

ARTIGOS

Sistema Nacional de Saúde: antecedentes; tendências e barreiras*

ANTONIO AUGUSTO F. QUADRA e
HÉSIO DE A. CORDEIRO**

1. Introdução; 2. Tendências e barreiras à implementação do sistema.

"Se julgais o assunto pouco digno, por leve em demasia de quem pretende ser grave e sisudo, perdoai-o, por isso que se empenha nesses vãos pensamentos, em mais brando tornar seu triste tempo, pois não pode voltar seu rosto a outra parte, vedado que lhe foi o talento mostrar noutras façanhas e obter o galardão de tais fadigas."

(NICOLAU MAQUIAVEL, 1518)

1. Introdução

A partir do pós-guerra os conceitos e esquemas de ordenação da administração pública e de planejamento setorial começaram a permear a organização sanitária do Brasil.¹

* Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentado à VI Conferência Panamericana de Educação Médica e ao XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, novembro de 1976.

** Auxiliares de ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

¹ No pós-guerra, o melhor exemplo dos governamentais é o próprio Plano Salte, cuja primeira letra da sigla é a de saúde; na área não-governamental direta surge o projeto do Instituto de Seguros Sociais do Brasil.

Paralelamente, a nível teórico, existia um progressivo interesse pela possibilidade de aplicação do enfoque sistêmico a setores sociais, notadamente saúde e educação.²

A partir de então, começa a ser fácil detectar uma clara preocupação em dotar os serviços de saúde de uma dada organização, de uma possível coordenação e de uma conseqüente racionalidade. Tais propósitos podem ser identificados, com ênfase maior ou menor, nos sucessivos planos governamentais de desenvolvimento econômico e social, nos discursos de posse ou efemérides, pronunciados por presidentes ou ministros, nas mensagens anuais ao Congresso Nacional. Ao lado destas manifestações oficiais, entidades paraestatais, associações de médicos, grupos de intelectuais periodicamente divulgam documentos, análises, propostas ou críticas.

De fato, além dos programas tradicionais que por suas características particulares configuraram as denominadas "campanhas", poucas tentativas lograram atingir algum nível de organização ou mesmo implementação a título experimental.

Cabe discutir rapidamente o caráter de alcance coletivo e de vinculação histórica ao Estado das medidas de saúde pública; pertence à história a Rebelião contra a vacina (13 e 14 de novembro de 1904), movimento popular de resistência à obrigatoriedade da vacinação antivariólica.³

De qualquer sorte, ao longo dos anos, distanciando-se da assistência hospitalar, as medidas de saneamento, imunização e educação sanitária ganharam dinâmica própria e foram, sempre à custa do Estado, ampliando a faixa de população sob controle e proteção.

Voltando à questão dos planos de saúde elaborados nos últimos 30 anos, mesmo considerando propósitos especiais em alguns deles, existe como denominador comum: indefinição do papel atribuído ao Estado, privilegiamento da assistência hospitalar, perpetuação da dicotomia medicina curativa *versus* medicina preventiva, cópia de modelos estrangeiros de atenção

² Para uma revisão dos postulados da análise sistêmica, convém consultar: Von Bertalanffy, L. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis, Vozes, 1973; Buckley, W. *La sociologia y la teoría de los sistemas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1970; Churchman, C. W. *Introdução à teoria dos sistemas*. Petrópolis, Vozes, 1972; Senghaas, D.; Narr, W. D. & Naschold, F. *Análise de sistemas, tecnocracia e democracia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1974.

A transcrição para a investigação da saúde, como um todo, ou para áreas específicas pode ser revista em: Chaves, M. M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972; Mendes, E. V. Estado atual do subsistema prestação de serviços. *Arquivos do Centro de Estudos da Faculdade Odontológica da Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 10, n. 1/2, p. 109-28, jan./dez. 1973; Purola, T. A systems approach to health and health policy. *Medical Care*, v. 10, n. 5, p. 373-9, Sept./Oct. 1972; Quadra, A. A. F. & Lazzaro, N. Residência médica: uma perspectiva sistêmica. *Residência Médica*, v. 4, n. 7, p. 52-6, jul. 1975; Sayeg, M. *A saúde como sistema*. Florianópolis, out. 1973; Schaeffer, M. *Administración de programas de higiene del medio: aplicación de la teoría de los sistemas*. Genebra, OMS, 1975.

³ É importante destacar a participação do pensamento positivista, defendendo a inviolabilidade da pessoa humana e as fantasiosas especulações acerca da inoculação de um vírus. No Senado Federal, Rui Barbosa dizia que reagir à vacina é um "direito de legítima defesa".

médica, multiplicidade de instituições dedicadas a fins idênticos ou semelhantes, papel dominante do médico como agente de saúde, e, principalmente, desprezo pelas variáveis de ordem econômica, desconhecendo as diferenças regionais, a diversidade dos problemas urbanos e rurais e omitindo a desigualdade da distribuição social e espacial da renda.⁴

Como postulado, persistiu sempre algum nível de consciência e explicitação de que a preservação e a recuperação da saúde são atos sociais, nos quais o Estado deve assumir certas competências e ingerências, podendo variar desde a mera normatização superficial até a responsabilidade integral por todos os serviços e atividades. Também igualmente sempre se manifestou uma profunda insatisfação com a organização sanitária nacional e um constante questionamento da situação vigente, reportando-se distorções e ociosidade.

Como ilustração, teríamos o estudo produzido para a V Conferência Nacional de Saúde⁵ assinado por técnicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (embora explicitamente assinalado não representar o ponto de vista oficial do ministério), que apresenta como sinópsse da situação atual os seguintes itens:

- a) objetivos — produção de serviços pagos; satisfação da clientela; lucro;
- b) definição de atribuições — confusa; descoordenada; conflitante;
- c) controle e avaliação — aleatórios; episódicos; estatísticas de produção de atos remunerados ou de justificação de gastos;
- d) processo decisório — a cargo de inúmeras entidades públicas e privadas, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade;
- e) dispêndio de recursos — disperso; mal conhecido; sem programação por objetivos; sem controle;
- f) clientela — mal-identificada; várias categorias com diferentes direitos.”⁶

Como conclusão: “Em relação à organização ambicionada, o que temos seria, pelo menos: insuficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado às reais necessidades da maioria, condições que fazem nossa organização sanitária pouco eficaz e de baixa eficiência na solução dos problemas de saúde ainda prevalentes no País.”⁷

2. Tendências e barreiras a implementação do sistema

A proposição do atual Sistema Nacional de Saúde provém de diferentes interesses, preocupações e necessidades. Embora inicialmente esboçado por técnicos do Ministério da Saúde no término da gestão anterior à atual,⁸

⁴ Veja Mello, C. G. de. A lição dos planos de saúde malogrados. *Patologia Geral*, v. 57, n. 5/6, maio/jun. 1972.

⁵ V Conferência Nacional de Saúde — Brasília, 5-8 agosto, 1975.

⁶ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde: contribuição para discussão do tema*. Brasília, ago. 1975, p. 35.

⁷ Idem. p. 9-10.

⁸ Veja: Lemos não teve recursos para o plano de saúde aprovado por Médicos. *Jornal do Brasil*, 11 mar. 1974, p. 11. Trata da política nacional de saúde, formulada por Mário Machado de Lemos e respectivos assessores, no final de 1973.

merece investigação particular a posição do Ministério da Previdência e Assistência Social — criado em 1º de maio de 1974 — e sua progressiva predominância como órgão-chave na expansão dos programas assistenciais oficiais. Cabe lembrar que quase um ano antes da sanção da Lei nº 6.229, suas linhas gerais foram anunciadas pelo recém-empossado ministro de Estado da Previdência Social, em conferência pronunciada na Escola Superior de Guerra, antecipando mesmo a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e seu papel na estratégia governamental.⁹

Isto faz, portanto, supor que entre os determinantes dos estudos paralelos, que acabaram por produzir a atual lei, estivesse acrescentada a disputa pela hegemonia — ou uma proposta de reorganização ou de redistribuição — dentro do poder público das esferas que desempenhavam ações mais ou menos autônomas no campo da saúde. A ordenação proposta, com delimitação das áreas de ação de cada ministério e definição de relações interinstitucionais baseou-se, pelo estudo dos documentos oficiais,¹⁰ no referencial teórico da perspectiva sistêmica aplicada à saúde.¹¹ Cada instituição componente do Sistema Nacional de Saúde se comportaria como elemento de uma totalidade articulada e harmônica, desempenhando funções relacionadas a um objetivo comum, no caso a elevação do nível de saúde da população.

Entretanto, permanece a principal crítica à análise de sistemas: ficam ocultos os determinantes político-históricos capazes de gerar um desenvolvimento não-harmônico e, por vezes, até contraditório dos elementos do sistema.

Pareceria mais acertado considerar que dentre as instituições que compõem o Sistema Nacional de Saúde, de conjuntura para conjuntura,

⁹ Veja: Órgão interministerial orientará gastos com saúde. *O Globo*, 7 ago. 1974, p. 7. Desta matéria podem ser retirados os seguintes trechos: "Um conselho interministerial será criado com a finalidade de coordenar a aplicação de todos os recursos financeiros que poderão ser destinados, no País, aos gastos com a saúde, tanto em investimentos como em despesas correntes, anunciou ontem em conferência na Escola Superior de Guerra, o Min. da Previdência e Assistência Social, Luiz Gonzaga Nascimento Silva. Buscar-se-á, através de um colegiado deste tipo, constituído pelos ministérios interessados, a coerência que deve interligar as necessidades eletivas regionais e a viabilidade de programas dimensionados com a participação dos setores governamentais em níveis federal, estadual e municipal" — esclareceu o ministro, que disse ter proposto a criação do conselho em seu último despacho com o Pres. Ernesto Geisel.

Os serviços de saúde do setor privado e do setor público (municipais, estaduais e federais da administração direta ou indireta) constituirão um sistema integrado para a preservação da saúde individual e coletiva. Na elaboração do plano geral do sistema integrado de saúde serão levadas em conta as diferenças regionais. O País será dividido em regiões de saúde responsáveis pela elaboração e aplicação dos planos locais, a serem articulados em níveis estadual e nacional."

¹⁰ Veja e compare: Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde: contribuição para discussão do tema*. Brasília, ago. 1975; Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema Nacional de Saúde. Tema 1 da Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, ago. 1975.

¹¹ Veja nota 2.

uma delas, ou a combinação de duas ou três, exerce dominância ou determinação sobre as restantes, imprimindo tendências particulares a toda a política do setor.

Na conjuntura atual, a dominância é claramente exercida pelo componente *assistência médica* e, especialmente, *assistência hospitalar*, em detrimento das demais, ou seja, saúde pública, saneamento, recursos humanos, produção de drogas etc. Esta preponderância poderia ser justificada pela consideração do montante de recursos que maneja o setor assistencial (através do Ministério da Previdência), pela magnitude da população coberta (perto de 80% da população urbana), pelo componente ideológico que valoriza a *medicina assistencial* em detrimento de *saúde pública* e, finalmente, pelas importantes relações do setor com os insumos materiais, em particular com a produção de medicamentos e de equipamentos hospitalares.

Deste jogo interinstitucional participa com grande intensidade o setor privado, quer pela prestação de serviços às pessoas, quer pela produção e comercialização dos referidos insumos.

Contemplando apenas o setor assistencial, deve ser considerado que as ações de saúde do Ministério da Previdência e, particularmente, do Instituto Nacional de Previdência Social se realizam, quanto a gastos, em mais de 90% através do setor privado, dos quais 80% em hospitalização.¹²

Estas relações permitem iniciar a discussão das indefinições e ambigüidades do texto legal; há na leitura do discurso institucional a identificação de uma tentativa de compatibilizar e modernizar atividades já classicamente desenvolvidas, propondo-se coordená-las de modo a não duplicar ações ou reforçar rivalidades.¹³

¹² Veja Mello, C. G. de. Perspectivas da medicina da previdência social. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 21, n. 12, p. 540-6, dez. 1973. Segundo dados do então Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, em 1969, a rubrica saúde e saneamento consumia 6,5% do total de despesas do setor público, dos quais 4,8% em hospitalização. Em 1975, o Instituto Nacional de Previdência Social apresentou os seguintes dados relativos a disponibilidade e serviços: a) leitos próprios — 8.162; b) leitos contratados — 180.683; c) hospitais próprios — 29; d) internações — 5.040.000; e) consultas médicas — 73.000.000. Destaquem-se: a magnitude do total de leitos comprados a terceiros; o número desprezível de hospitais próprios (comparado aos 3.000 privados) e a surpreendente relação de uma internação para cada 14 consultas externas.

¹³ Quanto às eventuais rivalidades, cabe transcrever parte das declarações do Min. de Estado da Saúde, Paulo de Almeida Machado, quando do envio do projeto de lei do Sistema Nacional de Saúde ao Congresso Nacional. Ministro explica objetivo do sistema. *O Globo*, 6 fev. 1975, p. 5. "O Sistema Nacional de Saúde representa para a saúde pública a mesma coisa que a Constituição representa para a política do País. E com esta importância que o Min. da Saúde, Paulo de Almeida Machado vê o sistema que nasceu no seu ministério e foi encampado pela Presidência da República."

"O ministro da Saúde fez questão de ressaltar que o Sistema não tem nada a ver com o Plano Nacional de Saúde. O Sistema é um conjunto de normas para os governos, para coordenar e harmonizar. O Plano seria uma ação governamental."

Existe, por exemplo, a previsão da implantação de programas de regionalização da atenção médica,¹⁴ com hierarquização e coordenação de serviços; é permitida contudo ampla margem de especulação quanto aos procedimentos utilizáveis para tal fim. Nada é sugerido quanto a limitações e incentivos proporcionados aos participantes de um sistema regionalizado, onde caberia definir atribuições, graus de sofisticação tecnológica, níveis de especialização de recursos, formas de financiamento, esquemas de avaliação, rotinas operacionais, tudo no sentido de compatibilizar o plano regional com metas explicitamente traçadas. Necessariamente, um programa de regionalização implicará reformular as relações com o setor privado, oferecendo-lhe mais óbices do que facilidades à obtenção de lucros com a prestação de serviços.

As expectativas dos empresários podem ser extraídas das seguintes declarações do presidente da Federação Brasileira de Hospitais, poderosa entidade que congrega mais de 3 mil hospitais privados, quando da publicação da Lei do Sistema Nacional de Saúde:

"... a atuação governamental deve-se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se principalmente no atendimento individual..."¹⁵

Mais adiante: "... a área de atuação do Governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social".¹⁶ A Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo também expressa fundados receios de uma crescente escalada estatal no setor assistência médica, supostamente reservado à iniciativa privada.¹⁷ Em documento apresentado, afirma que existe no texto da Lei do Sistema Nacional de Saúde evidente discriminação aos hospitais privados de finalidade lucrativa, quando cotejados com aqueles também juridicamente privados, mas de entidades filantrópicas; chega a admitir que: "... hospital lucrativo é ... mera figura de retórica, pois muito poucos conseguem uma mínima porcentagem de lucro" ao passo que "... os benefícios

¹⁴ Os conceitos teóricos e os relatos de algumas experiências de regionalização podem ser revistos em: Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de salud*. Washington, 1972; Bravo, A. L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 77, n. 3, p. 231-46, sept. 1974; Chaves, M. M. *Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência*; tema apresentado ao Seminário sobre Hospitais de Ensino. Rio de Janeiro, agosto de 1975, e publicado neste número, p. 69.

¹⁵ Tais declarações foram publicadas sob o título: Iniciativa privada fica na saúde. *Tribuna da Imprensa*, 21 jul. 1975, p. 7. Observações semelhantes podem ser colhidas em: Federação aponta causas de deficiências de hospitais. *Jornal do Brasil*, 10 dez. 1974, p. 14 e Classe reage à estatização dos hospitais privados. *Jornal do Brasil*, 11 maio 1975, p. 10.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Veja Fernandes, A. *Planejamento da integração dos serviços de saúde públicos e privados em níveis federal, estadual e municipal: o ponto de vista da iniciativa privada*. Trabalho apresentado ao I Encontro de Hospitais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1975.

fiscais e tributários recebidos pelos hospitais filantrópicos somados aos auxílios diretos propicia a estes ... superávit".¹⁸ Analisando as projeções dos totais de leitos que se fazem e se farão necessários, conclui: "O Governo não pode operar os leitos existentes no País por impossibilidade econômica total"; contudo, mais a seguir, propõe, em referência aos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que: "... com o dinheiro deste fundo... (o Governo)... gerará financiamentos que criarão atrativos para a rede privada assumir o papel que lhe compete"; entretanto: "Os hospitais de especialidades, cujo atendimento é mais social do que assistencial, tais como: lepra, pênfigo foliáceo, tuberculose deverão ser preponderantemente de iniciativa governamental."¹⁹ Fica sobejamente clara a aspiração das entidades particulares em manter, justificar e ampliar seu grau de hegemonia, privatizando a assistência médica por meio da captação de recursos obtidos pelo setor previdenciário; em contrapartida, as distorções das atuais formas de pagamento, em particular a modalidade denominada *por unidade de serviço*, já foram suficientemente comprovadas como responsáveis pelo comprometimento da qualidade dos serviços oferecidos às pessoas.²⁰

Ainda quanto à questão do financiamento do setor, reflexo da tendência da política prevalente, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social poderá, na liberação de recursos para a reforma e expansão da rede hospitalar, imprimir uma tendência privatizante. Isto pode ser depreendido das vivas sugestões contidas nos documentos da Federação Brasileira de Hospitais, bem como da palestra do então diretor da Caixa Econômica Federal,²¹ que supõe "complementares" os objetivos de vitalização da empresa privada, melhoria da distribuição de renda e aumento do nível de saúde. Neste sentido, a ação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social deverá igualmente ser normatizada para que sejam contemplados os objetivos da regionalização dos serviços de saúde, definindo-se, por conseguinte, quais níveis de assistência médica deverão ser prioritariamente estimulados e quais as modalidades de instituições a serem beneficiadas.

De qualquer sorte, uma tendência inegável do Sistema, quanto à prestação de assistência aos indivíduos, é a organização da prática médica em termos institucionais, apontando para a já manifesta ordenação do mercado de trabalho médico no sentido do assalariamento.²² Assim, é ociosa a discussão sobre o assalariamento do médico; o que cabe debater é se o médico será um funcionário da instituição oficial ou um empregado da empresa médica privada.

¹⁸ Veja, entre os inúmeros trabalhos que apontam os efeitos deletérios das atuais formas de pagamento por ato prestado: Mello, C. G. de. A mercantilização da medicina. *Revista Paulista de Hospitais*. v. 21, n. 5, p. 219-22, maio 1973.

¹⁹ Veja nota 17.

²⁰ Veja nota 18.

²¹ Estas afirmações foram feitas pelo Dr. Karlos Rischbieter no Seminário sobre Assistência Médica, organizado pelas empresas médicas de São Paulo, em abril de 1975.

²² Trata-se da tese central do livro: Donnangelo, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975. Na obra, é analisado o mercado de trabalho para médicos em São Paulo, segundo um enfoque sociológico.

Outro lado relevante na análise das tendências do Sistema Nacional de Saúde pode ser observado nas relações do setor assistencial, notadamente o Instituto Nacional de Previdência Social, com o setor da formação de recursos humanos para a saúde. Os convênios globais com hospitais universitários e a utilização da rede própria da previdência para a formação de pessoal de nível médio e para o treinamento de internos e residentes parecem ser medidas concretas prenunciadoras da relação interinstitucional vislumbrada pelo Sistema Nacional de Saúde.

A interação previdência-universidade está determinando substanciais modificações nos hospitais universitários tradicionalmente voltados à *produção* de ações curativas para um segmento populacional hipoteticamente definido como sem direitos e sem exigências. Não é só o chamado "indigente", o cliente do hospital universitário, mas também o paciente previdenciário, contribuinte para um seguro, freqüentemente disposto a reivindicar mais e melhor atenção à sua saúde e de seus dependentes. Assim, alterou-se significativamente a estrutura da demanda do hospital universitário, não sendo mais incluídos como indigentes os portadores de enfermidades raras, entendidas em termos anacrônicos de ensino médico como valiosas para a pesquisa e para o aprendizado. O convênio global vem permitindo que uma clientela maior e mais diversificada se valha dos recursos humanos e tecnológicos do hospital universitário. abrindo ainda uma perspectiva de ensino mais aproximada do perfil epidemiológico regional, com ênfase nos ambulatorios de medicina integral, especialmente voltados para um nível de atenção primária e organizados em termos de regionalização.

O hospital universitário progressivamente deverá dinamizar-se, racionalizar a utilização do pessoal docente, estabelecer novas formas de vinculação do estudante com a prestação de serviços, modificar radicalmente seus planos de estudos e suas concepções sobre o ensino e a prática da medicina. Trata-se, portanto, de formar um novo tipo de médico que substituirá o médico de consultório, da prática liberal da medicina e que trabalha isoladamente, pelo médico previdenciário, assalariado, vinculado à instituição de saúde, com seu trabalho regularizado por normas técnicas e administrativas e avaliado em termos qualitativos e quantitativos. Esta nova proposta de organização da atenção médica já começou a gerar conflitos com a postura tradicional ao interior da própria universidade, ensejando um desejável debate nos corpos docente e discente sobre as conveniências e conseqüências da vinculação dos programas assistenciais da universidade ao projeto assistencial previdenciário.²³

²³ A propósito das questões e estágios de implantação do convênio MEC/MPAS, convém consultar: Aguiar, N. Ensino médico e previdência social. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 32, n. 1, p. 58-60, jan. 1975; Koifman, R. E. J.; Quadra, A. A. F.; Gerk, J. R. & Amancio, A. Avaliação operacional de um serviço hospitalar de clínica médica. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 23, n. 11, p. 493-500, nov. 1975; Landmann, J. Os hospitais universitários e o convênio MEC/MPAS. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 32, n. 3, p. 160-4, mar. 1975; Mello, C. G. de. A previdência social e os hospitais de ensino: o convênio INPS/UEG. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 23, n. 11, p. 490-2, nov. 1975; Ministério da Educação e Cultura. Departamento de

Assim, na vigência de esboços de políticas de saúde que deixam tantas possibilidades e vazios na interpretação e tantos graus de liberdade ao jogo político interinstitucional, sem que sejam definidas claramente as metas a serem atingidas, persistem válidas as críticas formuladas por Kowarick²⁴ a projetos anteriores e que se reafirmam no caso da implementação do Sistema Nacional de Saúde.

Hilário e colaboradores,²⁵ em recente trabalho, destacam a permanência de problemas que merecem ser lembrados e comentados; consideram que o setor saúde continua ainda determinado por:

- a) falta de comando unificado, seja no que tange aos aspectos doutrinários, seja quanto aos planos e programas;
- b) o Ministério da Saúde, responsável legalmente pela elaboração de uma política nacional de saúde, além de tradicionalmente atuar em caráter normativo, não conta com dotação orçamentária adequada, nem com quadro de pessoal compatível com suas atribuições;
- c) o Ministério da Educação e Cultura prossegue formando pessoal para a área de saúde em quantidade e qualidade nem sempre concordantes com a realidade brasileira;
- d) a grande maioria dos estados e municípios não se encontra em condições de arcar com os problemas de saúde que envolvam pessoal qualificado ou investimento financeiro;
- e) continuam duplicados programas de ministérios diversos, em áreas como tuberculose, materno-infantil, saúde mental onde é difícil delimitar o que seja individual, o que seja coletivo;
- f) a iniciativa privada na área de assistência médica atua sem disciplina e sem controle permanente, sendo freqüentes as situações de evidente fraude;
- g) proliferam as entidades privadas com programas de seguro-saúde, não obstante não tenha ainda sido regulamentado o Decreto-lei nº 73, de 1966, que instituiu o Sistema.

Portanto, persiste a dúvida se tais pontos poderão ser atingidos através da regulamentação das diretrizes genéricas da Lei do Sistema Nacional de Saúde no sentido de promover maior racionalidade, cobertura e qualidade da atenção médica proporcionada à população brasileira.

Mais que isso, cabe refletir se a implantação efetiva das perspectivas acenadas pelo Sistema Nacional de Saúde colaborará, como supõem seus autores, para acelerar a resolução dos problemas que se situam na base da crise de saúde, visando:

Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. *O ensino médico no Brasil*. Documento n.º 2: *Ensino médico e instituições de saúde*. Brasília, mar. 1974; Keiserman, N. Relatório final do 1.º Encontro de Hospitais de Ensino: convênio MEC/MPAS. Rio de Janeiro, agosto de 1975. (mimeogr.)

²⁴ Kowarick, L. *Estratégias do planejamento social no Brasil*. São Paulo, Caderno Cebrap, n. 2. s.d.

²⁵ Hilário, J.; Aguiar, N. & Mello, C. G. de. Assistência médica na Previdência Social: controvérsias e interpretações. *Médico moderno*, v. 15, n. 3, p. 18-31, jun. 1975.

- a) reduzir a pobreza absoluta, ou seja, o contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível, com respectiva consequência quanto a alimentação, educação e habitação;
- b) combater a poluição da pobreza, isto é, a carência de requisitos básicos de saneamento e controle biológico, indispensáveis à saúde das populações de baixa renda, para o que cumpre, principalmente, prover de água e esgoto as populações e eliminar as endemias;
- c) aumentar as oportunidades de emprego da mão-de-obra a taxas superiores às do crescimento demográfico;
- d) melhorar a qualificação da mão-de-obra para elevar a produtividade e a capacidade de geração de renda;
- e) melhorar a distribuição da renda pessoal e regional, simultaneamente com o crescimento econômico.²⁶

Lei n.º 6.229 — de 17 de julho de 1975

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

O presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:
 Art. 1º O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:

1. O do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à aprovação do presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;
- d) Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;

²⁶ Extratos do documento: Organização do setor saúde para o desenvolvimento social, apresentado por Murillo Villela Bastos ao Conselho de Desenvolvimento Social, em 5 de fevereiro de 1975, considerando os propósitos do II Plano Nacional de Desenvolvimento quanto à saúde.

e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos ao consumo humano;

f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuário e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;

g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;

h) Avaliar o estado sanitário da população;

i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;

j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;

l) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

2. O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;

b) Coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;

c) Credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidades não-lucrativas que prestem serviços de saúde às pessoas;

d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as à fiscalização permanente;

e) Experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do País;

f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;

g) Promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população.

3. O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área em quantidade e em qualidade;

b) Manter os hospitais universitários ou de ensino zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;

c) Orientar as unidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;

d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo Sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde.

4. O do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

a) Realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

b) Orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população a morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja nos conjuntos habitacionais os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

5. O do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde, cabendo-lhe particularmente:

a) Desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área de saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;

b) Desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

6. O dos demais ministérios cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

7. O dos estados, Distrito Federal, territórios e municípios, que receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional da Saúde, cabendo assim, particularmente:

a) Aos estados, ao Distrito Federal e aos territórios:

1. Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;

2. Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;

3. Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para a unidade federada;

4. Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;

5. Assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;

6. Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

b) Aos Municípios:

1. Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
2. Manter a vigilância epidemiológica;
3. Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
4. Integrar seus serviços de proteção e recuperação de saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Art. 2º O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas de diferentes ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

Parágrafo único. Para fins programáticos, os planos setoriais serão classificados pelas seguintes áreas:

a) Área de ação sobre o meio ambiente, compreendendo atividades de combate aos agressores encontrados no ambiente natural e aos criados pelo próprio homem, e as que visem criar melhores condições ambientais para a saúde, tais como a proteção hídrica, a criação de áreas verdes, o abastecimento de alimentos, a adequada remoção de dejetos e outras obras de engenharia sanitária;

b) Área de prestação de serviços a pessoas compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio da aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas;

c) Área de atividades de apoio, compreendendo programas de caráter permanente, cujos resultados deverão permitir: o conhecimento dos problemas de saúde da população; o planejamento das ações de saúde necessárias; a capacitação dos recursos humanos para os programas prioritários; a produção e a distribuição dos produtos terapêuticos essenciais, e outros.

Art. 3º Em relação a cada área de atuação, a União exercerá ações próprias e supletivas:

1. No campo da saúde coletiva, ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos estados e municípios.

2. No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preterência conjugando os esforços e recursos da União, dos estados e municípios e das entidades privadas.

Art. 4º Na elaboração de planos e programas de saúde, ter-se-á em vista definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial, para aumento da produtividade, melhor aproveitamento de recursos e meios disponíveis em âmbito nacional, regional e local, visando uma perfeita compatibilização com os objetivos, metas e ações dos planos de desenvolvimento do Governo federal e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Art. 5º Os ministérios que desempenhem atividades incluídas no Sistema Nacional de Saúde, com base no levantamento dos problemas epidemioló-

gicos e no diagnóstico da situação de cada área do País, inclusive no que tange aos recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis elaborarão programas regionais levando sempre em conta a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para atendimento de riscos especiais.

Parágrafo único. As Coordenadorias Regionais de Saúde do Ministério da Saúde, instituídas pelo Decreto nº 74.891, de 13.11.1974, atuarão como unidade de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, com vistas à conjugação de esforços para elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação.

Art. 6º A construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde deverão observar obrigatoriamente os padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde e visar o preenchimento de lacunas na rede do Sistema, verificadas pelo ministério competente referido no art. 1º.

§ 1º As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para construção, ampliação, reforma ou equipamento de unidades de saúde cujos projetos tenham sido previamente aprovados pelo ministério competente do Sistema Nacional de Saúde.

§ 2º Fica vedada a credenciação ou o contrato de serviços de unidades de saúde pela União inclusive por seus órgãos da administração indireta, cuja construção se inicie após a promulgação desta lei, sem que os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo ministério competente referido no art. 1º.

Art. 7º O Poder Executivo baixará os atos necessários à implementação de disciplina aprovada por esta lei.

Art. 8º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 17 de julho de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL
Mário Henrique Simonsen
Ney Braga
Arnaldo Prieto
Paulo de Almeida Machado
João Paulo dos Reis Velloso
Maurício Rangel Reis
L. G. do Nascimento e Silva

Summary

The authors analyze the National Health System, from the events which preceded its creation to the trends and barriers which may result from its establishment.

According to the authors, only after the Second World War the concepts of public administration and sectorial planning started to permeate the

Brazilian sanitary organization. Only then the latter began to worry about providing health services with coordination and rationality.

Along the years, sanitation, immunization and sanitary education enlarged the share of the population under Government control and protection.

Health plans developed in the last 30 years have always presented the following characteristics: the undefinedness of the role to be played by the Government; the granting of privileges to hospital assistance; a dichotomy between preventive and curative medicine; a copy of foreign models of medical attention; the physician's predominant role as health agent; a great number of government agencies working for the same purpose; a despise for economic variables, regional differences and inadequate social and spacial distribution of income.

The present National Health System resulted from different interests and preoccupations. The Ministry of Social Welfare and Assistance is its main agent for the expansion of official assistance programs. It tries to establish the limits for the action of each ministry involved, as well as to define interinstitutional relationship according to the systemic perspective applied to health. However, such perspective hides the political-historical determinants which might cause an inharmonious and even contradictory development of the System's elements.

The analysis of the trends observed in the National Health System reveals the relationship between the assistance sector — specially the National Social Welfare Institute — and the health-manpower training sector.

The interaction between social welfare and universities is causing changes in university hospitals. These changes are allowing a larger and more diversified clientele to make use of such hospital's human and technological resources. Also, a new kind of professional is resulting from such changes, quite different from the traditional *office doctor*.

The authors show their worry about being unable to determine how much the National Health System will help to solve the problems which are the basis of the health crisis: absolute poverty, and its repercussions on feeding, education and housing; the lack of basic sanitation and biological-control requirements; employment-increase rates inferior to population-growth rates; low productivity and income, as a result of manpower's insufficient qualification; and an inadequate distribution of personal and regional income.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Credenciamento n.º 35/CFMO
Sua Empresa Beneficiada pela Lei 6.297

Com o registro da FGV no Conselho Federal de Mão-de-Obra (Credenciamento nº 035), sua empresa vai poder produzir em dobro, do Lucro Tributável, todas as despesas realizadas com os cursos, seminários, simpósios e demais atividades de formação profissional realizadas em convênio com a Fundação Getulio Vargas.

Para conceder o Credenciamento nº 035, o Governo Federal levou em conta ser a FGV entidade de caráter técnico-científico, educativo e filantrópico, instituída em 20 de dezembro de 1944, como "pessoa jurídica de direito privado, visando ao estudo dos problemas da organização racional do trabalho, especialmente nos seus aspectos administrativo e social, e à conformidade de seus métodos às condições do meio brasileiro", como determinam seus Estatutos.

As atividades de ensino na Fundação Getulio Vargas estão voltadas para o objetivo de formação, especialização e aperfeiçoamento de pessoal. Para perseguir a realização desse objetivo, a Fundação Getulio Vargas conta, como condição fundamental, com sua reconhecida capacidade no campo da formação profissional e a perfeita compatibilidade dos seus cursos e programas de treinamento com a realidade e as necessidades da empresa brasileira. A diversificação de cursos demonstra, também, que a FGV tem visão global dos problemas de treinamento e oferece condições amplas e diferenciadas para os níveis de Diretoria, Gerência e Supervisão em todas as áreas. A par de todas essas vantagens, a FGV está em condições de enviar especialistas a sua empresa para orientar, preparar e executar programas de treinamento adequados a cada caso específico.

A Fundação Getulio Vargas é um centro de excelência para formação e aperfeiçoamento de pessoal nas seguintes áreas:

ADMINISTRAÇÃO
MERCADO FINANCEIRO E DE CAPITAIS
COMERCIALIZAÇÃO
ERGONOMIA
TÉCNICAS DE INFORMAÇÃO
FINANÇAS
CONTABILIDADE
AUDITORIA
PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL
ECONOMIA
ORGANIZAÇÃO DO TREINAMENTO NA EMPRESA