somando quase 80 por cento os leitos dessa categoria mantidos por entidades oficiais. A relação é inversa quanto aos leitos hospitalares de curta permanência (gerais, cirurgia, obstétrica, especialidades outras), cabendo às entidades particulares 81 por cento de sua manutenção.

A propósito do número de médicos de que dispõe o País, convém recordar que estudos sobre gastos nacionais, no Setor Saúde,

têm evidenciado que as despesas com serviços profissionais médicos geralmente se situam pouco abaixo de 1 por cento da renda nacional e que, exceto em situações particularíssimas, a renda média do médico nunca é superior a 30 vezes a renda média *per capita* do país, evidenciando dessa forma uma possível correlação entre o número de médicos em atividade e a renda nacional. Resulta portanto evidente que, se de um lado o aumento do número de médicos depende da capacidade de produção de suas Escolas ou Faculdades de Medicina, por outro, a efetiva utilização desses profissionais, bem como o incremento de seu número ficam subordinados ao poder de compra de seus serviços por parte da população brasileira, o qual está condicionado ao crescimento do produto nacional. Explica-se assim o fenômeno observado em nossas regiões de reduzida taxa de desenvolvimento econômico, que não conseguem manter os profissionais que produzem, perdendo-os para as regiões mais prósperas do Sul e Sudeste.

## 2. *Equipe de Saúde*

As atividades no campo da saúde são representadas pela conjugação dos serviços de variados profissionais técnicos, pessoal de níveis médio e auxiliar, constituindo a equipe de saúde. Esta representa mais um conceito do que mesmo uma estruturação formal de composição fixa. Sua composição é variável, dependendo dos problemas que deve enfrentar, cabendo a cada elemento da equipe executar uma tarefa para a qual recebeu preparação específica, ampliando em extensão o serviço do médico sob cuja direção trabalha.

No Brasil, atualmente, o número de profissionais de saúde pode ser estimado em 36 mil médicos, 28 mil dentistas, 8 mil enfermeiras, 12 mil auxiliares de enfermagem, sem contar o numeroso grupo de elementos auxiliares composto de laboratoristas, nutricionistas, estatísticos, técnicos de raios X, visitadoras sanitárias, obstetrias, difíceis de quantificar.

Nos E.U.A. compõem a equipe de saúde cerca de 15 elementos auxiliares para um médico, enquanto que no Brasil essa relação mal se aproxima de 4 para 1.

“Se os médicos americanos pudessem ter sua produtividade aumentada em 4 por cento, o resultado seria equivalente à introdução de 12 mil médicos na força de trabalho.

.....

Para fazer com que os médicos sejam mais produtivos deve-se poupá-los de tarefas que podem ser executadas por pessoal auxiliar”.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> HERTZ, Louis. Disponibilidad de Fuerza de Trabajo para la Salud, *Salud Pública de México*, Vol. X, n.º 1, jan./fev., 1968.

### 3. *Pesquisa Biomédica*

A pesquisa biomédica constitui atividade fundamental para a identificação e o correto equacionamento dos problemas de saúde.

No Brasil, a quase totalidade das pesquisas biomédicas está centralizada nos laboratórios das universidades e instituições científicas, que em geral não dispõem de recursos e instalações adequadas para realizar trabalhos no próprio ambiente ecológico. Há um grande acervo de conhecimentos científicos e tecnológicos ainda não utilizados para a proteção e recuperação da saúde. Em sua maioria, esses conhecimentos foram desenvolvidos em países de maior grau de adiantamento, necessitando, portanto, para sua aplicação, de ajustamento ao nosso ambiente biofísico e social.

A responsabilidade do Ministério da Saúde, no campo das pesquisas biomédicas, em nível nacional, deriva da necessidade de coordenação em função do complexo sócio-político-econômico e administrativo dentro do qual se realizam.

Entre as numerosas instituições que se dedicam à pesquisa, merecem citação, pelo vulto da contribuição dada ao conhecimento da nosologia nacional e para a solução de muitos problemas: em âmbito federal, o Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto de Endemias Rurais, e o Instituto Evandro Chagas; em âmbito estadual, o Instituto Ezequiel Dias (Minas Gerais), o Instituto Adolfo Lutz e o Instituto Butantã (São Paulo), o Instituto de Pesquisas Biológicas (R. G. do Sul) e o Instituto Vital Brasil (Rio de Janeiro).

Entretanto, dada a importância do papel que desempenham no desenvolvimento das campanhas profiláticas em curso no País, são focalizadas aqui, apenas três das instituições federais: o Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto de Endemias Rurais e o Instituto Evandro Chagas.

— Instituto Oswaldo Cruz — com sede na Guanabara, constitui um conjunto de instituições especializadas nos setores da Biologia, Patologia e Medicina Experimental. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa pura e aplicada, e fabricação de soros e vacinas. Atualmente, constitui centro de referência normativa internacional e nacional para problemas, tais como: febre amarela, gripe, raiva, doença de Chagas, malacologia, brucelose e enterovírus. Dispõe de alguns núcleos de pesquisa em outros Estados e edita a revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, de grande prestígio nos meios científicos internacionais.

— Instituto Nacional de Endemias Rurais — órgão do Departamentos Nacional de Endemias Rurais encarregado dos estudos e pesquisas para o aprimoramento dos métodos de profilaxia e tratamento das endemias rurais, além de inquéritos de avaliação e determinação do grau de prevalência das doenças em aprêço.

— Instituto Evandro Chagas — da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, com sede em Belém, Estado do Pará, desenvolve

numerosas pesquisas no campo das viroses transmitidas por artrópodos e da Bacteriologia e Parasitologia em geral.

#### 4. Saneamento Básico

Do ponto de vista sanitário, a implantação de sistemas de abastecimento d'água e de serviços de remoção de dejetos constitui uma das poucas medidas que isoladamente tem maior repercussão sobre a saúde das populações, quaisquer que sejam os níveis de desenvolvimento econômico e social vigentes.

As altas taxas de mortalidade devidas às diarreias e enterites, sobretudo nos grupos de baixa idade, resultam em grande parte de um meio físico desfavorável que só pode ser corrigido mediante a implantação de sistemas de abastecimento d'água e de remoção de dejetos.

Praticamente, não existem dificuldades tecnológicas para a implantação desses sistemas; o problema está em que as comunidades brasileiras, até mesmo grandes centros urbanos, não dispõem de recursos financeiros necessários. A União é obrigada a interferir, aplicando recursos próprios e atraindo recursos externos para esse fim. Atualmente, estima-se que aproximadamente 55 por cento das sedes municipais dispõem de sistemas de abastecimento d'água e 45 por cento contam com serviços de esgotos sanitários. Ressalte-se, no entanto, que em termos populacionais a situação se apresenta mais crítica, uma vez que frente à reduzida amplitude da maioria desses sistemas, muitos deles exigindo pronta ampliação, são realmente beneficiados diretamente por esses serviços, cerca de 40 por cento em água e 25 por cento em esgotos sanitários, da população urbana do País.

Para melhor compreensão do problema como se apresenta hoje em dia, podemos apreciar o Brasil em três áreas características do ponto de vista geo-sócio-econômico.

- Área São Paulo-Rio — grande concentração industrial, maior soma de recursos realizáveis e disponíveis, grande densidade demográfica, os maiores níveis de renda e de educação do País. Nessa área, verifica-se que cerca de 70 por cento das sedes municipais dispõem de serviços de água e 50 por cento de esgotos sanitários, cabendo frisar que muitos dos sistemas não atendem aos requisitos básicos sanitários, chegando mesmo a constituírem ameaça à saúde a situação dos seus mananciais, em virtude da alta poluição causada pelos resíduos domésticos e industriais.
- Área Nordeste — área-problema por excelência, escassez de água, baixos níveis de renda, carência acentuada de recursos mobilizáveis, alta densidade demográfica, atravessando fase de implantação do processo industrial, alta endemidade da esquistossomose. Nessa área, observa-se que sô-

mente 25 por cento das sedes municipais dispõem de sistemas adequados de abastecimento de água e 3 por cento, esgotos sanitários.

- Área Norte — vazio demográfico, grande extensão territorial, abundância de água *in natura*, nível de renda ligeiramente superior ao do Nordeste, atividades econômicas características do setor primário — extrema carência de recursos mobilizáveis. Nessa área, verifica-se apenas duas cidades com esgotos sanitários (Belém e Macapá) e 56 sedes municipais com sistemas de abastecimento de água, correspondente a 35 por cento das sedes municipais.

O Governo federal atuava nesse campo através de mais de uma dezena de órgãos, sem definição de política, e conseqüentemente com pulverização de recursos. Mais recentemente, alertado para a seriedade do problema, o Governo da União, através da Lei n.º 5.318, de 26-9-67, instituiu a Política Nacional de Saneamento, criando o Conselho Nacional de Saneamento.

São órgãos executores da Política Nacional de Saneamento, por força dessa Lei, no Ministério do Interior, o Departamento Nacional de Obras de Saneamento; no Ministério da Saúde, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Pelo Decreto n.º 6.160, de 16-8-67, foi criado o FISANE, para financiamento do Saneamento Básico, tendo como agente financeiro o Banco Nacional de Habitação.

Os critérios para financiamento dos sistemas de abastecimento de água, à conta do FISANE, serão fixados pelo Conselho Nacional de Saneamento.

Pela Lei Orgânica dos Municípios, o Saneamento Básico é atribuição municipal, atuando os Estados e a União em caráter supletivo. A grande maioria dos Estados, já possui órgãos estaduais, devidamente estruturados, que vêm contribuindo de forma efetiva para o equacionamento do problema.

### 5. *Financiamento*

A análise das despesas da União, Estados e Distrito Federal, relativas ao exercício de 1966 (Fonte: CTEF), indicam que em relação ao total gasto pelos Estados (NCr\$ 327.000.000,00), a União despendeu o equivalente a 63 por cento desse montante, ou sejam NCr\$ 208.500.000,00.

Somente o Estado de São Paulo utilizou recursos correspondentes a aproximadamente 67 por cento do total despendido pela União em todo o território nacional.

Os gastos realizados pelos Estados de São Paulo e Guanabara atingem a cifra de 10 cruzeiros novos *per capita*, enquanto que todos os outros Estados apresentam um dispêndio médio de 1,98 cruzeiros novos *per capita*.



No mesmo período, os gastos da União corresponderam a 3,4 por cento dos gastos totais, enquanto os dos Estados variaram entre 0,5 por cento (Mato Grosso) a 10,5 por cento (Guanabara) com um valor médio em torno de 6 por cento.

No âmbito da Previdência Social, os gastos com a assistência médica se cingem ao montante anual que lhe é atribuído previamente. Seu financiamento resulta de um sistema de dupla contribuição, para o qual contribuem os empregados e os empregadores, em bases iguais e proporcionais ao salário do segurado. A União compete contribuir com o custeio das despesas de administração e, eventualmente, cobrir os *deficits* financeiros.

Estima-se que no corrente exercício os recursos postos à disposição das atividades de assistência médica na Previdência Social, inclusive os resultantes do Fundo Rural, atinjam um montante de 800 milhões de cruzeiros novos.

Além desses gastos oficiais, caberia acrescentar as despesas realizadas pela população em geral, com médicos particulares, hospitalização e consumo de medicamentos difíceis de serem quantificadas. Pode-se, no entanto, ter uma idéia da grandeza desses gastos ao apreciar o total das vendas de produtos farmacêuticos e medicinais que em 1967 atingiu a mais de um bilhão de cruzeiros novos.

#### DESPESA DA UNIÃO, ESTADOS E DISTRITO FEDERAL EM 1966 FUNÇÃO SAÚDE E DESPESA TOTAL

DISCRIMINAÇÃO	Total NCr\$ milhão	SAÚDE	
		NCr\$ milhão	%
UNIÃO	6.138,6	208,5	3.4
Acre	—	—	—
Amazonas	50,3	3,1	6.1
Pará	43,0	3,9	9.0
Maranhão	17,3	1,2	6.9
Piauí	—	—	—
Ceará	74,6	3,1	4.2
Rio Grande do Norte	25,4	1,1	4.3
Paraíba	40,7	1,8	4.4
Pernambuco	125,0	6,9	5.5
Alagoas	22,6	1,5	6.6
Sergipe	13,0	0,5	3.8
Bahia	151,2	14,1	9.3
Minas Gerais	482,7	29,6	6.1
Espírito Santo	47,1	3,1	6.5
Rio de Janeiro	223,3	14,6	6.5
Guanabara	563,5	59,5	10.5
São Paulo	2.309,4	138,9	6.0
Paraná	284,3	12,0	4.2
Santa Catarina	106,8	5,0	4.6
Rio Grande do Sul	432,5	13,6	3.1
Mato Grosso	21,6	0,1	0.5
Goiás	70,5	5,3	7.5
Distrito Federal	143,6	8,1	5.6
TOTAL	11.386,9	535,5	4.7

FONTE: CTEF

#### IV – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No campo da saúde atuam no território nacional três sistemas institucionais de nível governamental, o Federal, o Estadual e o Municipal, cujas ações se superpõem em muitos casos. Além disso, um extenso setor privado organizado desenvolve grande volume de atividades de recuperação da saúde. Cada um desses sistemas engloba variado número de instituições, estando compreendido no setor público, órgãos de administração direta, integrantes dos poderes executivos e órgãos de administração indireta — autarquias, empresas públicas e fundações.

A Constituição de 1946 atribuía à União, especificamente, organizar a defesa permanente contra as endemias rurais e legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde e sobre condições de capacidade para exercício das profissões técnico-científicas e liberais.

Conseqüentemente, no decorrer do tempo, o Ministério da Saúde estruturou-se para cumprir os preceitos constitucionais acima enumerados, passando a executar, diretamente, entre outras atividades, extenso programa de combate às endemias rurais, enquanto as atividades locais de saúde ficaram a cargo dos Estados.

Com o advento da Constituição de 1967, modificaram-se substancialmente as atribuições da União, cabendo-lhe agora, explicitamente, estabelecer o Plano Nacional de Saúde e legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

Todavia, é preciso reconhecer que as atividades executivas que a União vem desenvolvendo, principalmente no campo das endemias rurais, não podem ser transferidas para os Governos estaduais, enquanto estes não estiverem preparados para esse fim.

Qualquer transferência intempestiva nesse sentido, acarretaria o risco de interromper e tumultuar a marcha dos trabalhos, com graves reflexos sobre o nível de saúde da população brasileira.

Cumpre, no entretanto, ressaltar que neste último decênio, consolidou-se o conceito da erradicação de certas doenças transmissíveis, como meta possível de ser alcançada com os recursos tecnológicos atualmente disponíveis. A organização e o desenvolvimento de uma campanha de erradicação exigem o emprêgo de recursos de comprovada eficiência, em prazo e ritmo pré-determinados, em toda a área endêmica, sob comando único e máxima uniformidade de ação; em resumo, dada a magnitude dos problemas de logística que apresenta, uma campanha de erradicação só poderá ter êxito se for conduzida como uma verdadeira operação de guerra.

Conseqüentemente, empreendimentos dessa natureza transbordam da esfera de ação de cada Estado da União, chegando mesmo a exigir, em determinadas circunstâncias, concomitância de ações por parte dos diferentes países do continente.

Mais uma vez uma campanha de erradicação, à semelhança de uma ofensiva militar, tem que assegurar a efetiva ocupação do território conquistado. Por outras palavras, durante e após a ação intensiva e em massa, que caracteriza a fase de ataque e consolidação, é preciso que sejam tomadas providências para estabelecer um sistema de segurança, capaz de evitar a reinfecção das áreas nas quais já se tenha conseguido interromper a transmissão da doença.

Esse trabalho de vigilância só pode ser executado por uma rede permanente de serviços locais de saúde.

A precariedade operacional da atual rede de serviços locais de saúde, sob responsabilidade dos Estados, e a sua limitada cobertura geográfica, levam o Ministério a ajudar as Unidades da Federação, a aperfeiçoá-la e a expandi-la, entre outras razões, para que se consolidem os resultados obtidos com as campanhas de erradicação.

Convém igualmente ressaltar a existência de certos problemas de saúde; com peculiaridades nitidamente nacionais, como é o caso da esquistossomose, para os quais a saúde pública moderna ainda não dispõe de métodos satisfatórios de controle e estão a exigir amplos programas coordenados de pesquisa.

Por outro lado, a luta contra certas doenças transmissíveis que ainda dominam o quadro nosológico brasileiro exige que o Governo da União assegure o suprimento adequado de produtos profiláticos e terapêuticos, muitos dos quais têm que ser produzidos no País, sob condições técnicas extremamente rigorosas.

Além disso, tenha-se presente que o setor saúde é eminentemente produtor de serviços, cuja qualidade está diretamente relacionada com a capacitação do pessoal que os executa. Acontece, entretanto, que a formação e o aperfeiçoamento de pessoal, sobretudo de nível profissional, exige corpo docente qualificado e instalações de alto custo, razões pelas quais o País não pode multiplicar seus centros de preparação e treinamento desse pessoal. A esse respeito, à IV Conferência Nacional de Saúde, recentemente realizada, assinalou que ao Ministério da Saúde cabe, essencialmente, estimular o desenvolvimento de recursos humanos, de acordo com as necessidades do País; dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais; preparar pessoal de alto nível para tarefas de planejamento; e formar elementos capacitados para treinamento de pessoal auxiliar.

A grande maioria dos serviços oficiais de saúde pública acham-se sob administração dos Governos Estaduais; ao Governo Federal sabe, nesse campo, apenas uma ação supletiva, devendo assinalar-se que, como decorrência direta da III Conferência Nacional de Saúde, os técnicos em saúde pública passaram a dar apoio às medidas visando à municipalização desses serviços.

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA  
QUANTO À NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA – 1962

NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA	SERVIÇOS	
	N.º	%
Governo Federal	490	13,9
Governos Estaduais	2.737	78,0
Governos Municipais	286	8,1
BRASIL	5.313	100,0

Finalmente, caberia aduzir as atividades de assistência médica desenvolvidas pela Previdência Social em todo o território nacional, atingindo a cerca de 20 milhões de beneficiários.

## V – MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Lei da Reforma Administrativa deu ao Ministério da Saúde os encargos de formular a Política Nacional de Saúde e de coordenar a execução dos programas dela resultantes em âmbito nacional e regional.

### 1. *Política Nacional de Saúde*

A análise das informações disponíveis permite destacar os seguintes fatos em relação à situação sanitária do Brasil:

- elevadas taxas de mortalidade e morbidade, provocadas principalmente por doenças transmissíveis;
- alta percentagem de população não dispõe de condições adequadas de saneamento;
- distribuição inadequada dos recursos médico-sanitários no território nacional;
- baixo rendimento na produção de serviços pelas instituições de proteção e recuperação da saúde.

Além disso, cumpre ressaltar que os problemas de saúde ligados à nutrição desempenham importante papel no agravamento do quadro nosológico brasileiro.

Conseqüentemente, a Política Nacional de Saúde consistirá em:

- a) Intensificar o combate às doenças transmissíveis.
- b) Melhorar a produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde para aumentar a atual taxa de satisfação da demanda de assistência médica.
- c) Expandir a rede de unidades locais de saúde.

### 1.1 *Objetivos Gerais*

a) A verificação de que certas doenças transmissíveis são as principais responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidade que ainda hoje são registradas no País, por um lado, e, por outro, a disponibilidade de recursos profiláticos e terapêuticos de alta eficiência, levam a recomendar a intensificação do combate a esse grupo de doenças como o primeiro objetivo de uma Política Nacional de Saúde.

Existem, em curso no País, diversas campanhas de controle de erradicação de doenças transmissíveis, sob a responsabilidade direta do Governo Federal, que não puderam até agora ser estendidas a todas as áreas comprovadamente endêmicas do território nacional.

A intensificação do combate às doenças transmissíveis deverá significar uma atuação decisiva sobre o meio físico por ações no campo do saneamento e uma ampliação geográfica das campanhas profiláticas, de modo a levar em curto prazo a outros milhões de brasileiros, sobretudo no interior do País, os benefícios decorrentes da aplicação de recursos tecnológicos de alta eficiência, fácil aplicação e custo relativamente baixo.

b) A constatação de que é possível aumentar apreciavelmente a capacidade de atendimento dos hospitais, mediante a redução do tempo médio de permanência e a prestação de serviços de consulta externa como alternativa para a internação do paciente, mostra que a opção exequível e conveniente consistirá em elevar o rendimento do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde sem prejuízo de medidas que visem à melhoria da distribuição ou ao incremento dos recursos médico-assistenciais.

O segundo grande objetivo da Política Nacional de Saúde deverá ser, então, a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde para aumentar a taxa de satisfação da demanda de assistência médica.

c) A ampliação, em extensão e profundidade, do campo de ação dos serviços de saúde assume grande importância, inclusive para consolidar os resultados obtidos com o trabalho intensivo realizado contra algumas doenças transmissíveis. No caso das campanhas de erradicação, é de grande importância estabelecer uma vigilância contínua que só pode ser bem executada por unidades de saúde convenientemente distribuídas.

Mediante o estabelecimento das unidades locais muito simples, operadas por pessoal de nível médio e auxiliar, mas capacitado para executar um programa básico de controle de doenças transmissíveis, saneamento do meio e registro de dados para efeito de análise estatística, será atendido o terceiro objetivo geral da Política Nacional de Saúde, que é a expansão da rede de unidades locais de saúde com a interiorização dos serviços que as compõem.

### 1.2 *Diretrizes Gerais*

- a) ampliação das campanhas de âmbito nacional contra as doenças transmissíveis cujo combate se baseia, principalmente, na aplicação de agentes imunizantes ou de inseticidas de ação residual ou no emprêgo em massa de recursos terapêuticos;
- b) assistência técnica e financeira para projetar, construir e operar serviços de abastecimento de água e de remoção de dejetos;
- c) colaboração técnica e financeira com as instituições que prestam assistência médica, visando à sua melhor distribuição no País e ao aumento da produtividade;
- d) ajuda financeira e técnica visando a incentivar a ampliação do número de unidades locais de saúde, responsáveis pela execução das atividades básicas, dentro de um sistema regionalizado de administração;
- e) melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar, como um dos meios para aumentar a produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde;
- f) aperfeiçoamento dos sistemas de estatística da saúde, visando à obtenção de informações uniformes e oportunamente processadas;
- g) indicação de ações de outros setores sócio-econômicos, visando a uma ação coordenada para atendimento de necessidades no campo da nutrição;
- h) formulação de programas de pesquisa visando a encontrar as melhores formas de aplicação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros na solução dos problemas nacionais de saúde.

### 2. *Plano Nacional de Saúde*

Em maio do corrente ano, o Ministério da Saúde fez publicar um documento contendo parte de um futuro Plano Nacional de Saúde, sob o título de Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde. O referido documento focaliza, com minúcias, uma nova forma de organização e financiamento da assistência médica, cujos aspectos principais são a seguir descritos.

#### 2.1 *Organização Administrativa Básica*

Para cumprir as funções de planejamento, supervisão, coordenação, controle, direção e execução dos programas de saúde está prevista a seguinte estrutura administrativa:

- a) *Um órgão nacional*, a Coordenação Nacional de Assistência Médica, integrante do Ministério da Saúde;

b) *Órgãos estaduais*, denominados Juntas Estaduais de Saúde, em número de 27, uma em cada Unidade da Federação, constituída de três membros, que representarão a Secretaria de Saúde Estadual, o Instituto Nacional de Previdência Social e o Ministério da Saúde;

c) *Órgãos locais*, chamados Comunidades de Saúde, totalizando 106, uma em cada *área de saúde*, sociedades civis, sem fins lucrativos;

d) *Unidades executoras*, em número ilimitado: os médicos e demais profissionais de nível superior inscritos no sistema, hospitais, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, serviços odontológicos, farmacêuticos, sociedades de mutualidade, capitalização, beneficência, ajuda patronal e pré-pagamento;

e) *Associações de cooperação*, de consumidores, médicos, farmacêuticos, comércio e indústria, também em número ilimitado, para prestação de assistência farmacêutica.

A Comunidade de Saúde, de natureza privada, deverá ter a seguinte constituição:

– *Assembléia geral*, declarada órgão soberano, é composta de associados obrigatórios – médicos, outros profissionais, entidades assistenciais integradas no sistema e associados facultativos – municípios, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, pessoas físicas, notória ou comprovadamente interessadas pelos assuntos da comunidade, valendo notar que as pessoas físicas terão direito a um voto e as pessoas jurídicas a três votos cada uma;

– *Conselho de Orientação*, constituído por cinco a dez membros, eleitos por dois anos pela Assembléia Geral, podendo ser também integrada por representantes do Conselho Regional de Medicina, Associação Médica Estadual e Sindicato dos Médicos, que participarão do colegiado sem direito a voto;

– *Diretoria Executiva*, constituída de um Diretor-Superintendente designado pelo Ministério da Saúde; um Diretor-Administrativo, designado pelo Instituto Nacional da Previdência Social; um Diretor-Financeiro, designado pela Secretaria de Saúde do Estado; mais um ou dois Diretores, indicados pelo Município-sede da Comunidade de Saúde e por outro Município da área de saúde;

– *Conselho Fiscal*, constituído de três membros, escolhidos pela Assembléia Geral, pessoas de ilibada reputação e que tenham conhecimentos de contabilidade;

– *Unidades administrativas de apoio*, sem número fixado.

## 2.2 Custeio das Atividades

O Plano Nacional de Saúde, que admite beneficiar, em três anos, cerca de 80 milhões de habitantes, estabelece, como condição indispensável para o equilíbrio e a viabilidade do sistema, que a

prestação de serviço sem ônus imediato para o cliente deve limitar-se exclusivamente àqueles que se encontrem comprovadamente em estado de indigência.

Por isso mesmo, determina expressamente que deverá o usuário participar diretamente do custeio dos serviços, ficando o médico com a atribuição de classificar os seus clientes, segundo a situação sócio-econômica de cada um, dividindo-se a população brasileira em quatro grupos:

a) *Classe A*: indigentes e de nível menos favorecido — cerca de 40 milhões de pessoas, que pagarão até 10 por cento dos serviços que utilizarem;

b) *Classe B*: classe média mais pobre — 20 milhões de indivíduos, que contribuirão em média com 35 por cento dos serviços que receberem;

c) *Classe C*: média de melhor nível econômico — 12 milhões, com participação de 65 por cento, em média;

d) *Classe D*: de maior nível de renda — 8 milhões, contribuindo em torno de 150 por cento dos preços.

Quando os gastos de saúde representarem, dentro de um mês, mais de 20 por cento da renda familiar, o sistema concederá empréstimo destinado a financiamento, cuja amortização deverá ser feita com correção monetária, acrescida de taxa de administração.

O sistema distribuirá subvenções para cada área de saúde, calculadas com base em critérios a serem estabelecidos:

- por serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos;
- em função das áreas de saúde, nos termos dos levantamentos.

As subvenções de cada área serão proporcionais aos serviços prestados, decorrentes de vários fatores, entre os quais, os índices de eficiência hospitalar, instalações, equipamento.

Tais subvenções serão orientadas no sentido de promover uma redistribuição de médicos pelo território nacional.

Nos termos dos cálculos realizados, os usuários, considerados em conjunto, participarão com 46,7 por cento do total das despesas com o custeio do sistema, restando 53,3 por cento ao Poder Público.

Estima-se em 2,6 bilhões de cruzeiros novos os recursos necessários à integral implantação do sistema.

Dessa parcela, 2 bilhões se destinam à assistência médica, dos quais:

- 45 por cento, da Previdência Social;
- 33 por cento, da União Federal;
- 14 por cento, dos Estados;
- 8 por cento, dos municípios.



Para o funcionamento das Comunidades de Saúde, órgãos locais, os Podêres Públicos contribuirão com pessoal, local, instalações e material permanente que se fizerem necessários para o desempenho das suas atividades.

### 2.3 *Remuneração dos Médicos*

Cada área de saúde deverá ter uma dotação global baseada no seguinte cálculo:

- a) 1 por cento da Renda Nacional dividido pelo número de médicos do País;
- b) número de médicos da área multiplicado pela renda individual de médico.

Obtido êsse total, novos cálculos deverão ser procedidos, com base no valor global da área, o número-índice de habitantes que possam recorrer aos médicos, a participação dos usuários no custeio, número de médicos inscritos no sistema.

Encerrada essa etapa do cálculo, o pagamento dos honorários deverá ser feito de conformidade com três critérios, entre outros:

- número de clientes inscritos na clínica de cada médico;
- número de clientes e respectivos diagnósticos;
- unidades de serviços executados pelos médicos.

### 2.4 *Fiscalização dos Gastos*

Com a finalidade de possibilitar o controle das atividades, cada médico comunicará à administração local do sistema os dados sobre cada novo cliente que tiver sido admitido na sua clínica para tratamento, ficando entendido que a comunicação de outro médico sobre o mesmo cliente cancela a inscrição anterior.

Cumpridas essas formalidades, a fiscalização dos gastos será efetivada de duas maneiras:

- a) cada seis meses, por método estatístico;
- b) cada três anos, por censo geral, quando a administração excluirá os doentes falecidos ou transferidos de localidade.

É de notar que os pacientes poderão escolher livremente o médico e o hospital de sua preferência, dentre aqueles inscritos no sistema.

### 2.5 *Implantação*

O Plano Nacional de Saúde considera a privatização como o meio adequado para solucionar o problema médico-sanitário brasileiro, programando, para concretizar êsse propósito, a transferência

para o setor privado de todos os serviços mantidos pelos Podêres Públicos, federal, estadual e municipal, da administração direta ou indireta, dentro do seguinte esquema:

- a) os bens imóveis (hospitais, sanatórios, ambulatórios) serão arrendados por quantia em função do valor histórico da aquisição;
- b) os equipamentos e material permanente serão arrendados pelo valor correspondente à depreciação anual;
- c) o material de consumo em estoque dessas unidades arrendadas deverá ser vendido pelo preço de aquisição para pagamento em parcelas mensais;
- d) o pessoal lotado nas unidades arrendadas poderá ser pôsto à disposição da administração privada que assumir a exploração;
- e) ao pessoal cedido, a administração pública deverá assegurar a percepção dos vencimentos ou salários dos cargos ou empregos ocupados, e garantirá os direitos e vantagens como se em exercício estivesse, podendo o arrendatário complementar a remuneração com recursos próprios;
- f) será facultado aos arrendatários a restituição à administração pública, a qualquer tempo, do pessoal que fôr julgado dispensável;
- g) os valores relacionados com o arrendamento dos imóveis, instalações e equipamentos, bem como o pagamento do pessoal cedido corresponderão à parte da contribuição dos Podêres Públicos para o sistema.

## VI – SUMÁRIO

O Brasil caracteriza-se, no momento, por elevada mortalidade de gente jovem, provocada, em sua maior parte, por determinadas doenças transmissíveis.

Com relação à nutrição, inquéritos levados a efeito em diferentes áreas do País, em diversas oportunidades, revelam a existência de carência alimentar, que atua como fator de agravamento do quadro nosológico brasileiro.

Os recursos destinados à proteção e recuperação da saúde acham-se irregularmente distribuídos no Território Nacional, acompanhando de perto a distribuição da renda. Deve ser ainda assinalado, nesse particular, a inadequada utilização de pessoal auxiliar.

Apesar do crescente volume de recursos financeiros destinados a programas de saneamento, ainda é muito significativa a parcela da população brasileira que não é beneficiada por sistemas de abastecimento d'água.

Os recursos financeiros para função-saúde, no Brasil, são equivalentes, em termos relativos, aos outros países, muito embora sejam evidentes os sinais de sua má utilização.

Os três níveis governamentais (Federal, Estadual e Municipal) e o setor privado organizado, que desenvolvem atividade de proteção

e recuperação da saúde, ressentem-se de uma efetiva coordenação, capaz de assegurar melhor rendimento, a menores custos, para a produção de serviços.

O País dispõe, no momento, de uma Política Nacional de Saúde, com diretrizes claramente definidas, que deverá constituir a base para a formulação do Plano Nacional de Saúde.

## SUMMARY

### Health in Brazil

The activities of the Public Health Sector, given its particular characteristics, can be considered as an extension of basic services, as a means of improving the working class, or finally, as an instrument of development. Each of these approaches affects government policy differently, the latter ultimately arising from essentially political considerations.

**THE BRAZILIAN CASE:** Brazil is characterized by the existence of a high mortality rate among the young. In comparison to conditions in more developed societies, the general level of national health in Brazil is quite low. There is a great deal of variation, however, in the level of health among the different national regions, although the major causes of death are basically the same throughout the country.

Available statistics, examples of which are reproduced in the text, indicate that the diseases of greatest incidence in Brazil are malaria, schistosomiasis, typhoid fever, Chagas disease, leprosy and hookworm. The individual index of occurrence of these maladies again varies from region to region within the country. Also worthy of mention are those diseases arising from malnutrition, which exist throughout Brazil.

**MEDICAL RESOURCES:** The distribution of available public health resources is manifestly irregular and disadvantages those regions which are low in *per capita* income. This disparity is equally true in the case of hospital installations and specialized personnel, be they doctors or assistants, and further extends to research activities and establishments linked to this sector.

As for the area of sanitation not only is a minority of the population preferentially favored (only 40 percent are served by the water system and 25 percent by the sewerage system) but these services are concentrated in a relatively small number of large cities.

*Health Services: participation of the public sector* — The activity of the central government has made itself felt principally in the area of combatting endemic diseases. Recently, as the result of the Administrative Reform Law, the bases were established for the execution of National Health Policy which should be directed towards intensifying the fight against transmissible diseases; improving the efficiency of the system for attending to problems of national health; and expanding the network of local health installations.

In 1960 the Minister of Health released a part of the National Health Plan which proposes the extension of medical and hospital assistance to approximately 80 million Brazilians. This will be accomplished through public services based on the user's free choice of the doctor or institution attending to his needs. The individual will pay for these services according to a progressive time payment plan, stipulated on the basis of family income. The scale of charges will vary from a high of 150 percent for families of high income to virtually free services for the indigent. The Plan foresees, moreover, the allocation by the State of almost NCr\$ 2.600.000,00 for the cost of setting up the program, an expenditure which represents about 53 percent of the total outlay for the Plan's implementation. The Plan also anticipates establishing instruments for control and inspection, as well as the progressive transference to the private sector of all medical and consultatory services. The State would thus eventually only be concerned with aspects of standards and control.