

O Sistema Nacional de Saúde em debate*

MURILLO VILLELA BASTOS**

1. Introdução; 2. O novo contexto brasileiro; 3. Estratégia para melhorar a distribuição da renda; 4. O modelo brasileiro; 5. A revolução no setor saúde; 6. Os problemas da saúde; 7. A melhoria da saúde se confunde com o progresso; 8. O progresso pode ser deletério à saúde; 9. Os limites do progresso; 10. Saúde e segurança nacional; 11. Saúde é problema de política; 12. Os países em desenvolvimento; 13. Planos de saúde após 1964; 14. Vícios dos planos de saúde brasileiros; 15. Opções políticas na formulação de planos para a saúde; 16. Estatizar ou incentivar a iniciativa privada? 17. Quanto se poderá gastar em saúde? 18. Objetivos e prioridades; 19. Incentivos financeiros; 20. O pessoal que prestará os serviços; 21. Sugestões apresentadas em 1970; 22 Sugestões para a conjuntura atual; 23. Organização do setor saúde para o desenvolvimento social; 24. O II PND e a política de saúde; 25. Delimitamento de um sistema nacional de saúde.

* N. do E. O presente artigo está sendo republicado com expressa autorização do autor que, entretanto, faz a seguinte ressalva:

"O trabalho foi escrito na primeira metade do ano de 1975 e reflete o pensamento que tinha naquela fase de nossa história contemporânea, isto é, antes que os problemas que atualmente nos afligem houvessem atingido a atual intensidade tanto em relação à situação econômica quanto social e política. É assim óbvio que alguns conceitos necessitariam de revisão para se ajustarem à nova realidade."

A republicação do trabalho, sem revisão, foi porém decidida ante a atualidade da maioria dos problemas focalizados e devido ao fato de haver-se esgotado esse material bibliográfico, pelo fechamento da revista *O Médico Moderno*, que o publicou.

** O Dr. Murillo Villela Bastos é assessor de Estudos Especiais do Ministério da Previdência e Assistência Social.

1. Introdução

Neste artigo são examinados os conceitos de planejamento de saúde e o problema da assistência médica no Brasil, levando em conta as transformações por que passou o País no último decênio, e a validade ou atualidade das doutrinas e princípios em que se apoiavam os planos anteriormente propostos para a prestação de serviços médico-assistenciais e sanitários à população.

Segundo Karl Evan: "Os serviços de saúde só podem ser compreendidos como uma das partes da estrutura política, econômica e social de um país e não pode haver revolução em apenas um setor da sociedade."¹

Admitindo que os planos propostos para organizar a assistência médica e sanitária no Brasil tenham sido elaborados sob influência da mentalidade dominante quando ainda éramos uma nação subdesenvolvida, cumpre reexaminar o assunto após o decênio de transformações por que passaram nossas estruturas políticas, econômicas e sociais, tanto quanto nossa mentalidade e nossas atitudes.

2. O novo contexto brasileiro

Ninguém mais ousaria negar que a revolução empreendida em 1964 no Brasil foi responsável por grandes transformações em nossa mentalidade tanto quanto em nossa economia e costumes políticos. Também teria de admitir, à vista dos fatos, que as modificações foram para melhor e, embora com alguma desigualdade na distribuição,² beneficiaram a quase todos.

A manutenção de um decênio de prosperidade ininterrupta não pode ser atribuída a fenômeno episódico, causal, ou decorrente de uma conjuntura internacional fortuita que nos houvesse favorecido discriminatoriamente. Considerando o estado de anarquia em que o País estava em princípios de 1964, o longo período de estagnação de nossa economia e a conjuntura mundial desde então, já se pode concluir que algo de muito importante nos aconteceu. A Nação readquiriu confiança em si própria, em seu governo e na capacidade de seus homens. Tudo indica que o povo passou a acreditar em seu país e em suas possibilidades de sair definitivamente da condição de subdesenvolvido.

A certeza de que estamos no caminho certo e seguro do desenvolvimento já se fez sentir nos últimos anos. Vencida a etapa mais difícil e penosa, de restabelecer a ordem social e a confiança em nossos governantes e em nossas instituições, preocupa-se o Governo em reduzir os desníveis na

¹ Evang, Karl. The politics of developing a national health policy. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 331-40, 1973. O autor foi um dos membros da Comissão de Redação das constituições da FAO e da OMS. Foi também diretor geral de saúde pública da Noruega por 33 anos (1939 a 1972), representando várias vezes seu país na OMS.

² Simonsen, Mário Henrique. Dez anos de mudanças; força de trabalho, emprego e renda. *Jornal do Brasil*, Revista Econômica, 15 abr. 1974, p. 3.

distribuição dos benefícios do desenvolvimento. Algo semelhante ao que se passou depois de ganharmos um campeonato mundial de futebol está ocorrendo: nossa porfia passou a ser o tricampeonato — a taça consagrada de nossa superioridade nesse esporte. No campo do desenvolvimento o atual desafio é a redistribuição social equitativa de renda. Esta preocupação pode ser encontrada em uma frase do Pres. Médici ao dizer que o “Brasil vai bem mas o povo ainda vai mal”.

3. Estratégia para melhorar a distribuição da renda

Mas o Governo não só reconhece a necessidade como assume a iniciativa e a responsabilidade pela aplicação das medidas necessárias à melhoria de distribuição de renda. É prova disto seu programa de ação para o biênio 1973-74, apresentado à Escola Superior de Guerra em 4 de julho de 1973 pelo Min. João Paulo dos Reis Velloso. Confirmou, então, que o Governo “reconhece que o crescimento econômico acelerado não conduz necessariamente... mas viabiliza em boa medida a política de melhoria de distribuição de renda e aceleração do aumento de empregos” e que “esse papel cabe ao Governo... através de instrumentos de política econômica e de política social”.³

Divulgou também o então ministro do Planejamento e Coordenação Geral que a estratégia adotada para esse efeito consistiria em:

1. aumento do salário indireto, pelos investimentos em educação, saúde-saneamento, habitação e nutrição;
2. integração social por intermédio dos fundos: PIS, Pasep e FGTS;
3. proteção de todas as categorias profissionais, nas cidades e nos campos, pela legislação social e do trabalho, além de educação gratuita para os dependentes do trabalhador rural;
4. melhoria da distribuição de renda pelos investimentos maciços em desenvolvimento regional e eliminação da pobreza relativa correspondente à faixa de renda mais baixa;
5. adoção de medidas tendentes a obrigar o setor privado a transferir parte dos lucros decorrentes do aumento de produtividade para o trabalhador, com aumento de salário, e a manter o poder aquisitivo das camadas de renda mais baixa pelo controle dos preços dos bens de consumo da massa.

4. O modelo brasileiro

Não seria difícil encontrar em renomados mestres contemporâneos, ou até mesmo em filósofos da Antigüidade, os fundamentos teóricos das medidas postas em prática pelos governos do Brasil nesta última década. O que

³ Velloso, João Paulo dos Reis. *Desenvolvimento e grandeza do Brasil — A experiência econômica e social da Revolução*. Conferência pronunciada na Escola Superior de Guerra em 4.7.1973.

distingue este país dos demais que tentam encontrar o caminho do desenvolvimento não foi o conhecimento de fórmulas mágicas nem de princípios secretos. O motivo de nosso sucesso está no fato de havermos conseguido combinar os ingredientes necessários para romper o *status quo* do subdesenvolvimento acomodado: homens capazes de formular as doutrinas apropriadas, elaborar planos adequados e aplicar as medidas necessárias quando surgiu um governo suficientemente forte para implantá-las sem tibieza ou descontinuidade.

Procura-se com frequência identificar um “modelo brasileiro” como se fosse o segredo do milagre. Parece que ainda não se reconheceu a importância de mudança de mentalidade “que nos permitiu abandonar uma subserviência cultural e ideológica, um apego aos caminhos tradicionais, às fórmulas consagradas e aos modelos aprovados por outros povos ou em outras épocas. No debate entre o capitalismo liberal clássico (que facultou a implantação dos oligopólios e plutocracias) e o capitalismo estatal dos países de economia dirigida — ambas indesejáveis — soubemos encontrar o meio termo. Não se abriu mão das prerrogativas do Governo federal para planejar e fixar os grandes objetivos nacionais, mas também não se excluiu ou impediu a iniciativa privada de participar com sua criatividade e dinamismo”.

5. A revolução no setor saúde

Nota-se, porém, que muito pouco aparece nos atuais planos de governo em relação à saúde ou à assistência médica. As alusões se limitam a “investimentos em saúde e saneamento” ou “extensão da assistência médica ao trabalhador rural”. Não existem mais referências à mudança de organização, ou à reformulação de métodos de prestação de serviços, ou financiamento dos programas. Contudo, entre 1964 e 1970 ocorreram três tentativas de modificar nossa organização médico-assistencial e todas terminaram em fracasso.

Como se vem repetindo, nos últimos 20 anos, pelo menos, que a organização sanitária e assistencial-médica do Brasil é caótica, perdulária e ineficiente, cumpre indagar o que teria ocorrido com relação a ela. Ter-se-ia organizado espontaneamente? Ou, se permanece desorganizada, por que motivos a Revolução, que superou tantos antagonismos para tirar o País do subdesenvolvimento não consegue pôr ordem em nosso caótico sistema de assistência médica e sanitária? Serão os problemas de saúde tão mais difíceis de resolver? Ou não teremos neste setor homens tão inteligentes e hábeis como os que possibilitaram o desenvolvimento econômico? Este é o problema a que nos propomos analisar.

6. Os problemas da saúde

As dificuldades para equacionar os problemas da saúde começam em sua conceituação. Para não aumentar ou alimentar a confusão que se teceu em

torno do assunto, preferimos distinguir, como o faz M. M. da Silveira, saúde e estado sanitário.⁴

Para saúde temos a magistral conceituação que aparece no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde: "É um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou incapacidade."

O estado sanitário não está definido ou conceituado em uma sentença. Sabemos porém que é caracterizado pelos elementos que compõem a estatística vital ou bioestatística. Estes não dão medida da saúde, mas sim dos efeitos ou conseqüências das doenças que matam. Seus dados mais importantes são: a mortalidade geral, infantil e específica, e a expectativa de vida ao nascer.

7. A melhoria da saúde se confunde com o progresso

Cumpramos observar que a melhoria da saúde se confunde com a melhoria do bem-estar público: com o progresso, com a segurança, com a paz. Só a melhoria do estado sanitário é passível de planejamento setorial. Em sentido estrito a melhoria do estado sanitário depende das possibilidades de modificar o equilíbrio ecológico entre o homem e seu ambiente físico e social.

Os progressos até agora conseguidos em relação ao estado sanitário dependeram predominantemente das possibilidades de obter alimentação, abrigo e energia para a satisfação das necessidades básicas do homem. Estas possibilidades têm evoluído nos diferentes países paralelamente ao desenvolvimento de suas economias.

Até poucos séculos atrás, a humanidade ainda se beneficiava quase unicamente de uma revolução tecnológica ocorrida há cerca de sete ou oito mil anos — quando o homem começou a praticar regularmente a agricultura e a pecuária. A segunda grande modificação só teve início na segunda metade do século XVIII, quando se iniciou a revolução industrial e agrícola. Desde essa época, o aumento considerável da quantidade acessível de bens econômicos contribuiu decisivamente para melhorar as condições sanitárias da espécie humana. Na expressão de M. M. da Silveira,⁵ a saúde dos povos melhorou na medida em que substituiu o homem pela máquina na execução dos trabalhos que exigem grande dispêndio de energia — os trabalhos pesados de que uma sociedade necessita. Em outras palavras, a saúde humana melhora quando se pode exigir do homem menos trabalho mecânico e mais atividade intelectual, empregando-o em trabalho economicamente mais produtivo e socialmente mais nobre. O aumento de produtividade assim conseguido possibilitou a satisfação de maiores necessidades da população e melhoria de sua saúde.

Isto pode ser facilmente comprovado. Os dados disponíveis sobre mortalidade nas diferentes áreas do mundo revelam que as doenças transmissíveis,

⁴ Silveira, Mário Magalhães da. (Notas de aulas e conferências.)

⁵ Idem.

responsáveis pelo maior número de mortes, declinaram nos países que se desenvolviam, antes mesmo das descobertas das respectivas causas, ou muito antes da descoberta de medicamentos eficazes. Agora, porém, que conhecemos tantos meios de evitá-las e de combatê-las, essas mesmas doenças continuam dizimando as populações dos países pobres ou as populações pobres em países ricos. A despeito de todo o progresso científico e tecnológico da humanidade, o estado sanitário das populações pobres permanece quase o mesmo de há dois ou mais séculos atrás, nos países que hoje são ricos e saudáveis.

8. O progresso pode ser deletério à saúde

Só na segunda metade do século XX foi possível comprovar que, além de algum limite ainda por ser definido, o próprio progresso econômico pode ser deletério à saúde e ao estado sanitário dos povos. Além dos inconvenientes mais conhecidos do progresso — poluição multiforme do ambiente, considerada uma das mais sérias ameaças ao futuro da humanidade — muitos outros vêm sendo identificados. Veja-se, por exemplo, este trecho de um livro do Prof. Hans Kraus:⁶

“O homem passou de uma vida com intensa atividade física para outra de inércia, na qual as máquinas fazem todo trabalho. Mudou-se do silêncio do campo para a cidade, com seu incessante e irritante burburinho. Fomos grandemente beneficiados pelo progresso. Somos a nação mais próspera do mundo. Existe aqui uma superabundância de automóveis, utensílios domésticos e outros instrumentos destinados a poupar o trabalho do homem. Na medicina, vencemos a tuberculose, a poliomielite, a difteria e uma série de outras doenças. Ao mesmo tempo, porém, o progresso acarretou outros perigos. Alteramos de tal forma o equilíbrio físico de nossas vidas que estamos ameaçados de uma nova onda de moléstias degenerativas. Em nenhuma parte isso se comprova melhor do que nos Estados Unidos. Tornamo-nos tão inativos fisicamente que a falta de exercícios, frequentemente associada a uma excessiva irritação, se constitui agora na mais séria ameaça à saúde dos americanos. A falta de exercícios e a tensão se transformaram em fatores responsáveis pela sintomatologia da dor nas costas, torcicolo, dor de cabeça, instabilidade emocional, úlceras duodenais, diabete e doenças cardíacas. Estas doenças degenerativas são típicas de uma civilização adiantada.”

Já não se limitam a esses, referidos pelo Dr. Kraus, os males do desenvolvimento econômico não acompanhado de progresso social e aprimoramento cultural. Alguns foram satirizados por Charles Chaplin em seus filmes da quarta década do século, outros estão sendo adicionados a cada dia.

⁶ Kraus, Hans. (M.D.) *Backhache, stress and tension*. New York, Simon & Schuster, 1965. Trad. port. de Sônia Fernandes Schwartz, São Paulo, Ed. Melhoramentos, 1971.

Padrões de comportamento “anti-higiênicos”, em todas as suas acepções, estão sendo reintroduzidos ou se agravando rapidamente. As doenças venéreas, a sarna, o piolho estão-se alastrando novamente inclusive nos países mais ricos do mundo, de onde haviam sido praticamente erradicados há cerca de 30 anos. As principais causas de morte nas idades de 10 a 30 anos não são mais a difteria, a pneumonia, a tuberculose ou malária e as disenterias, mas sim os acidentes, os tóxicos e várias formas de auto e de heteroagressão. Sob os mais variados pretextos — econômicos, sociais, raciais, religiosos, ideológicos e políticos — a irresponsabilidade motorizada e armada desencadeia agitações e mortes. O excesso de ruídos vem sendo responsabilizado por uma série de males da audição e do sistema nervoso central e os excessos alimentares, com desequilíbrio na proporção de nutrientes essenciais, estão sendo apontados como responsáveis pela má saúde de um quinto da população dos países mais prósperos do mundo.

9. Os limites do progresso

Foi bem curto o período de benefícios reais, de saldo líquido do desenvolvimento econômico de vários países, quando avaliado em termos de melhoria de seu estado sanitário. Os padrões sanitários dos Estados Unidos, por exemplo, vêm decaindo progressivamente nos últimos 10 anos, enquanto outros países em vias de desenvolvimento melhoram rapidamente.

Ao que parece, a fase lucrativa do desenvolvimento em termos de melhoria do estado sanitário ficou limitada àquela que permitiu uma elevação geral do padrão de vida e a realização de grandes progressos no campo das ciências e da tecnologia. Em outras palavras, o progresso contribuiu para melhorar as condições de alimentação, abrigo, trabalho, educação e para combater alguns dos principais causadores ou transmissores de doenças. Desde, porém, que o excesso de fartura de alguns, aliado à má distribuição de renda intra e internacional ultrapassou um limite (que não parece ser nem fixo, nem igual para todos os povos), um processo involutivo se instalou. A partir desse limite, os rendimentos decrescentes do desenvolvimento passaram a ser cada vez mais acentuados.

10. Saúde e segurança nacional

Com tais considerações pretendeu-se demonstrar três coisas:

— que a saúde de um povo não pode ser objeto de planejamento, a menos que por saúde se entenda o estado de desenvolvimento econômico e social ou a segurança nacional de um Estado. Neste caso o plano de saúde se confunde com o plano geral de desenvolvimento e segurança;

— que o estado sanitário de um povo, revelado quantitativamente pelos efeitos das doenças que matam, indicava o grau de controle exercido sobre as doenças transmissíveis, mas já não pode mais ser interpretado como tal. Atualmente o controle das causas de morte evitável na população pode ser

objeto de planejamento setorial, mas já não se limita ao domínio do homem sobre seus parasitos biológicos e naturais. Em algumas áreas ou para alguns grupos populacionais as medidas saneadoras necessárias são apenas parcialmente médico-sanitaristas; outras dependem de providência das autoridades policiais, judiciárias, educacionais etc.;

— que as providências necessárias à proteção de um povo contra a morte evitável, ou contra as doenças e a invalidez, só podem ser vistas como parte de um conjunto de medidas, mais ou menos coerentes, em função do contexto ideológico, cultural, político e social desse mesmo povo e com recursos comensurados à sua economia.

Não será por meio de ações dirigidas especificamente contra algumas doenças, ou pela organização de alguns instrumentos de produção de serviços sanitários ou médicos, que se conseguirá modificar a saúde de um povo, seu estado sanitário, ou mesmo reduzir a incidência das doenças e da invalidez. Nem mesmo o povo mais rico da Terra poderia consertar a varejo o que permite danificar por atacado. Por isso não seria nem eficiente, nem racional, montar uma organização tão onerosa e dispendiosa quanto a de assistência médica para tratar e curar o que pode ser evitado por medidas que nem sempre são de natureza médica: os acidentes de trabalho e de trânsito, por exemplo.

Uma comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde conceituou a assistência médica como um programa de serviços que devem ser postos à disposição das pessoas, e conseqüentemente da comunidade, englobando todos os recursos da ciência médica e de outras correlatas, necessárias à manutenção da saúde da mente e do corpo. Esse programa deve levar em conta o ambiente físico, social e familiar, com vista à prevenção da doença, à restauração da saúde e à redução da incapacidade. A extensão de tais serviços variará de acordo com as condições locais.

A higidez ou saúde de uma pessoa (ou de uma população) é sempre o resultado da combinação de fatores hereditários (genéticos) e ambientais (ecológicos).

No estado atual de nossos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos ainda é bem pouco o que se pode fazer sobre os fatores hereditários. A eugenia até agora não foi aceita por nenhuma cultura contemporânea, porque o único meio que temos para evitar o aumento das doenças hereditárias é a esterilização, e na prática não vai além do aconselhamento pré-nupcial. Só na Alemanha nazista a esterilização foi aplicada compulsoriamente com objetivos supostamente eugênicos.

Os fatores ecológicos que afetam a saúde humana — embora numerosos e variados — são passíveis de controle pelo próprio homem quando para isto ele se organize. Isto, porém, não é fácil.

Cabe aqui que praticamente todos os países do mundo estão enfrentando hoje um crescente clamor popular contra seus serviços médico-assistenciais. Por este motivo, aumenta com rapidez o número de estudos, pesquisas e trabalhos publicados a respeito. O terreno que era até bem pouco tempo privativo dos médicos em geral, e dos sanitaristas em particular, passou a

ser percorrido por economistas, sociólogos e outros cientistas sociais, além de ser assunto cada vez mais freqüente em debates políticos.

Alargaram-se muito os horizontes e, embora ainda não animadoras as perspectivas de encontrar soluções salvadoras, já se sabe muito mais a respeito do problema do que há 10 anos atrás. É possível que a médio ou longo prazo consigamos equacioná-lo satisfatoriamente.

11. Saúde é problema de política

Uma estranha curiosidade ocorre a este respeito. Descobriu-se que nos fins do século XVIII e princípios do século passado já se havia chegado bem próximo da compreensão que agora voltamos a ter da saúde e seus condicionantes. Isto pode ser atribuído ao desvio da perspectiva ecológica e social da saúde que se esboçava nitidamente antes das descobertas de Pasteur e outros, e dos avanços da cirurgia que a anestesia e a assepsia possibilitaram. Desde então passou-se a acreditar que os assuntos de saúde e de doença eram igualmente privativos de médicos. Os aspectos técnicos da medicina e a tecnologia da saúde pública obscureceram por completo todos os demais. Foram necessários cerca de 80 anos de dissabores com planos de saúde fracassados para redescobrir que saúde e doença são, antes de tudo, problemas de política (*of policy*). Outro fator a prejudicar esta compreensão foi o fato de haverem os países socialistas considerado os problemas sociais, e a saúde entre eles, assuntos eminentemente políticos. Embora a Nova Zelândia, a Grã-Bretanha e os países escandinavos, entre outros, também houvessem equacionado em termos políticos seus problemas de saúde e seus recursos médico-sanitários e assistenciais após a II Guerra Mundial, em muitos outros prevalecia a idéia de que tal não poderia ser feito sem se violentar a sagrada pureza da democracia. Passou-se, desde então, a usar com nítida conotação pejorativa (e imprecisão semântica) a expressão *medicina socializada* ao se referir à organização assistencial daqueles países.

Para melhor caracterizar a quase universalidade do problema que nos interessa, e conservar o sabor do estilo de cada um, transcrevemos a seguir algumas opiniões dignas de registro:

Karl Evang, autor de reconhecida autoridade, atribui as atuais dificuldades que os países enfrentam com relação à prestação de assistência médica ao fato de haver a humanidade chegado a uma encruzilhada entre os progressos científicos e tecnológicos da medicina e a limitação dos recursos para a prestação dos serviços médicos. Diz que "nem mesmo o país mais rico do mundo pode oferecer serviços de saúde de elevado padrão técnico na prevenção, cura e reabilitação das doenças somáticas, psíquicas e sociais (porque) para produzir uma política nacional de saúde que seja realista o planejador encontrará obstáculos desagradáveis e talvez intransponíveis, tanto de fundo psicológico quanto político, ao estabelecer prioridades que automaticamente excluem alguns pacientes do tipo ótimo de

serviço, como por exemplo a cirurgia cardíaca, as diálises renais e o tratamento de jovens alienados”.⁷

12. Os países em desenvolvimento

Um “economista de saúde”, como se intitula Oscar Gish,⁸ com vasto tirocínio internacional, escreve a propósito de sua experiência como consultor para assuntos de saúde, cedido pela Suécia ao Governo da Tanzânia: “Os maiores obstáculos à implantação de um sistema mais justo e eficiente de serviços de saúde não são os comumente mencionados: falta de recursos, precariedade das comunicações, falta de dados e despreparo técnico, mas sim o sistema social que menospreza o valor dos serviços de saúde para a população rural. Isto é particularmente verdadeiro quando para satisfazer essas necessidades são indispensáveis ajustamentos que, a curto prazo, são incômodos aos profissionais que prestam os serviços, e para a elite que monopoliza o melhor da produção. É lamentável que em tantos países os interesses de uns poucos possam ter efeitos tão deletérios sobre as necessidades assistenciais da maioria.”

Para o países em desenvolvimento Richard Goode (Brooking's Institute — EUA) sugere que os gastos básicos com saúde fiquem restritos à zona em que o custo marginal iguale a contribuição marginal para a produção; que os gastos adicionais sejam considerados como “de consumo” e só se justificam na medida em que a satisfação que proporcionam exceda a que pode ser obtida por outros consumos, privados ou coletivos.⁹

Com relação aos Estados Unidos da América e seus planos de assistência médica é que encontramos os comentários mais contundentes.

Do sociólogo Elliot A. Krause,¹⁰ segundo o qual naquele país “o planejamento de saúde é primariamente uma ideologia e nenhuma modificação dos serviços de saúde ocorrerá como resultado de planejamento enquanto o controle da economia depender do processo legislativo”.

Do economista Eli Ginzberg, ao afirmar que “os altos níveis de emprego e as rendas em crescimento podem continuar contribuindo mais para melhoria da saúde da população do que a ampliação dos recursos médico-assistenciais”, acrescentando que “a saúde do país provavelmente melhoraria mais depressa por meios indiretos — educação, controle da poluição atmosférica, distribuição dos excedentes da produção de alimentos — do que pelo aumento dos gastos com assistência médica”.¹¹ Também alguns médicos vêm aderindo aos cientistas sociais em sua maneira de analisar os planos de saúde americanos.

⁷ Veja nota 1.

⁸ Gish, Oscar. Resources allocation, equality of access and health. *International Journal of Health Services*. v. 3, n. 3, p. 399-412, 1973.

⁹ Goode, Richard. *The economics of health and medical care*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1964. p. 282-5.

¹⁰ Krause, Elliott A. Health planning as a managerial ideology. *International Journal of Health Services*. v. 3, n. 3, p. 445-63, 1973.

¹¹ Ginzberg, Eli. *Medical economics, more than curves and computers. The economics of health and medical care*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1964.

O Dr. Thomas S. Bodenheimer (médico pela Universidade de Harvard e sanitarista formado em Berkeley, pela Universidade da Califórnia, Estados Unidos) escreve que “a implantação de uma política tributária em que os impostos fossem progressivos e as subvenções aos ricos eliminadas poderia contribuir mais eficientemente para restaurar a saúde do povo do que qualquer plano de saúde”.¹²

O Dr. Eric H. Helt assim resume sua tese de doutoramento, recentemente submetida à Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan: “Os modelos econômicos existentes para o subsetor de assistência médica são caracterizados por falsas presunções concernentes a: a) relações entre saúde e assistência médica; b) o comportamento econômico tanto dos consumidores quanto dos produtores dos serviços de saúde; c) a natureza da política da cultura americana...” O argumento central da tese é de que o sistema de assistência médica não promove a saúde do público mas sim a desigualdade econômica, política e cultural em favor dos profissionais da saúde e da elite econômica.¹³

Um pesquisador social — o Dr. Carol A. Brown — em estudo sobre recursos humanos para a saúde, preparado para o Departamento do Trabalho dos Estados Unidos, concluiu que “a medicina orientada para o lucro traz uma tendência inevitável para o conflito sobre ‘territórios’ e para distorções na divisão do trabalho, por motivos de renda e não de serviço, resultando ou na exploração do trabalhador pela baixa remuneração ou na exploração do consumidor pelo aumento de preços”.¹⁴

Em todas as citações fica evidente a caracterização política dos problemas de saúde e assistência médica em geral. Uns dão maior realce aos aspectos macroeconômicos, outros põem toda a ênfase nos fundamentos éticos da política tributária, do financiamento dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na política de distribuição de renda.

13. Planos de saúde após 1964

A que poderia ser atribuído o fracasso dos planos de saúde ou de assistência médica tentados no Brasil depois que o Governo passou a contar com um ministério para o planejamento? Por que motivos não teriam os governos da Revolução emprestado aos planos de saúde um pouco do apoio que deram aos programas voltados para as atividades econômicas, ou mesmo para outras destinadas à distribuição de renda e melhoria do bem-estar — como a de educação, habitação e alimentação? Por que mantêm vinculados à previdência social quase todas as instituições voltadas para a prestação de assistência médica — INPS, Ipase, Funrural, Sasse, LBA, FAG e até

¹² Bodenheimer, Thomas S. Health care in the United States; who pays? *International Journal of Health Services*. v. 3, n. 3, p. 427-34, 1973.

¹³ Helt, Eric H. Economic determinism: a model of the political economy of medical care. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 474-85, 1973.

¹⁴ Brown, Carol A. The division of labourers & allied health professions. *International Journal of Health Services*. v. 3, n. 3, p. 335-444, 1973.

a Fundação Abrigo Cristo Redentor, Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem) e a Central de Medicamentos (Ceme)?¹⁵ Ao observador atento isto revela uma diretriz de política assistencial do Governo.

Segundo o já citado sociólogo Elliot Krause,¹⁶ “o processo de planejamento é básica e inevitavelmente um tipo de política de poder, envolvendo ou a preservação de um *status quo* ou a modificação dele”. Em política os objetivos expressos nem sempre coincidem com os visados e em nenhuma outra área isto parece ser mais verdadeiro do que na de saúde.

O autor deste trabalho, falando em Brasília num curso de organização hospitalar em maio de 1974, afirmou que o melhor “plano de saúde” já elaborado no Brasil estava sendo executado mas sem ser identificado como tal. Para comprovar a afirmação, analisou perante o auditório o Programa de Ação do Governo para o biênio 1973-74 (cujo resumo foi apresentado anteriormente).

14. Vícios dos planos de saúde brasileiros

Quem examinou detidamente os “planos de saúde” elaborados depois de 1964 terá observado que tinham um denominador comum: não eram planos, nem eram de saúde. Em comum apresentavam várias características, dentre as quais vale a pena referir as seguintes:

- a) visavam muito mais a melhoria da situação dos profissionais da saúde do que o atendimento da população;
- b) nenhuma atenção davam à aplicação de técnicas preventivas de qualquer tipo — das que não dependem da ação direta dos profissionais da saúde ou das que, dependendo dos profissionais da saúde, ficaram tradicionalmente a cargo dos órgãos de saúde pública;
- c) implantavam um sistema de remuneração dos serviços profissionais que incentivava a prática de atos nem sempre recomendáveis, sem que sobre os mesmos pudesse ser exercido qualquer controle extraprofissional;
- d) buscavam, mais ou menos ostensivamente, transferir todas as atividades de saúde que ensejam lucro pecuniário para a iniciativa privada, socializando o custeio dos serviços à população de menor renda;
- e) negligenciavam ou se omitiam quase completamente com relação às categorias “menos nobres” da equipe de saúde, criando, com relação a estas, uma situação monopolística em favor dos profissionais “mais nobres”;
- f) refletiam uma intenção mal disfarçada de aproveitar a influência que, como autores dos planos, supunham ter sobre os governantes, para restaurar

¹⁵ Decreto n.º 74.000, de 1.5.1974 que trata da vinculação ao Ministério da Previdência e Assistência Social dos seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (Funrural); Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase); Serviço de Previdência e Seguro Social dos Economizários (Sasse); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação de Assistência aos Garimpeiros (FAG); Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem); Central de Medicamentos (Ceme).

¹⁶ Veja nota 10.

a hegemonia de uma categoria profissional e não para implantar uma nova mentalidade — de maior racionalidade e maior eficiência — na aplicação dos conhecimentos científicos em benefício da saúde e bem-estar da população.

Esses comentários respondem à questão levantada anteriormente: a que poderia ser atribuído o fracasso dos planos de saúde ou de assistência médica tentados no Brasil depois que o Governo passou a contar com um ministério para o planejamento? Exatamente por isso, porque o País passou a contar com um órgão para o “planejamento”. Antes, teria sido possível impressionar políticos desavisados com exibição de complicado equipamento hospitalar ou acenando com maravilhosas armas terapêuticas. Para os homens do planejamento, entretanto, preliminarmente devem ser respondidas algumas questões genéricas e fundamentais, sobre a relação benefício/custo ou sobre o custo social ou alternativo do programa pretendido. Os planejadores da saúde não estavam preparados para este tipo de abordagem do problema.¹⁷

Quer se admita profundo conhecimento dessas questões, ou simples intuição política, o Governo acertou mais fazendo o que fez do que se houvesse apoiado os planos que lhe foram apresentados. A diretriz do Governo para promoção do bem-estar é pela melhoria indireta da distribuição de renda. A previdência social tem na assistência médica seu principal instrumento para essa distribuição. É por intermédio das instituições de previdência que a população de menor renda tem acesso à medicina científica e a uma assistência que não onera o orçamento da União. Além disso, as tentativas de transferir o poder político sobre assuntos de assistência médica para fora da previdência social mostraram que os efeitos seriam contrários às diretrizes básicas da política nacional, evidenciando que, no cenário nacional, só a previdência tem por tradição a defesa do consumidor em todos esses assuntos.

15. Opções políticas na formulação de planos para a saúde

A história da humanidade registra o que se poderia identificar como evidências de ação governamental em assuntos de saúde, desde pelo menos o tempo de Hamurabi (há 4 mil anos aproximadamente). Nota-se, porém, que ao longo dessa história, os governos preferiam cuidar de aspectos indiretos e problemas gerais relacionados às doenças, evitando na medida do possível os problemas que implicavam alguma forma de discriminação pessoal. São, por isto, notórias as obras de abastecimento d'água e de esgotos da antiga Babilônia e de Roma, a drenagem dos pântanos para evitar a malária e as termas públicas, por exemplo, em contraste com o pouco que se conhece a respeito da assistência aos doentes. A atitude é em grande parte justificável pela ausência de conhecimentos adequados sobre as causas das doenças. Mas, apesar dessa limitação, Hamurabi baixou

¹⁷ Veja nota 6.

um código em que regulava preços e impunha obrigações aos que se dedicavam à arte de curar. Consta também que os governantes das cidades da antiga Grécia contratavam discípulos de Esculápio e de Hipócrates para servirem aos pobres, e que esta prática foi muito difundida na Europa durante a Idade Média.

O fato mais importante para registro é, porém, a ocorrência de uma ação do governo sempre que três circunstâncias se manifestassem simultaneamente: o surgimento de um problema sanitário grave (uma epidemia, por exemplo); o conhecimento de alguma medida útil que pudesse ser adotada; e finalmente a existência de um governo que tivesse suficiente poder ou autoridade para se fazer respeitar.

Esta conjugação de condições ocorreu muitas vezes na história: nos tempos bíblicos o isolamento dos leprosos; no século XV a exigência de quarentena (para evitar a propagação da peste) e neste século, no Brasil, a vacinação antivariólica obrigatória e a campanha contra a febre amarela sob a direção de Oswaldo Cruz são alguns exemplos.

Agora, novos fatos devem ser levados em conta. Os progressos da ciência médica contemporânea e mais particularmente a ampla divulgação de seus resultados espetaculares, criaram uma expectativa quase universal de prolongamento da vida e de eliminação das deficiências físicas ou dos sofrimentos. Estes fatos trouxeram enormes complicações para os governos que se pretendiam manter afastados das questões relativas a saúde individual. De uma coisa já parecem estar todos certos: não será possível deixar os problemas médico-assistenciais da população como foram no passado, quando a obtenção de serviços ficava condicionada à posse de dinheiro, à caridade ou ao acaso. A intervenção governamental nestes assuntos já não é apenas inevitável, é agora inadiável.

Embora seja sempre difícil, e até mesmo desagradável, abordar problemas de saúde — que dizem respeito à vida e ao sofrimento humanos — em termos administrativos, econômicos ou políticos, agora que estão criados é imprescindível que se tenha coragem suficiente para discuti-los e serenidade bastante para encará-los realisticamente.

Quando um governo se dispõe a enfrentar problema de tamanho interesse para a nação, precisa se precaver tanto contra as habituais tiradas demagógicas, de mal disfarçados interesses e que apelam sempre para dramáticos aspectos emocionais, quanto contra soluções simplistas e fórmulas prontas, geralmente importadas de países que já as vendem enlatadas.

Aceita que seja a inviabilidade de permanecer o governo fora do problema, uma opção política já estaria superada — a da intervenção do setor público na assistência médica à população.

16. Estatizar ou incentivar a iniciativa privada?

Duas alternativas fundamentais se apresentam de imediato: deve o governo estatizar os serviços de assistência médica ou fomentá-los por intermédio de incentivos à iniciativa privada?

Lembre-se que em nenhum lugar conhecido os serviços de saúde e assistência são “totalmente” estatais ou “totalmente” privados. Nos países socialistas eles são “quase” totalmente estatais, mas sempre se encontra alguma atividade privada, ainda que seja só para os representantes diplomáticos e outros estrangeiros de posses que residam no país. Nos demais países a extensão do setor público em saúde e assistência é extremamente variável, atingindo em algum mais de 95% da população e em outros a menos de 20%. No Brasil, a participação do setor público varia de um estado para outro, tanto quanto de um município para outro. A única coisa invariável a ser registrada é a rápida tendência para a estatização dos serviços médico-assistenciais em todo o mundo desde a II Grande Guerra Mundial. Onde não ocorreu uma estatização dos instrumentos de prestação dos serviços, o governo assumiu papel majoritário em seu financiamento.

A este propósito cumpre lembrar que, embora se pretenda evitar a prestação direta dos serviços médicos pelo Estado, o governo não se poderá furtar a um controle cada vez maior dessas atividades, porque terá inexoravelmente de participar cada vez mais de seu financiamento. Para pagar os serviços que compra ao setor privado o governo terá de fixar padrões de qualidade, tabelar preços e fiscalizá-los em tudo o mais, o que implica o controle da atividade. Em alguma etapa desse processo descobrir-se-á que o sistema produtor de serviços, implantado sob inspiração da caridade ou do lucro financeiro, não condiz com as necessidades do consumidor — da população. Daí para a frente o envolvimento governamental será cada vez maior na procura de soluções socialmente mais válidas, mais justas ou mais econômicas. Se já não existir um plano nacional de saúde para ser aperfeiçoado, começarão as preocupações com a formulação de um plano ou de um programa nacional de assistência médica. A essa altura já se saberá, com dados comprobatórios, que sem uma decidida ação do governo, muitas áreas do país ficarão sem médicos, sem hospitais ou sem postos de saúde; que muitas pessoas ficarão privadas de acesso à medicina científica; que muitos morrerão por doenças evitáveis e curáveis enquanto outros ficarão desnecessariamente mutilados ou permanentemente incapacitados para o trabalho. Caberá, então, ao setor político da nação responder a essa pergunta: Por quanto tempo poderá o governo suportar conscientemente uma situação como essa? Neste ponto já se pode concluir que as verdadeiras opções políticas são quanto à velocidade com que o governo se envolverá na prestação dos serviços médicos, sanitários e assistenciais à população, e em que extensão.

17. Quanto se poderá gastar em saúde?

Feitas as primeiras opções surge imediatamente outra: quanto se poderá gastar na função saúde? Que volume de recursos humanos, materiais e financeiros poderá ser racionalmente destinado às atividades sanitárias e médico-assistenciais? Se tentarmos-nos orientar pelo que se faz em outros

países, acharemos, entre os dados disponíveis, que a maioria dos povos gasta entre 3% e 8% do produto interno bruto (PIB) na função saúde. Não encontraremos boa correlação entre essa percentagem e o valor do PIB *per capita*, porque algumas nações pobres gastam proporcionalmente mais do que as ricas. Poderemos observar, entretanto, uma correlação entre a filosofia social e política dominante no país e a proporção de sua renda destinada à proteção da população contra a doença. Este fato pode ser observado tanto em países sob regime socialista quanto em outros não-socialistas, porém inspirados por uma filosofia social que atribui valores muito altos aos recursos humanos (países escandinavos e os da comunidade britânica). Se aprofundarmos o exame da situação internacional, procurando saber que sistema de prestação de serviços proporciona melhor relação benefício/custo, seremos levados a concluir, um tanto subjetivamente, que não são os adotados pelos países mais ricos. Os vários estudos publicados sobre este tema permitem supor serem quatro as condições mais importantes para obter resultados favoráveis econômica e socialmente:

- a) o planejamento para o setor saúde como um todo indissociável, isto é, não separando de modo estanque os programas de ação sobre o meio e sobre o homem, ou os programas preventivos dos curativos, ou ainda os coletivos dos individuais;
- b) uma organização nacional única, que ponha ao alcance de cada cidadão a totalidade dos recursos de que disponha a nação, sem a necessidade de criar em cada localidade serviços onerosos ou superdimensionados para as necessidades locais;
- c) a ênfase nas atividades preventivas, tanto no campo específico das imunizações quanto no das inespecíficas, indiretas e coletivas — nutrição, higiene etc.;
- d) uso extensivo e em grande número de pessoal subprofissional, com programas permanentes de treinamento e aperfeiçoamento, para aplicação das técnicas mais simples da enfermagem e da saúde pública.

Um sistema de saúde ou assistência apoiado nesses quatro fundamentos não seria necessariamente caro em confronto com o que existe e permitiu a alguns países em desenvolvimento elevar rapidamente seu estado sanitário, igualando ou superando o atingido pelos Estados Unidos da América. Concluindo este item poder-se-ia dizer que tão importante quanto o volume total de recursos financeiros aplicados na função saúde é o método usado em sua aplicação, e dele não deve ser dissociado.

18. Objetivos e prioridades

Considerando, porém, que limitações ao uso de recursos são sempre presentes, uma outra opção surgirá na formulação dos planos ou programas de saúde: a que se relaciona aos objetivos e prioridades. Se o assunto for deixado a critério de técnicos em medicina ou em saúde pública, estes certamente indicarão os grupos de população mais expostos aos riscos de adoecer e as medidas que poderiam ser tomadas. De um ponto de vista

estritamente técnico não haveria dificuldades para formular planos e programas de ação, desde que os recursos fossem praticamente infinitos. A dificuldade aparece porque os recursos são sempre limitados e torna-se imperativa a fixação de prioridades. Mas a quem compete dizer quais as pessoas que ficarão sem atendimento? Quem deverá assumir a responsabilidade pela discriminação dos recursos a serem fornecidos a cada programa, a cada área do país, a cada instituição? São decisões que devem ficar a cargo do corpo político da nação e não dos profissionais da saúde.

A orientação até agora observada em muitos países é a de atender à demanda, isto é, à necessidade manifestada. Mas a demanda mais ostensiva, mais altissonante, é sempre a das minorias que cercam os centros de decisão da sociedade, ou seja, das que estão próximas das sedes de governo. Por isto são tão comuns as distorções na distribuição dos recursos assistenciais e serviços de proteção da saúde. É fato comum a vários países uma concentração quase absoluta de serviços de saúde nas capitais, e deploráveis as disparidades de tratamento dado, com recursos públicos, a diferentes segmentos da população.

A este propósito poder-se-ia indagar, por exemplo (com base em fatos observados)¹⁸ se deve ser considerado política ou eticamente aceitável que, num mesmo Estado ou país e num mesmo ano, seja registrada uma incidência tão grande de lepra quanto de cirurgias cardíacas, em níveis de quase um caso por mil habitantes; que ocorra ali um rápido aumento de sofisticação tecnológica e de equipamento hospitalar para ampliar a oferta de diálises renais, de transplante de órgãos, de tratamento do câncer entre outros, enquanto a mortalidade infantil aumenta de ano para ano e chega a ser oito vezes mais elevada do que nas nações adiantadas em higiene pública; em que ainda ocorrem surtos de febre tifóide, de disenterias, de meningite, sarampo etc.? Como se observa, a menos que se pretenda sacrificar outros programas nacionais para aumentar os recursos destinados à proteção da saúde, só se poderá ampliar os gastos com prevenção se forem reduzidos, de alguma forma, os destinados à prestação de alguns serviços. Esta opção não cabe aos dirigentes e técnicos do setor saúde: é uma decisão política.

Entretanto, como nunca é possível colocar as questões de saúde em termos de tudo ou nada, passa a ser extremamente importante fixar de modo bem nítido as diretrizes para os programas de investimento e de atividades da função. Tais diretrizes devem abranger tanto os programas da administração direta quanto os que resultam em incentivos, diretos ou não, ao setor privado. Sabendo-se que o governo é sempre um importante financiador do setor privado (quando o subvenciona para atender a indigentes, ou quando compra serviços para os beneficiários dos planos de previdência social) de nada adiantaria reduzir a prestação direta de alguns serviços,

¹⁸ Gentile de Mello, Carlos. Economia x saúde. *Opinião*, n. 85, de 24 maio 1974; Entre 100 pessoas no País, 72 não chegam aos 50 anos. In: *Jornal do Brasil*, 29 jun. 1974, 1. cad., p. 12; Surto de meningite cresce em São Paulo. In: *Jornal do Brasil*, 4 jul. 1974, p. 13; Rondon leva para o interior, em julho, 200 profissionais. In: *Jornal do Brasil*, 8 maio 1974.

se esses mesmos serviços continuarem a ser livremente adquiridos da iniciativa privada por órgãos do governo, ou então por este subvencionados e isentos de certos tributos.

19. Incentivos financeiros

Admitida a hipótese de que o governo tenha optado pela não-estatização da prestação dos serviços médico-assistenciais, ou que tenha preferido proceder lentamente nessa direção, aceitando a participação do setor privado sob financiamento e controle pelos órgãos do Estado, terá de corrigir as distorções mais flagrantes encontradas no setor. Uma será certamente relacionada com a distribuição espacial dos recursos, outra será relativa ao controle do mercado de serviços assistenciais. Em ambos os casos o governo terá de recorrer aos mecanismos usados para induzir outras atividades econômicas de interesse público a se conduzirem em conformidade com os planos traçados: incentivos financeiros e limitação de crédito ou financiamento. O governo geralmente dispõe dos meios e dos instrumentos necessários para implantar uma política deste tipo, bastando decidir-se a fazê-lo e a enfrentar os protestos dos que tiverem diminuídas suas facilidades.

Cumpra porém alertar os que pretendem manipular instrumentos financeiros de indução da iniciativa privada, que estas são armas extremamente perigosas quando aplicadas para controlar a prestação de serviços médicos. A experiência mundial já fornece elementos suficientes para sabermos que, mal aplicadas, elas levam rapidamente a um completo desvirtuamento dos propósitos e objetivos do plano.

Veja-se, por exemplo, o que sucede aos países de baixa renda que pretenderam aumentar o número de médicos, criando escolas e incentivos ao estudo da medicina. Uma vez concluído o curso, os novos médicos ou emigram para outros países ou mudam para atividades que oferecem melhores oportunidades de lucro. A idéia correlata de baratear os serviços profissionais pela técnica do *dumping*, ou seja, pelo rápido aumento do número desses profissionais, terá seguramente o mesmo resultado desastroso. Já foi fartamente demonstrado que o número de profissionais de qualquer tipo, que um país pode manter "em exercício na profissão" é uma variável dependente da economia nacional e setorial. O mesmo se aplica às regiões em que esteja dividido cada país. Outro exemplo de consequência desastrosa da manipulação de incentivos financeiros em assistência médica é dado pelo estímulo ao aumento da produção de serviços ou aumento da produtividade do pessoal de saúde.¹⁹

Qualquer conhecedor dos problemas assistenciais sabe ser muito difícil medir a produtividade individual dos profissionais de saúde, porque o produto de sua atividade é eminentemente subjetivo. Ademais, os resultados das ações de saúde dependem de trabalho em equipe e de harmonia no

¹⁹ Gentile de Mello, Carlos. A interiorização da medicina no Brasil. *Revista Paulista de Hospitais*, out. 1972; Rondon leva para o interior, em julho, 200 profissionais. In: *Jornal do Brasil*, 8 maio 1974.

sistema de prestação de serviços. Quase nunca dependem de uma só pessoa, ainda que esta seja a principal na equipe.

As tentativas feitas para obter aumento da prestação de serviços ou melhorar a produtividade dos recursos instalados por meio de incentivos financeiros resultaram em inflação de custos, de preços, ou em deturpação dos objetivos fundamentais do serviço. Um dos raros exemplos favoráveis da aplicação desse tipo de incentivos envolve processos complexos de apuração que não visam a avaliação da produção de atos médicos mas de resultados palpáveis quanto ao produto final, revelado por dados estatísticos anuais de incidência de doença e de duração e gravidade das incapacidades decorrentes.

20. O pessoal que prestará os serviços

Um dos aspectos mais delicados deste problema é o de pessoal que deverá prestar os serviços. Os principais aspectos a considerar são cinco, a saber:

1. Uma organização ou um sistema que vislumbra permanência, continuidade e independência no trato das questões que lhe são pertinentes não poderá funcionar de modo satisfatório se não tiver um quadro permanente, tal como nas Forças Armadas. Esse núcleo de pessoal, treinado, profissionalizado e hierarquizado deverá constituir a sustentação administrativa do sistema. Assim como ninguém pensaria em dar ao melhor atirador o cargo de ministro do Exército, também não tem cabimento confiar o Ministério da Saúde a um exímio cirurgião ou a renomado cientista. Tratar de um povo não tem nada de parecido com a assistência a um doente. Também para o comando dos escalões intermediários é necessário ter conhecimentos diferentes dos que são ministrados pelas escolas de ciências médicas. A administração pública de assuntos de medicina e saúde ainda não mereceu atenção adequada em nosso meio porque o setor saúde vem decaindo continuamente de importância na administração federal e não recebeu a necessária atenção dos governos estaduais (que se habituaram a obter quase tudo da União em assuntos de saúde e assistência médica).

2. Outro aspecto é o da remuneração do pessoal de saúde mediante o pagamento de vencimentos e salários adequados. Não será possível, em uma economia de mercado, atrair para as atividades sanitárias ou médico-assistenciais pessoal qualificado sem uma remuneração realisticamente competitiva e favorável ao setor. A competência e o aprimoramento devem ser recompensados por melhor remuneração do pessoal para permitir o aprimoramento contínuo do sistema.

3. A utilização, em muito maior escala do que até agora, de pessoal técnico e auxiliar, de nível não-universitário, para atividades que podem ser desdobradas e desempenhadas sem grandes conhecimentos teóricos, quando supervisionadas por pessoal qualificado.

4. A distribuição do pessoal necessário à proteção da população em conformidade com as necessidades desta (e não acompanhando a distribuição da renda e do conforto) só é possível quando exista uma organização de

âmbito nacional que possa: a) exercer efetivo controle sobre a distribuição dos recursos financeiros dentro do sistema; e b) instituir atrativos que compensem o desconforto de certas atividades e de algumas áreas do País.

5. Finalmente, um quadro nuclear de pessoal profissional permanente que possa ser mobilizado livremente e motivado a progredir no sentido de melhor atender às necessidades da população e do sistema público (e não o de aprender no serviço público para obter melhores rendimentos no setor privado) é essencial para assegurar um padrão técnico elevado e custos operacionais comensurados às possibilidades do País. Sob a orientação e supervisão permanente desse pessoal poderão funcionar profissionais, técnicos e auxiliares recrutados localmente ou na região, assegurando, deste modo, melhor distribuição espacial da mão-de-obra empregada pelo sistema, garantia de qualidade e gastos mais comensurados às disponibilidades do setor. Concluindo estas considerações parece-nos legítimo deixar algumas sugestões oportunas para a conjuntura brasileira atual.

21. Sugestões apresentadas em 1970

Em trabalho apresentado ao Ministério da Saúde (1970) sugeriu-se uma série de medidas que podem ser assim resumidas:

1. elaborar uma lei básica, em que sejam definidas a competência e a responsabilidade de cada um dos três níveis de governo — o federal, os estaduais e os municipais;
2. elaborar um programa federal — diretor e orientador das atividades sanitárias e médico-assistenciais no País;
3. criar os instrumentos de coordenação setorial das atividades sanitárias e médico-assistenciais desenvolvidas pelos órgãos da administração pública federal;
4. integrar a programação e o orçamento setorial da União na proteção da população contra as causas e os efeitos das doenças, sob a supervisão administrativa do órgão de planejamento do Governo federal.

Para a prestação dos serviços foi sugerido:

1. a prestação direta — por órgãos próprios dos serviços públicos da administração direta e indireta;
2. a prestação indireta — por delegação de atividades e de programas a empresas concessionárias (organizações privadas que se disponham a funcionar como empresas de utilidade pública, para o desempenho de funções específicas, em condições estipuladas, a preços controlados e sob permanente supervisão dos órgãos concedentes);
3. a livre empresa comercial — apenas licenciada pelos órgãos públicos específicos — que ficaria privada de quaisquer concessões ou vantagens de parte do Governo.

O sistema nacional de proteção da população contra causas e efeitos das doenças ficaria assim organizado de modo análogo a outros tantos existentes, entre os quais o de transportes, por exemplo; existem aí: trans-

portes públicos do Estado; empresas concessionárias (de aviação, ônibus e navegação) e existem os transportes privados, individuais ou comerciais, sujeitos apenas à legislação específica sobre a matéria.

Esta sugestão parece válida para a atual conjuntura brasileira.

22. Sugestões para a conjuntura atual

Após uma análise do sistema de proteção contra as causas e os efeitos das doenças, examinou-se o motivo da falência dos planos ditos “de saúde” elaborados após o ano de 1964, e concluiu-se apresentando algumas sugestões para a conjuntura brasileira atual. As sugestões representam a interpretação do autor para a atual filosofia política e social do Governo brasileiro e refletem sua coerência com a posição doutrinariamente assumida, de que nenhum plano de “saúde” pode vingar quando esteja divorciado das realidades econômica e sociopolítica da nação para a qual é elaborado.

A sugestão apresentada pode ser assim resumida:

1. elaboração de uma lei básica que fixe a competência e a responsabilidade dos três níveis de governo;
2. elaboração de um programa federal de controle das causas e efeitos das doenças para disciplinar as atividades desenvolvidas pelos diversos órgãos da administração direta e indireta da União;
3. integração programática e orçamentária da parte federal do sistema, sob a supervisão da Secretaria de Planejamento da Presidência da República;
4. coordenação das atividades setoriais da União por intermédio de um conselho federal de política sanitária (organizado nos moldes do Conselho Federal de Educação);
5. organização de um quadro permanente de servidores para a administração específica das atividades sanitárias e assistenciais, com pessoal especificamente treinado e hierarquizado para o desempenho das funções;
6. criar, por intermédio da ação federal, as condições necessárias à organização de um sistema nacional, quando as unidades da federação estejam preparadas para integrar seus planos e programas no modelo federal e quando o setor privado se decida a, ou prefira, participar — na qualidade de concessionário — de atividades e programas nacionais.

23. Organização do setor saúde para o desenvolvimento social

A promulgação do II Plano Nacional de Desenvolvimento e a recente criação do Conselho de Desenvolvimento Social constituem atos que induzem à revisão da política de saúde do País, de maneira a estabelecer uma estratégia de ação que delimite a competência de cada ministério na área da saúde, e promova a coordenação e harmonização do papel de cada um nessa área.

É chegado o momento de realizar um diagnóstico, embora sumário, do problema da saúde no Brasil, com o objetivo de verificar o que há de estruturalmente errado e ordenar as várias situações ligadas à área.

A defesa da saúde não se compartimentaliza em ação preventiva e curativa, mas para fins pragmáticos é necessário que se atribua a cada setor da administração sua área de atuação.

O problema da proteção à saúde envolve aspectos que não se limitam à cura ou tratamento, mas exigem retificações várias. É que a população brasileira está exposta a uma grande variedade de influências ambientais prejudiciais à saúde. Na maior parte de nosso território o homem continua necessitando predominantemente de proteção contra as agressões do ambiente e a desnutrição, embora exista um grande contingente aglomerado em cidades onde condições decorrentes da organização social e da competição econômica sobrepujam, por larga margem, os elementos naturais no condicionamento da saúde das pessoas.

As fronteiras geográficas de nossa civilização ainda se encontram, por vezes, muito próximas dos grandes centros urbanos, razão pela qual no equacionamento dos problemas de saúde da população brasileira é necessário empregar simultaneamente recursos, métodos e técnicas de diferentes graus de complexidade.

Seria tecnicamente injustificável, além de antidemocrático, concentrar os benefícios do avanço científico e tecnológico na proteção da população dos grandes centros urbanos, deixando mais da metade dos habitantes do País expostos à invalidez ou à morte prematura evitáveis por meio de medidas de tecnologia relativamente simples e de baixo custo *per capita*.

A estratégia aqui preconizada abrange, por isso, áreas de atuação e tecnologias variadas, buscando, na medida do possível, equiparar as oportunidades do homem do campo e da cidade, na obtenção dos serviços de proteção e recuperação da saúde cabíveis em nosso estágio de desenvolvimento.

24. O II PND e a política de saúde

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) dá ênfase à melhoria da saúde e a conceitua de acordo com os conhecimentos científicos atuais. E reconhece ser a saúde uma resultante da interação do homem com o ambiente em que vive, considerado este em sentido amplo, que inclui tanto os aspectos biológicos quanto os econômicos e socioculturais.

A atuação governamental nesse terreno decorre da consciência de que a proteção da saúde do povo depende de ação social organizada, e de que esta é uma atribuição precípua do Governo dentro das competências do Estado.

Por conseguinte, a estratégia do Governo para promover a melhoria da saúde da população está consubstanciada num conjunto de medidas pluri-setoriais que visam principalmente a remoção das causas ou dos condicionantes das doenças que acometem os contingentes de menor renda, em vez de se limitar à expansão dos serviços de assistência aos doentes.

Dentre as ações aludidas, podem ser identificadas por sua maior repercussão na saúde as seguintes:

a) reduzir a pobreza absoluta, ou seja, o contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível quanto a alimentação, saúde, educação e habitação;

b) combater a poluição da pobreza, isto é, a carência dos requisitos básicos de saneamento e controle biológico indispensáveis à saúde das populações de baixa renda, para o que cumpre, principalmente, prover de água e esgotos as populações e eliminar as endemias da pobreza: esquistossomose, malária, mal de Chagas etc.

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-lhe a produtividade e capacidade de geração de renda, facilitando sua mais rápida assimilação pela moderna economia de mercado;

e) melhorar a distribuição de renda, pessoal e regional, simultaneamente com o crescimento econômico, porque a estrutura da distribuição de renda é insatisfatória e com ela a Revolução não se solidariza.

O Governo busca, assim, apressar o desenvolvimento social, no qual se insere a melhoria da saúde, em vez de apenas repartir a renda ou aumentar a prestação de assistência médica curativa.

25. Delineamento de um sistema nacional de saúde

As atividades de proteção e recuperação da saúde ocorrem, de algum modo, em qualquer sociedade.

Desenvolvidas ao acaso, essas atividades favorecem desigualmente a população: a motivação do lucro faz com que beneficiem mais aos que podem pagar seu preço; a restrição, imposta por certos tipos de organização (de colonizadores, funcionários, minorias raciais, mutualidades religiosas e instituições de previdência), faz delas instrumento de formação de grupos privilegiados.

Quando as atividades de proteção e recuperação da saúde são coordenadas por alguma força que as coloque a serviço de uma coletividade numericamente expressiva, estabelece-se o que se convencionou designar por sistema de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde é o resultado da organização das atividades de proteção e recuperação da saúde em âmbito nacional, sob patrocínio e orientação do poder público e por este substancialmente financiado e fiscalizado, para que leve seus benefícios a toda a população.

O Sistema Nacional de Saúde envolve o compromisso de articulação dos três níveis de governo — federal, estadual e municipal — em favor de um programa integrado de proteção e recuperação da saúde da população. Esse compromisso não implica a prestação direta de todos os serviços requeridos, mas sim uma conjugação de recursos e somação de esforços para a consecução do objetivo comum de todo o governo, que é também objetivo nacional.

O Sistema Nacional de Saúde implica a formulação de planos nacionais e a fixação de objetivos sociais, que se sobreporão a muitos objetivos setoriais ou de instituições e de grupos, ou ainda, a tradições superadas pelas conquistas sociais como a dos Direitos do Homem.

O Sistema Nacional de Saúde é, assim, o resultado de uma decisão do Governo brasileiro de utilizar suas prerrogativas constitucionais para organizar a ação social indispensável à proteção da saúde do povo e assegurar a todos o direito aos benefícios que a ciência médica possa produzir e nossa economia comporta.

O Sistema Nacional de Saúde abrange um conjunto de atividades que tem por objetivo precípuo ou predominante a proteção do homem contra o sofrimento, a doença, a invalidez e a morte prematura.

As ações que visam modificar o meio ambiente, combater agressores naturais do homem, ou disciplinar atividades de qualquer natureza, exercidas pelo próprio homem, correspondem ao que é aqui designado por Saneamento do Meio e constituem um subsistema do Sistema Nacional de Saúde.

As ações exercidas sobre as pessoas com vistas a avaliar sua suscetibilidade ou resistência às doenças; aumentar suas defesas biológicas ou psicológicas; pôr em evidência alguma doença congênita ou adquirida; promover sua recuperação física, psicológica e funcional, e reintegrá-las em seu meio social correspondem ao que foi designado por Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas e constituem outro subsistema do Sistema Nacional de Saúde.

As atividades desse subsistema foram, originariamente e por muitos séculos, exercidas apenas por profissionais isolados e instituições privadas, razão pela qual em muitos países, inclusive no Brasil, continuam sendo realizadas predominantemente pelo setor privado.

O Sistema Nacional de Saúde não tem em vista unificar, sob a égide do Estado, a prestação de serviços pessoais de saúde, mas contempla a organização e a ampliação do exercício dessas atividades pelo setor público, como meio para assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica.

Em consequência, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas é constituído por três setores institucionais:

- a) o privado, de fins lucrativos;
- b) o militar, das corporações militares;
- c) o público, exercido por órgãos oficiais e por entidades de finalidade social ou filantrópica.

O reforço do setor público será feito em grande parte, se assim o permitirem as condições previstas de operação do Sistema, à custa da "oficialização" das instituições sociais, sem finalidade lucrativa.

A oficialização pretendida consistirá em fixar condições de interesse social, e do Sistema Nacional de Saúde, para a concessão de quaisquer vantagens ou benefícios, com recursos públicos, às instituições de prestação de serviços de saúde. Em contrapartida, pretende-se conceder condições favoráveis para obtenção de crédito, financiamento e preferência na con-

tratação de prestação de serviços às que aceitarem participar do Sistema Nacional de Saúde na condição de agente concessionário para a execução de programas especificados, compatíveis com suas reais possibilidades técnicas.

Para completar ou suplementar os recursos técnicos de prestação de serviços pessoais de saúde do setor público, as organizações privadas serão avaliadas e classificadas e seus serviços poderão ser adquiridos com recursos do Sistema Nacional de Saúde em favor dos beneficiários do Sistema.

Completando o Sistema Nacional de Saúde, o conjunto das atividades que permitem conhecer as necessidades de proteção da saúde da população, produzir os insumos técnicos necessários ao Sistema, formar e treinar o pessoal para as atividades de saúde, avaliar resultados, pesquisar soluções, divulgar conhecimentos e planejar e dirigir o próprio Sistema correspondente ao que foi designado por Atividades de Apoio ao Sistema Nacional de Saúde e constitui seu terceiro subsistema.

Summary

The author analyzes health planning concepts and the problem of medical assistance in Brazil, taking into consideration the changes this country went through in the last decade, and the validity or current worth of the doctrines and principles on which the plans proposed in the past for medical and sanitary services were based.

His comprehensive and in-depth study basically focuses on the political and social aspects. He aims at defining a national directive for the protection of health, as well as suggesting strategies for its execution.

He establishes the relationship between progress and health and analyzes their mutual positive and negative influences. In doing so, he transcribes the opinion of economists, sociologists, sanitariat doctors and social researchers.

He tries to evidence the political character of health and medical assistance problems, even though some give more importance to macroeconomic aspects, others to the ethical fundamentals of tributary policies, the financing of health services and consequently income distribution policies.

Having analyzed Brazilian health plans after 1964, he offers two fundamental alternatives to solve the problem: nationalization of medical assistance services or incentives to private enterprise.

He mentions the difficulty of establishing objectives and priorities for health assistance, due to the fragility of the final product measuring standards. He analyzes the problems that he considers as the most delicate ones in relation to the human resources to be allocated to these activities.

He concludes by stating that no health plan will succeed if divorced from the economic and socio-political realities of the nation for which it has been developed.

For this reason, the National Health System is the result of the organization of health protection and recovery activities on a national scale.

Such organization has been sponsored and directed by the Government, which also finances and controls the System, to that its benefits can be extended to the whole Brazilian population.

The bill proposing the creation of the National Health System — presented to Congress by the Executive in 1975 — stimulated the author to write this article.

Bibliografia

- Bastos, Murillo V. Planejamento de saúde no Brasil. *Previdência Social*, v. 6, p. 11-15; 1968 (INPS).
- Bastos Murillo V. *Assistência médica (na conjuntura brasileira)*. I Ciclo de Conferências sobre Segurança Nacional e Desenvolvimento, Rio, Adesg, 1970.
- Bastos, Murillo V. Proposta de anteprojeto de Lei Básica de Saúde apresentada à comissão instituída pela Portaria M.S. n.º 202 de 15.7.70. D.C., 21.7.70.
- Bodenheimer, Thomas S. Health care in the United States; who pays? *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 427-34, 1973.
- Brown, Carol A. The division of labourers & allied health professions. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 335-444, 1973.
- Evang, Karl. The politics of developing a national health policy, *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 131-40, 1973.
- Flato, Charles. Health care in top priorities of Chinese revolution. *The Nation's Health*; official publication of the American Public Health Association, n. 1, June/July, 1972, n. 2, Nov. 1972.
- Ginzberg, Eli. Medical economics, more than curves and computers. *The Economics of Health and Medical Care*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1974.
- Gish, Oscar. Resources allocation, equality of access and health. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 399-412, 1973.
- Goode, Richard. *The Economics of Health and Medical Care*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1964.
- Helt, Eric H. Economic determinism: a model of the political economy of medical care. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 474-85. 1973.
- Jornal do Brasil*. Entre 100 pessoas no País, 72 não chegam aos 50 anos. Sáb. 29 jun. 1974, 1. cad..
- Jornal do Brasil*. Surto de meningite cresce em São Paulo. Quinta-feira, 4 jul. 1974.
- Jornal do Brasil*. Rondon leva para o interior, em julho, 200 profissionais. Sáb. 3 jun. 1974.
- Jornal do Brasil*. Toynbee, o profeta do estado de sítio. Caderno B, 18 maio 1974.
- Kraus, Hans (M.D.). *Backhache, stress and tension*. New York, Simon & Schuster, 1965. Trad. port. de Sônia Fernandes Schwartz. São Paulo, Melhoramentos, 1971.
- Krause, Elliott A. Health planning as a managerial ideology. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 3, p. 445-63, 1973.
- Mello, Carlos Gentile de. Economia x saúde. *Opinião*, n. 85, 24 maio 1974.
- . A interiorização da medicina no Brasil. *Revista Paulista de Hospitais*, out. 1972.
- Reis Velloso, João Paulo dos. Desenvolvimento e grandeza do Brasil; a experiência econômica e social da Revolução. Conferência pronunciada na Escola Superior de Guerra em 4.7.1973.
- Silveira, Mário Magalhães da. Notas de aulas e conferências.
- Simonsen, Mário Henrique. Dez anos de mudanças — Força de trabalho, emprego e renda. *Revista Econômica do Jornal do Brasil*, 15 abr. 1974.