

Saúde e Assistência Médica: Determinantes

Jayme Landmann*

Introdução

Nos últimos anos, tem havido no Brasil, como em todos os países do mundo, uma conscientização progressiva em relação à necessidade de uma *Política Nacional de Saúde* embora o significado preciso do termo não esteja ainda bem definido.

O interesse, que é também do governo e dos escalões mais amplos, incluindo a própria Presidência da República (1) definiu-se em duas frentes: uma ideológica e outra pragmática.

A ideológica concretizou-se na Lei nº 6.229 que criou o *Sistema Nacional de Saúde* e que manteve a dicotomia histórica, administrativa, geográfica, educacional, profissional e, sobretudo, financeira entre os serviços de *Saúde Pública*, chamados depois da VI Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1977) de *Serviços de Atendimento às Necessidades Não Sentidas* e os serviços de medicina curativa chamados *Serviços de Atendimento às Necessidades Sentidas*. Os primeiros estão a

cargo do Ministério da Saúde e são subsidiados pelo Governo Federal e os últimos ficam na área do Ministério da Previdência e Assistência Social, e são subsidiados, quase totalmente, pela contribuição obrigatória de empregados e empregadores.

Com a divisão da Medicina nestes dois ramos, o da Saúde Coletiva com recursos infinitamente inferiores, que não chegam a 10% dos recursos destinados à Saúde Individual, continua a primeira como problema social, governamental e público.

A segunda continua a ser encarada como problema individual, que deve ser resolvido pelo próprio indivíduo, com ou sem a intervenção do médico, sendo inclusive por ele próprio sustentada, através de suas contribuições obrigatórias ou Voluntárias. Legitima-se assim o conceito individualista da Sociedade que contradiz toda uma filosofia que considera a saúde como um *todo* e a doença como uma forma de resposta social e coletiva que exige portanto uma resposta coletiva e social.

Através desse conceito estimula-se também a indiferença e a atitude negativa que os educadores e a classe médica mantêm em relação à Medicina Preventiva. De acordo com Keniston (2) a educa-

* Professor Catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Diretor do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ção médica é orientada no sentido de agir sempre em função de efeitos observáveis, do tratamento hospitalar, de sintomas objetivos, atraindo para este campo os estudantes que, sendo ativistas por natureza, não se coadunam com a Medicina Preventiva que interfere numa fase de ausência de doença. A prevenção é encarada com desprezo porque lhe falta o excitamento e a satisfação da descoberta da patologia (semiologia) e dos resultados da cura (terapêutica). Este fato é reforçado pela natureza do mercado de consumo de pagar somente pela realização de um ato que possa ser medido em termos de realização imediata.

Para Freymann (3) a falta de interesse da "classe" médica pela Medicina Preventiva reside na filosofia básica da Medicina Ocidental responsável pelo grande cisma entre prevenção e cura, a começar pelo juramento de Hipócrates que implica numa lealdade e dedicação do médico ao paciente, como indivíduo. Este conceito ético é reforçado por uma longa tradição dos médicos como empresários individuais que desde a Idade Média até os nossos dias vendem seus serviços aos indivíduos ou às pessoas físicas e jurídicas que se dispõem a comprá-los. Os códigos de ética médica regem essa relação entre o médico e seu empregador individual e não admitem que possa servir a interesses mais amplos ou melhor que, às vezes, os interesses da Sociedade possam sobrepujar ou não coincidir com os de um paciente isolado. (4)

A rigidez dessa tradição da Medicina Ocidental contrasta com a organização vigente, no século passado, na Europa Central e na Oriental, onde a filosofia coletiva da *Medizinal Polizei* proposta por Frank em 1879 contraditava o juramento de Hipócrates quando estabelecia que o principal dever do médico era fortalecer

o Estado, mantendo a Saúde da População. Esta filosofia, consubstanciada por Virchow (5), quando disse que a medicina era uma Ciência Social levou ao reconhecimento da atividade médica como instrumento social, nas monarquias autoritárias da Alemanha, Áustria e Rússia com programas nacionais de Saúde que surgiram 50 anos antes que as chamadas democracias ocidentais pensassem em iniciá-los.

Para os que designaram a medicina coletiva como aquela que faz frente às *necessidades não sentidas* e a individual como destinada a fazer frente às *necessidades sentidas* cumpre lembrar que historicamente, no mundo ocidental as medidas preventivas tiveram sua origem na observação individual. Em 1892, Pierre Boudin (6), um obstetra, fundou no *Hospital La Charité*, uma clínica infantil, pedindo às mulheres que assistiu durante o parto para retornar com suas crianças, verificando o grande número de mães cujos filhos morreram antes da visita de retorno. Sua clínica adotara, então, a premissa revolucionária de que a mortalidade infantil poderia ser reduzida se a criança fosse vista pelo médico independente de estar ou não doente.

Oitenta anos após, em 1972, a França passou a exigir que as crianças fossem obrigatoriamente examinadas em Centro de Saúde, antes dos oito dias, aos 9 meses e aos 2 anos. A obrigatoriedade é indireta, embora o pagamento do salário-família seja condicionado à apresentação do certificado de saúde obtido por meio do exame periódico. Os estudos feitos nestes centros mostraram a grande dificuldade dos pais na suspeita ou identificação de condições mórbidas na infância (7). Somente em 10% dos casos os pais foram capazes de reconhecer totalmente as *necessidades sentidas* de seus filhos. A mor-

bidade não previamente suspeitada pelos pais variava de 10% em sérias doenças do sistema nervoso a 98% em doenças otorrinolaringológicas, sendo de mais de 85% em doenças respiratórias graves. Nos casos de surdez a percepção dos pais não atingia 50%. O levantamento pioneiro foi feito em Paris em crianças que vinham de famílias de boa posição intelectual e social. O exemplo mostra nitidamente que a necessidade sentida freqüentemente não é "sentida", chegando a 10% o número de crianças que exigiram cuidados urgentes para não terem seu futuro comprometido.

Os estudos franceses revelaram ainda enorme redução de custos e o grande benefício econômico que pode resultar do diagnóstico precoce de condições como desordens do sistema nervoso central, subluxação de quadril (economia de US\$ 2.000 por caso diagnosticado precocemente), tuberculose ou surdez. O diagnóstico precoce desta última trouxe para a França uma economia anual de mais de 25 milhões de dólares.

A separação entre *necessidades sentidas* e *não sentidas* é assim artificial e a prática inglesa de integrar os dois sistemas, a partir de 1948, foi concebida como único meio de dar combate eficaz às doenças. O progresso da Medicina requer um ponto de vista conjunto, pois nenhum elemento do Sistema de Saúde pode progredir sem (ou apesar) do outro pela formação de barreiras ilógicas entre os que procuram prevenir as doenças e os que procuram curá-las quando falha a proteção.

A frente pragmática do Governo consiste no investimento maciço em assistência médica numa tentativa de aumentar o acesso da população aos serviços de atendimento individual baseada na crença subjacente de que quanto mais amplo

o atendimento, melhores as condições de saúde.

Se somarmos hoje os gastos anuais do INPS, que ultrapassaram 30 bilhões de cruzeiros em 1977, os do Funrural, o das outras entidades de previdência filiadas ou não ao INAMPS, as fontes estaduais e municipais, as empresas privadas teremos gastos em Saúde que colocam o Brasil entre os países que em relação ao seu produto nacional bruto mais dispendem no setor de assistência médica.

Esta atitude pragmática de gastos no consumo de serviços médicos, a maioria comprada da rede privada, faz temer de que teremos de enfrentar em breve um crescimento incontrollável de gastos numa proporção que econômica e politicamente será difícil de sustentar.

Por esse motivo, cabe a todos alertar o Governo contra essa diretriz que procura transformar o Sistema Nacional de Saúde num *Sistema de Financiamento* dos Serviços de Saúde, que ameaça paralisar as forças que lutam por uma alteração construtiva nesse setor.

A política de Saúde proposta procurando concentrar-se exclusivamente no aumento do acesso ao atendimento médico e que deu origem inclusive ao Plano de Pronta Ação (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1974), na forma como vem sendo feita terá resultados opostos, isto é, acabará por limitar esse acesso. Isto porque na medida em que se ampliam os serviços médicos, a demanda cresce além das necessidades, embora elas já sejam superiores às nossas possibilidades econômicas.

Estaremos assim cada vez mais afastados da meta da universalização da assistência médica que possa abranger toda a população.

O problema seria o de saber, de início, para onde vai essa fabulosa quantia, para

onde se destina essa parcela brutal de nosso esforço que representa quase 5% do nosso PNB. As anomalias e o desperdício nos programas de financiamento dos serviços de Saúde, sem qualquer controle social, respondem às nossas necessidades ou será que poderemos repetir o que Alexandre Leaf (8), nefrologista de Duke, disse, em 1973, em relação à medicina americana: "We are doing to much for to few, at to great cost and with little benefits"

Ao tentar resolver os problemas de Saúde, é necessário partir da premissa que sendo heterogêneas as camadas de nossa população e sendo poderosa a Indústria de Saúde, as pressões que o Governo sofre são vigorosas. Os governos tendem a responder a essas pressões e à ansiedade da população, mas quando elas se avolumam muitas vezes é impossível dar-lhes uma solução justa. Dai a responsabilidade que temos em contribuir para estabelecer uma seletividade de reivindicações e impedir que os *profiteurs* da assistência médica: a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, a indústria das empresas médicas e a "classe" médica (ao mesmo tempo, geradora e vítima do processo) dominem o quadro.

Jean Charles Soruja, chefe dos Serviços Médicos da Sécurité Social da França, comparou, em livro recente (9), a Indústria da Saúde com a automobilística; esta fabricando automóveis e a outra lançando doentes no mercado de consumo. Aceitando a analogia, tememos que possa ocorrer no Setor Saúde o que ocorreu no Setor de lubrificantes, quando o Brasil teve necessidade de restringir o uso para poupar divisas. Naquela ocasião, a restrição na venda de gasolina e óleo teve de ser cotejada com o possível desemprego que poderia resultar pela crise que

poderia ocorrer na indústria automobilística. Do mesmo modo, sendo permitida uma expansão crescente da indústria médica de consumo, em breve, ou talvez já, tenhamos de nos preocupar em "aquecer" a estrutura porque uma possível racionalização passará a afetar o interesse de empresários e empregados do setor, da "classe" médica e de milhares de pessoas que vivem em função do sistema atual.

A Indústria das Drogas

A indústria farmacêutica é hoje das mais rendosas no mundo. As companhias éticas, isto é, as que só vendem produtos receitados por médicos, asseguram esta renda gastando 25% dos seus lucros em propaganda direta do mercado à "classe" médica. A rentabilidade é tamanha que participam hoje do mercado, a Lockheed, a United Aircraft, a Phillips Morris, a Motorola e a Zenith que pertencem originalmente a outros campos. (10)

Esta indústria distorce a educação médica graduada e pós-graduada, estimula o uso de remédios e torna público e médicos dependentes de seus produtos aumentando os problemas iatrogênicos.

No dia 28 de agosto de 1977, o programa "Fantástico" da Rede Globo de Televisão apresentou como assunto principal a venda no Brasil de drogas proibidas pela FDA (Food and Drug Administration) que controla a venda de remédios nos Estados Unidos. Naquele programa foi dito que 84% da indústria nacional de medicamentos está sob controle de companhias multinacionais; que, em 1976, as companhias norte-americanas obtiveram na América Latina mais de um bilhão de dólares de lucros; que nos Estados Unidos, há um propagandista para cada 10

médicos e no Brasil, um para cada 4 médicos. O Presidente da FDA, entrevistado, disse que à sua agência cabe nos Estados Unidos a responsabilidade total sobre a venda de remédios ao público, mas que não tem jurisdição além das fronteiras americanas sobre o que seus laboratórios vendem. No mais, a maioria desses laboratórios são multinacionais e têm sede em outros países também. Finalmente, foi ouvido o presidente da Associação das Indústrias Farmacêuticas Americanas que disse estar muito satisfeito com o nosso mercado e com o apreço que médicos, povo e Governo têm pela indústria farmacêutica, achando que os preços fixados no Brasil compensavam os investimentos feitos.

A satisfação do Presidente se justifica porque a expansão externa é um dos recursos de que lança mão a indústria de drogas para multiplicar seus lucros. Como os sais são patenteados por 17 anos e o sistema de patentes se aplica em todo o mundo ocidental, os donos das patentes nos Estados Unidos, na Suíça ou na Itália, não serão incomodados por concorrência externa. Assim sendo, ele instala sua indústria no Brasil ou compra uma fábrica nacional já existente e usando incentivos fiscais e empréstimos, obtém lucros que ele remete ao país de origem. Como a maioria dessas fábricas é altamente automatizada não atende sequer o problema de maior utilização de mão-de-obra nacional.

É claro que não interessa à indústria farmacêutica internacional uma racionalização do uso de medicamentos ou a institucionalização do Sistema de Saúde como aconteceu na Inglaterra, onde o exemplo do que aconteceu com dois tranqüilizantes do Laboratório Roche (Valium e Librium) é significativo. O NHS inglês (National Health System)

compra os produtos farmacêuticos diretamente, através de uma comissão (The Monopolies Commission) que anualmente discute com as companhias o preço a ser pago pelo produto, na base do lucro que elas obtêm, anualmente. A Roche se recusou a negociar neste esquema e a partir de 1970, impunha seu preço. Em 1973, a Comissão de Compras do NHS chegou a conclusão de que o Laboratório Roche só com os dois produtos citados tinha tido lucros excessivos e injustificáveis (25 milhões de libras esterlinas), impondo novos preços em níveis 70% mais baratos. Isso só foi possível porque o NHS tem o monopólio do mercado. (11)

Outro exemplo frisante é o do uso e abuso de antibióticos. Reestudando a susceptibilidade do estreptococo beta hemolítico aos antibióticos, Finland e col. (12) conseguiram testar na Inglaterra 63 deles, deixando de lado muitos outros usados fora do país. Só de penicilinas foram testadas 16 variantes. A despeito do grande número, a conclusão é a de que o mais ativo dos antibióticos continua sendo a original benzil penicilina, com uma concentração mínima inibitória de somente 0,0005 ug/ml. Existem hoje 12 tipos de cefalosporinas e inúmeras tetraciclina, sendo interessante notar que a chlortetraciclina, a original aureomicina, ancestral das outras, continua também a ser a mais efetiva. Isso traduz outra política das companhias farmacêuticas, pela qual a maioria dos produtos novos inclusive de antibióticos representa meramente uma modificação mínima na estrutura química sem significação médica real e destinada tão-somente a motivar a venda. Através das companhias interessadas, o médico recebe a visita de propagandistas ativos, amostras, panfletos pelo correio e anúncios multicoloridos nos jor-

nais. Isso faz conhecer o novo produto, mas não seus efeitos quando comparados com medicamentos mais familiares e sempre mais baratos. Assim, na Universidade de Duke, um estudo feito por Castle e col. (13) mostrou que 34,2% de todos os pacientes internados no Hospital receberam antibióticos, com predominância das cefalinas nos pacientes cirúrgicos e de penicilinas nos outros. Uma análise retrospectiva mostrou que em 64% dos casos a indicação era desnecessária ou impropriamente feita, em termos de droga ou dosagem.

No Brasil, Nildo Aguiar (14) fez estudo similar, no Hospital de Ipanema do INAMPS, mostrando a inexistência de critérios científicos na prescrição dos antibióticos, não obstante o reconhecido padrão técnico de seu corpo clínico. Assim, em 1973, em apenas 27,7% dos casos os antimicrobianos foram empregados isoladamente. Em 33,9% dos casos, dois antimicrobianos foram usados conjuntamente e em 26,8% três foram empregados simultaneamente. E nos restantes 11,6%, 3 a 4 antibióticos foram administrados ao mesmo tempo. Um programa de educação continuada resultou na redução substancial do emprego ao mesmo tempo em que verificava uma redução concomitante das taxas de infecção hospitalar.

Assim, enquanto em 1973 foram usadas 32,8 unidades de antibióticos por paciente internado, em 1975 esse número diminuiu para 16,75 e para 9,6 em 1976. O consumo de antimicrobianos diminuiu de 70,7% e a taxa de infecção hospitalar caiu de 6,8% para 4,9% que representa uma redução da ordem de 27,9%. O valor em cruzeiros da compra de antibióticos baixou de Cr\$ 3.514.023,00 em 1973 para Cr\$ 1.602.543,00 em 1976, o que se considerando a inflação dos 3 anos representa uma cifra estarrecidora.

Em Madison, Wisconsin, estudo feito por Kunin e col. (15) mostrou que em 3 hospitais representativos da região a compra de antibióticos compreendia 19 a 34% do orçamento da farmácia e que as cefalosporinas e a gentamicina respondiam por 69% desses gastos.

Estes 3 exemplos são apenas uma amostra dos inúmeros trabalhos da literatura médica mundial que mostram como a propaganda intensiva leva a abuso da prescrição a tal ponto que mais da metade dos antibióticos prescritos são desnecessários e que nos outros casos frequentemente a dose é incorreta ou o é a indicação, favorecendo drogas mais recentes e mais caras.

Na mesma linha, podemos citar o abuso relacionado à prescrição de tranqüilizantes que atualmente já ultrapassam os antibióticos em termos de vendas e faturamento, liderando o mercado (16). Dezenove drogas antipsicóticas, incluindo 14 tipos diferentes de fenetiazinas, são recomendadas para o tratamento da esquizofrenia. Antidepressores tricíclicos, fenotiazinas, inibidores da monoaminoxidase e combinações são receitadas para o alívio da depressão, da insônia ocasional, da ansiedade ou da aflição. A maioria desses sintomas faz parte da própria vida e o tratamento prescrito é outro sintoma da distorção educativa. Mas as companhias farmacêuticas não se limitam na ação sobre o médico. Hoje, são raros os programas de televisão comercial que não contêm mensagens de remédios para resfriados comuns, cefaléias, distúrbios de digestão, fraqueza, atingindo nos Estados Unidos uma soma anual de 300 milhões de dólares (17). Naquele país três companhias de drogas farmacêuticas figuravam entre os maiores anunciantes da televisão e um de cada oito comerciais era devotado a produtos

farmacêuticos, com anúncios dirigidos principalmente às crianças e adolescentes. O próprio consumo de aspirina, que está longe de ser inócua, atinge nos Estados Unidos um consumo anual de 20.000 toneladas, o que representa 225 tabletes por ano por pessoa.

A Indústria de Equipamentos

É um outro setor lucrativo que se caracteriza por gastos crescentes em hospitais, clínicas privadas ou governamentais e centros universitários todos exigindo novos monitores, novas máquinas de radiologia e eletrônica, hoje movidas por computadores e que em poucos anos se tornam obsoletos.

Os equipamentos sofisticados criam falsas esperanças de cura e de precisão diagnóstica e não raro são até deletérias, bastando citar como exemplo recente o potencial carcinogênico da monografia massificada (18). Os equipamentos instalados são subutilizados e outras vezes utilizados sem indicação. Assim, por exemplo, há uma subutilização das máquinas de hemodiálise nos hospitais oficiais e autárquicos do Rio de Janeiro. O Hospital de Clínicas da UERJ, com seus seis aparelhos, dialisa mais pacientes crônicos do que a soma dos hospitais próprios do INAMPS, na mesma área, alguns com aparelhagem instalada há dois anos e sem funcionar. Esta subutilização proporciona ao INAMPS recorrer a serviços privados quando a capacidade do nosso hospital está esgotada.

Por outro lado, há uma superutilização dos serviços de cineangiocardiografia privados, muitas vezes com indicações nem sempre precisas. Alfred Arnson (19) nos Estados Unidos, afirma que apesar da enorme soma dispendida anualmente em cineangiocardiografias, pontes de sa-

fena, unidades coronarianas, a mortalidade por cardiopatias coronarianas continua alta e os resultados permanecem inexpressivos. O trabalho, hoje em dia, clássico de Mather (20) mostrando melhores resultados nos pacientes enfartados tratados em casa, do que naqueles vistos em hospitais e unidades coronarianas, indicou os perigos de remover os pacientes enfartados para o hospital e os inconvenientes inerentes às unidades coronarianas: falta de privacidade, perturbação do sono e desconforto físico e moral, este agravado pela vizinhança de casos graves ou fatais. O número de cardiologistas céticos sobre a efetividade dessas unidades cresce, abalados pelo estudo epidemiológico de Rose (21) que comparando a mortalidade por enfarte na Inglaterra em hospitais e em geral, mostrou a ausência de qualquer benefício do tratamento institucional. As unidades coronarianas são um exemplo típico de alta tecnologia e grandes gastos em equipamentos que contribuíram muito para o encarecimento dos cuidados médicos. O custo do leito-dia é de 70 a 200% mais caro que o custo do leito-dia em enfermaria geral. Se este custo fosse efetivo para prevenir a morte valeria a pena, mas como em termos gerais ele não o é, trata-se de um desperdício enorme de recursos.

Indiscutivelmente uma avaliação honesta destes e de outros equipamentos só poderá ser feita em hospitais próprios ou universitários onde não há o interesse lucrativo de amortizar o custo dos aparelhos comprados, ainda mais acrescido do custo operacional de cada aparelho que a cada dois anos e meio é igual ao original.

Em recente reunião do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, o diretor do Hospital Universitário da

UFMG chamou a atenção para um fato grave: a falta de recursos dos hospitais universitários faz com que centros de equipamentos sofisticados se situem em hospitais privados nas proximidades do Centro Universitário. Estas unidades privadas, uma vez instaladas, são subvencionadas pelo MPAS com pagamento por unidades de serviço e rapidamente amortizam os gastos e compram novos equipamentos sofisticados (22). Com esse procedimento, o Governo fica incapacitado de controlar a eficiência da aparelhagem em relação ao seu custo e a compra racionalizada de equipamentos, que são adquiridos em função do lucro que possam vir a proporcionar. Por outro lado, a absorção pelas universidades de médicos e pesquisadores treinados com esses equipamentos no exterior, frequentemente com bolsas do próprio Governo, se torna impossível prejudicando seriamente o ensino profissionalizante e de pós-graduação.

Agora mesmo, estão instalados na área do Grande Rio, 4 CT Scanners, última moda em diagnósticos radiológicos, que custa mais de 400.000 dólares e com custo operacional anual igual ao da compra. Em instalação no Brasil, já temos cerca de 15 sem previsão de quanto custarão ao País e de quantos são na realidade necessários.

Se serviços caros e equipamentos sofisticados requerem provas sobre seu valor, efetividade e inclusive inocuidade, seria lógico que a prioridade para sua aquisição, funcionamento e financiamento do custo operacional fosse dos próprios do Governo ou dos Centros Universitários com controle rígido que evitasse duplicações ou multiplicações desnecessárias, o que naturalmente não seria do agrado das indústrias de equipamentos.

As Empresas Hospitalares

O terceiro elemento de pressão é representado no Brasil pelos quase 3.000 hospitais da rede privada, conveniada com o INAMPS e que realizaram em 1976 mais de 6 milhões de internações.

A expansão dos serviços do INPS refletiu-se no último decênio por um abandono progressivo da política de construção de hospitais próprios e pela adoção de outra de contratação de serviços em hospitais conveniados. Em 1975 as internações representaram 72% das despesas do INPS em assistência médica, usando leitos de condições discutíveis. Que benefícios trazem à população? Que espécie de serviços prestam? Quantos têm o apoio de laboratórios, de radiologia, de corpo médico estável, de enfermagem eficiente e de residentes?

Os hospitais privados passaram a constituir uma poderosa máquina de lucro e eles mesmo se intitulam lucrativos, achando que a produção de lucro é uma medida de sua efetividade (23). Neste setor, há indiscutivelmente uma fraude aberta e quem a reconhece é de um lado o Secretário de Assistência Médica do MPAS, ao dizer na V Conferência Nacional de Saúde: "não raro existem condições pouco recomendáveis de superfaturamento" (24) e, de outro lado, o Dr. Aloysio Fernandes (23) vice-presidente da Associação de Hospitais de São Paulo (lucrativos) quando diz textualmente: "Foram os primeiros hospitais a aceitar a importância do lucro e a sua busca desenfreada deu origem aos seus maiores erros. Cometeram-se enganos, sacrificaram-se padrões de atendimento, houve deslizamentos de superfaturamento, fatos responsáveis pela má imagem perante ao público e aos órgãos governamentais".

Contudo, a fraude, por sua natureza, nem sempre é detectada e assim ao lado

daquela que aparece publicamente temos a fraude sutil que mesmo envolvendo pequena parcela dos hospitais tem efeito corrosivo sobre todo o Sistema de Saúde. Ela se situa em dois processos difíceis de identificar: as admissões desnecessárias e a miserabilidade do atendimento assistencial dado a uma grande parcela da população que não tem outras opções de atendimento.

Este último fato pode ser exemplificado na situação dos berçários dos hospitais conveniados do Grande São Paulo, analisada no VIII Congresso Brasileiro de Microbiologia, em mesa-redonda sobre infecções hospitalares por Ibañez F^o (25). O relator fez estudos sobre a situação dos berçários nos hospitais paulistas: universitários, oficiais e conveniados. Nestes últimos, a morbidade e mortalidade eram maiores e as condições de instalações e de funcionalidade eram abaixo dos níveis críticos mínimos de segurança. Em muitos deles, não havia sequer médico ou enfermeira, apenas atendentes que em casos de gravidade chamavam o médico de plantão no Serviço de Emergência e que vinha correndo para socorrer o recém-nascido, sem tempo para desinfetar a roupa ou lavar sequer as mãos (condição de grande importância na prevenção de infecções hospitalares do berçário.

No momento atual, a Federação Brasileira dos Hospitais (privados) exerce uma extrema pressão em prol da privatização da assistência médica no Brasil e postula verbas substanciais do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para o financiamento da construção e da ampliação de leitos particulares, com carência mínima de 3 anos, sem correção monetária, com prazo de amortização de 10 anos e sem levar em conta sequer as necessidades regionais de leitos, porque a

maioria dos hospitais para os quais se requer esse financiamento se situa em áreas já saturadas de camas; querem ainda que os hospitais construídos com essas benesses sejam automaticamente credenciados pelo INAMPS, independentemente das necessidades de assistência médica.

Pretendem assim aumentar em 30.000 o número de leitos no Brasil aos quais se somariam os 4.000 leitos universitários previstos para estes dois anos. A proporção de leitos no Brasil que atualmente é de 4 para cada mil habitantes passaria a 4,3.

Não temos dados sobre a taxa de ocupação de leitos nos hospitais conveniados. Mas no Hospital de Clínicas da UERJ e nos próprios ela gira em torno de 80% sendo que em algumas áreas e regiões ela desce a níveis críticos. Houve épocas em que a nossa maternidade tinha taxa de ocupação inferior a 20% e em que as maternidades próprias do INPS estavam vazias enquanto as maternidades conveniadas estavam repletas. Por outro lado, estudo feito por Cordeiro e col. (26) mostrou que mesmo nos nossos hospitais havia grande desperdício de dias-leito.

Mas, mesmo não considerando as distorções, uma relação de 4,3 ou mesmo de 4 leitos para mil habitantes é excessiva. De acordo com planos racionais, uma taxa de dois leitos por mil habitantes seria mais do que suficiente, especialmente se considerarmos que cerca de 40% de nossa população vive na área rural onde a utilização de leitos é bem menor. A política racional seria assim a de reduzir ou, pelo menos, manter o número atual e não procurar aumentá-lo. O custo da construção e instalação de um leito é de, no mínimo, 100.000 cruzeiros por mais modesto que seja e o custo de manuten-

ção de um leito desocupado é igual a 25% o de um ocupado. Assim, a existência de leitos vagos levará sem dúvida a pressões para hospitalizações desnecessárias e pelo uso descabido de serviços auxiliares, medicamentos, exames etc.

As Empresas Médicas

Ao lado dos hospitais privados surgiram também poderosas e influentes empresas de saúde que, mediante contribuições das firmas grandes, se encarregam da assistência médica aos seus empregados. Essas empresas, em última análise, são financiadas pelo INAMPS, pois a firma contratante deixa de recolher uma parte de suas contribuições para a previdência e repassa o montante para a empresa de saúde. Como a quantia é baixa, o lucro dessas empresas, que merecem restrições até da Associação Médica Brasileira, apesar de sua conhecida política privatista, é obtida através do achatamento salarial do médico e da redução drástica de consultas, exames complementares e internações.

As grandes firmas optam por esse sistema para evitar que seus empregados aleguem perda de tempo em filas do INAMPS e para promover maior rigor na apuração e na concessão de licença por doença. A dita medicina empresarial passa a ser um instrumento, não da saúde do trabalhador, mas um meio para aumentar a produção e para acumulação de lucros, alijando inclusive durante a admissão, candidatos que eventualmente possam a vir requerer algum tipo de assistência futura e mantendo em atividade pessoas carentes de assistência médica e finalmente dispensando após anos de trabalho e talvez minados por doença crônica os incapacitados de produzir plenamente. Como atendem às firmas mais

poderosas o contingente é mais sadio. Carream assim os recursos do INAMPS para uma população que em média necessita menos assistência em detrimento de populações menos selecionadas e mais necessitadas. Por outro lado, as grandes catástrofes médicas e cirúrgicas continuam por conta do INAMPS. Assim a medicina é feita, ainda tendo o lucro como motivo, mas com uma política oposta a dos hospitais conveniados: em vez do superatendimento passamos ao subatendimento e em vez da super-hospitalização passamos para a sub-hospitalização.

A Classe Médica

O último setor de pressão é representado pela "classe" médica ou pelo médico, provedor e ao mesmo tempo consumidor dos serviços de saúde.

Quando um indivíduo escolhe determinado médico para ser examinado ou procura um serviço de atenção médica, é o médico e não o paciente que toma todas as decisões subseqüentes: é ele que determina o retorno do paciente e a data; é ele que ordena os exames complementares; é ele que prescreve as drogas e é ele que decide sobre as hospitalizações. Ninguém é admitido em hospital de moto próprio. O médico determina a internação, os procedimentos que devem ser seguidos, a permanência ou alta. O paciente, às vezes, é consultado sobre certas decisões mas, em geral, o julgamento definitivo é o do doutor. Aos olhos do dono do Hospital ou da Indústria Farmacêutica, o médico é o real consumidor. É ele quem gera a renda do Hospital e é responsável por 88% de seus gastos (27).

Embora em cada resolução médica possam existir quatro participantes: o médico, o hospital, o paciente e a entida-

de que paga (o INAMPS, a empresa de seguros privados ou o próprio paciente) é o primeiro que decide pelos outros três. O hospital se torna uma extensão do médico, a fonte pagadora reembolsa os gastos hospitalares e o paciente desempenha apenas um papel passivo. Em doenças mais graves então, toda a escolha por parte do paciente se evapora.

Por esse motivo, a massificação nacional em termo de formação médica, cujo total deverá ultrapassar nos próximos anos a relação ideal médico-habitante, em nosso País, causa séria preocupação, pois são os próprios médicos que criam as condições para a demanda de seus serviços através de maior utilização de leitos hospitalares, de pareceres, de pedidos de exame e de prescrições gerando gastos crescentes.

A esperança de que o aumento do número de médicos criasse uma dispersão da "classe" para áreas carentes não se consubstanciou. Os médicos só vão para locais onde existem agências bancárias (28). E assim, se os médicos criam as condições para demanda de seus serviços e se o Estado supre o pagamento desses serviços reembolsando por tarefa ou através da criação de empregos, eles continuam a praticar na área de sua preferência.

Por outro lado, o excesso de médicos torna a ação médica mais cara. Ou os órgãos oficiais contratam mais médicos e cada um deles realiza menos trabalho porque as instituições têm excesso de mão-de-obra ou ele recebe por unidades de serviços e se estas são baixas, ele aumenta o número de procedimentos para ganhar mais com o aumento de volume.

Também não se concretizou a esperança de que o excesso de médicos provocaria uma diminuição de especialistas. No

recente concurso para médicos, aberto pelo DASP foram aprovados 50% de especialistas e 50% de médicos de atendimento primário: clínicos, obstetras, ginecologistas e pediatras. Além disso, muitos pediatras e clínicos já se procuram subspecializar e já temos o pediatra endocrinologista ou nefrologista, o especialista em adolescentes, etc. Os subspecialistas proliferam e sem dúvida alguma, o seu surgimento gera maiores gastos.

A formação de maior número de cirurgias resulta em maior número de cirurgias desnecessárias e em diminuição da produtividade por profissional. Assim, estudos feitos em 100.000 habitantes dos Estados Unidos com características sociais e raciais similares a 100.000 outros da Inglaterra, mostraram que neste país ocorriam 50% menos cirurgias, realizadas por metade de cirurgiões. Em outras palavras, cada cirurgião da Inglaterra opera o dobro do colega americano, mas no conjunto o mesmo grupo populacional é operado numa proporção 2 vezes menor (29). O problema do excesso de cirurgiões nos Estados Unidos se tornou tão grave que certos estados não licenciam mais este tipo de médico.

No Rio de Janeiro e no Brasil, a grande safra de amigdalectomias é realizada nas férias de julho e nas de dezembro a março; nos Estados Unidos, em agosto. A amigdalectomia é o procedimento cirúrgico mais comum do mundo ocidental (30). Em 1976 foram realizadas nos Estados Unidos 1 milhão de amigdalectomias, operação hoje considerada sem indicação na maioria dos casos (31, 32) presumindo-se que não mais do que a 2 ou 3% das crianças poderiam ter uma indicação defensável. Contudo, dados recentes mostram que na maioria das comunidades 20 a 30% das crianças tiveram suas amígdalas removidas (30). Embora a

mortalidade seja rara (menos de 01%) ainda assim assumindo como desnecessárias 90% das operações, teríamos nos Estados Unidos entre as 900.000 crianças operadas sem indicação umas setenta mortas, por ano. Além disso, sérias complicações ocorrem em 1,56% havendo ainda a possibilidade da diminuição de defesa imunológica em relação à doença de Hodgkin e à poliomielite bulbar (33). Finalmente a literatura psiquiátrica contém forte evidência do mal psíquico e emocional, de conseqüências irreversíveis em futuro remoto, provocadas por um procedimento que isola crianças de tenra idade em hospitais, cercadas de misteriosas figuras de branco e provocando nelas um trauma que o sorvete paliativo do pós-operatório não compensa. (34)

Em 1975, foram realizadas, nos Estados Unidos, 690.000 hysterectomias. Isto significa, que continuando o ritmo teríamos a remoção de metade dos úteros das americanas que atingissem 65 anos de idade. (35)

A retirada desnecessária de ovários normais é outro procedimento freqüente. Há um estudo de James C. Doyle (36), cujo título fala por si: "um estudo baseado na remoção de 704 ovários normais de 546 pacientes". Outro do mesmo autor analisa 6.960 ovariectomias e na base de investigação anátomo-patológica conclui que só em 54,9%, a indicação estava certa. (37)

Não temos dados estatísticos sobre número e tipo de operações desnecessárias realizadas no Brasil, em hospitais conveniados ou não, nas seguramente houve aqui também um excesso de amigdalectomias, ovariectomias, hysterectomias, hemorroidectomias e nefrectomias que em nada devem ter contribuído para melhorar o nível de saúde da população.

Já é clássico o trabalho de Carlos Gentile de Mello (38) sobre a incidência de cesarianas no Brasil que ultrapassa qualquer nível sério de indicação médica.

Em relação às especialidades clínicas, poderíamos tomar como exemplo, a Cardiologia, uma das mais prestigiadas no País e a mais procurada, segundo pesquisa feita pelo DAU entre os médicos que fizeram o recente concurso do DASP. Só na cidade do Rio de Janeiro, temos três programas de mestrado em Cardiologia e inúmeras Residências Médicas contra nenhum programa de mestrado em Medicina Interna. Grande parte do treinamento dos cardiologistas é orientado no sentido de realizar exames sofisticados incluindo cateterismo cardíaco, cineangiocardiografia, ecografia etc., e é fora de dúvida que após sua especialização os cardiologistas farão mais eletrocardiogramas, mais angiocardiografias e mais ecografias.

Além dos cardiologistas com seu instrumental temos os gastroenterologistas com seus endoscópios flexíveis, os pneumologistas com seus broncoscópios de fibra e os nefrologistas com seus *coils*. Como a estrutura de pagamento por tarefa, inclusive na Previdência Social, é orientada no sentido de remunerar melhor os procedimentos armados do que as simples histórias ou o exame físico por mais brilhantes que sejam os diagnósticos feitos, a proliferação dos métodos instrumentais não é de se estranhar.

O prestígio econômico e o *status* social da especialidade enraizaram-se de tal modo no Ensino Médico que são os próprios estudantes, aqueles mesmo que nos primeiros anos da escola pedem um currículo que atenda às necessidades nacionais a reclamarem nos últimos dois anos de ensino um internato semi-especializa-

do ou mesmo especializado. Vimos no XII Congresso Nacional de Médicos Residentes (Olinda, 1977) uma definição contra o decreto da Presidência da República que defende uma política de Residência Médica voltada para as áreas de atendimento primário.

Determinantes do Estado da Saúde

Para nós, a racionalização dos serviços de Saúde deve basear-se em duas assertivas fundamentais:

- 1 — A responsabilidade pela saúde pública e pela saúde individual, pela atenção às necessidades sentidas e não sentidas, é uma responsabilidade social e política do Estado e deve ser por ele mantida através de um Sistema de Saúde destinado a prover o indivíduo com recursos sócio-econômicos adequados, com meios sanitários eficientes, com proteção ecológica contra a poluição, com processo contínuo de educação para a Saúde e com acesso universal à assistência médica dentro dos mesmos moldes que hoje existem por exemplo na Inglaterra ou nos países escandinavos.
- 2 — A responsabilidade social do Estado só será efetiva se ela se acompanhar de uma participação ativa de indivíduo para participar e lutar em prol da resolução de seus problemas, inclusive na área da Saúde.

Uma atitude paternalista, com o indivíduo recebendo passivamente seus benefícios, anulará a meta essencial. A Saúde não é uma comodidade que o Estado dá ao cidadão como presente. Ela não pode por outro lado ser legislada ou imposta

por decreto. Ela deve ser conquistada ou mantida pelo próprio indivíduo. Por outro lado, as condições em que vive o indivíduo estimularão ou desencorajarão sua capacidade e seus motivos de luta. Elas variam de País a País e de comunidade a comunidade e ainda de tempos em tempos. São um produto do Sistema Social e Político em que vivemos.

Considerando a *saúde como una* e como *una* a atenção as necessidades sentidas e não sentidas, podemos considerar de acordo com Sommers e Sommers (39) quatro grandes determinantes afetando o estado de Saúde da população:

- 1 — O desenvolvimento do saber e da pesquisa
- 2 — O meio ambiente
- 3 — O comportamento individual
- 4 — O acesso aos serviços de assistência médica.

Desenvolvimento do saber e da pesquisa

A meta a ser atingida neste setor seria a de desenvolver o conhecimento científico ou o saber, quer o básico, quer o aplicado, para aumentar a nossa capacidade técnica e econômica em relação ao desenvolvimento das outras determinantes: o meio ambiente, a atitude individual, os serviços de assistência médica além de outra meta colateral constituída pelo desenvolvimento das ciências biomédicas.

Há uma falta de base científica, não só aqui como em todo o mundo, para uma análise em profundidade desses determinantes sendo imprescindível a conjugação de esforços de áreas médicas, sociais, econômicas e políticas para analisar a qualidade das medidas atualmente em uso no setor de Saúde ou das modificações propostas, muitas delas aceitas na base de senso comum ou da tradição.

No campo da assistência médica, por exemplo, todos estão conscientes de que há necessidade de muitas pesquisas epidemiológicas e clínicas para testar a efetividade de terapêuticas e cirurgias, aceitas na base de crenças tradicionais, pura e simplesmente. Os resultados das pesquisas clínicas atingem a comunidade de diversas maneiras, incluindo: publicações em jornais científicos, congressos, seminários, mas todos esses meios partilham um defeito comum: eles não definem o grau em que os novos procedimentos podem ser aceitos cientificamente e a correlação de custo e benefícios do procedimento aconselhado. Em 1969, nos Estados Unidos, a Comissão sobre Atividades Hospitalares e Profissionais comparou a efetividade do tratamento de enfarte de miocárdio em unidades coronarianas e em áreas de hospital desprovidas desses recursos. Ao contrário do verificado posteriormente na Inglaterra e outros países, chegaram a conclusão, analisando 54.506 enfartados, de que a mortalidade nas unidades especializadas é menor (27,7% nas enfermarias gerais e 20,7% nas unidades). Por esse estudo (40) 2.700 pessoas poderiam ter sobrevivido no grupo dos analisados se todos estivessem no setor especializado. O custo da instalação e manutenção de um leito em unidade coronariana é de US\$ 30.000. Usando os dados da Comissão 35.000 pacientes americanos poderiam ser salvos anualmente a um custo de 2,5 bilhões de dólares ou de 70.000 dólares por pessoa salva. Isto ilustra o custo astronômico da assistência médica, mesmo se o sistema funciona.

O programa de hemodiálise de doentes crônicos impõe o mesmo problema. De acordo com estimativa recente há nos Estados Unidos 5.000 pacientes em hemodiálise; cada um dos quais consome US\$ 200.000 anualmente (41). No Brasil,

sendo mais barata a mão-de-obra, cada dialisado custa anualmente cerca de Cr\$ 500.000,00.

Se as mesmas quantias fossem colocadas, não somente em programas sanitários, mas mesmo em projetos de assistência médica os resultados seriam em matéria de saúde global muito maiores.

Um estudo de Robert Gross (42) mostra por exemplo que em áreas em desenvolvimento o gasto de Cr\$ 500.000,00 anualmente pode significar: a prevenção de 100 a 150 mortes infantis de 0 a 18 anos ou de 210 a 300 mortes infantis de 0 a 5 anos. O problema se agrava quando sabemos que muitas vezes utilizamos programas sofisticados e os financiamos totalmente para pessoas que poderiam sustentá-los num momento em que faltam totalmente recursos em áreas próximas de nível sócio-econômico mais baixo.

Um outro exemplo tão chocante, observado nos Estados Unidos, mas aplicável no Brasil é o relacionado com a drepanocitose. A drepanocitose é a mais freqüente das doenças genéticas no Estados Unidos, ela afeta somente a população de descendência negra numa proporção de 1:400 em relação a doença de 48:400 em relação ao traço (possibilidade de transmissão da doença). Contudo não se gasta em programas de prevenção ou de pesquisa em relação a essa doença 1% do que é gasto nos programas relacionados a distrofia muscular e a paralisia cerebral. (43)

Estas falhas no setor da assistência médica e no conhecimento dos processos biológicos humanos se traduzem por milhares de reações adversas a drogas, a cirurgia, a anestésias, a procedimentos psiquiátricos. Assim por exemplo um dos campos que mais requer investigação científica e o desenvolvimento do saber é

a alta mortalidade de causas naturais e a grande incidência de doenças físicas em pacientes psiquiátricos (44) quando comparados com a população geral. Num ambulatório de psiquiatria, esta incidência chegava a 30%. Um terço das doenças não foi diagnosticada pelos clínicos. Tais relatos indicam a necessidade de estudos para que fatos clínicos não sejam mal interpretados em presença de desvios de comportamento. A relação entre doenças físicas e a psicopatologia especialmente para aquelas do Sistema Nervoso Central, do tubo gastrointestinal, do sistema cardiovascular e das doenças conjuntivas, endócrinas e metabólicas constitui um ponto de ligação entre pesquisa e prática médica de importância fundamental.

Não temos dados precisos sobre o quanto os nossos órgãos de pesquisa gastam em trabalhos relacionados ao setor Saúde e, muito menos, o quanto da pesquisa na área da Saúde é destinada a cada um dos quatro setores: biologia humana, comportamento individual, meio ambiente e serviços de saúde. Sabemos que o montante global vem aumentando, traduzindo o interesse do Governo em desenvolver o setor, mas a falta de sistematização nos investimentos torna inadequados quase todos os programas.

Muitos cientistas no Brasil e no exterior negam-se a aceitar uma pesquisa dirigida ou com finalidades pré-determinadas, achando que o valor de seu trabalho não pode ser medido em função de resultados imediatistas. Isto seria contra o espírito da Ciência podendo impedir ou congelar a energia da investigação que é imprevisível e errática por natureza. Assim, a penicilina foi descoberta por acaso por Alexandre Fleming em 1929 e Wilhelm Roentgen descobriu o Raio X porque os físicos queriam saber como se comportava a eletricidade no vácuo.

Recentemente, Comroe e Dripps (45) em trabalho em colaboração com mais 50 especialistas selecionaram as principais descobertas no campo das doenças cardiovasculares e respiratórias nos últimos 30 anos. Estudando 4.000 relatórios que levaram a essas descobertas, aplicadas no campo da Clínica e da Cirurgia, tais como o tratamento da hipertensão, da insuficiência coronariana ou das cardiopatias congênitas chegaram à conclusão de que 41% das descobertas deviam-se a pesquisas que eram originariamente "puras", 62% eram relacionadas à fisiologia cárdio-respiratória e só 25% das pesquisas eram orientadas clinicamente.

Por outro lado, é necessário salientar que algumas pesquisas básicas fundamentais vieram do campo da observação clínica. A química das proteínas deve muito a pesquisas feitas no campo da anemia drepanocítica, a proteína de mieloma múltiplo foi a chave para o conhecimento da estrutura dos anticorpos e a vitamina B12 foi isolada em virtude do conhecimento que se tinha da anemia perniciososa. O mais importante do relatório de Comroe e Dripps é a verificação de que a grande maioria das pesquisas no campo da Medicina foi feita nas Escolas Médicas e nas Universidades.

Ouve-se muito que a principal função da escola médica seria formar médicos. Trata-se de uma perspectiva tragicamente estéril. Sem dúvida, o objetivo é o de preparar os estudantes com os conhecimentos necessários para exercer sua função. Contudo, a missão principal da Escola Médica é contribuir para o progresso da Saúde em todos os seus setores e imbuir desse princípio os futuros colegas.

Em geral, os órgãos responsáveis pelo financiamento da pesquisa médica não se preocupam fundamentalmente com a existência da pesquisa. Elas se limitam sim-

plesmente a subvencionar o processo, a julgar e rever as aplicações em função de seu aspecto administrativo, a selecionar as instituições e os pesquisadores, a decidir o quanto deve ser alocado a cada parte e a chegar à utilização honesta. Os resultados da pesquisa podem ser ou não produtivos. A obrigação do órgão financiador está cumprida desde que a subvenção seja gasta de acordo com a lei. Por outro lado a maioria dos pesquisadores luta com inúmeras dificuldades. Ao lado da pesquisa são solicitados por pressões diversas: ensino, assistência médica, reuniões e seminários, conselhos e uma gama imensa de atividades administrativas. Falta-lhes tempo para uma pesquisa individual e se transformam de pesquisador em empresário de pesquisa. Empresário que tem de amortizar o custo elevadíssimo de aquisição e de manutenção da aparelhagem e do emprego de técnicos, estudantes de graduação e pós-graduação e auxiliares que realizam seu trabalho. O seu tempo é gasto ainda na elaboração de relatórios para solicitar novas subvenções ou para divulgação em congressos ou seminários e ainda para sua publicação, de preferência em jornais estrangeiros, que dão mais *status*.

Os propósitos da pesquisa tornam-se por isso obscuros, servindo mais de instrumento para os que trabalham no setor saúde do que para o setor em si.

O meio ambiente

A meta a ser atingida por esse determinante seria assegurar à população condições sócio-econômicas compatíveis e ambiente sanitário adequado; proteção do meio natural; segurança no trabalho contra as doenças profissionais e vivência numa atmosfera política e moral que motive o indivíduo para lutar em prol de seu bem-estar físico e mental.

Meio ambiente sócio-econômico. Condições sanitárias

A relação entre as condições sócio-econômicas de uma população e seu estado de saúde é amplamente documentada.

Em 1975, uma comparação feita em 105 nações do mundo (46) tomando como índices: a renda percapita, a expectativa de vida e a mortalidade infantil, mostrou uma correlação linear entre essas variáveis. Países com renda percapita entre 2.000 e 5.600 dólares apresentavam no sexo masculino uma esperança de vida entre 62 e 72 anos, enquanto países com renda percapita entre 50 a 170 dólares tinham no mesmo sexo, uma esperança de vida em torno de 25 anos.

Nos Estados Unidos, estudo feito em 1973 (47) mostrou que a esperança de vida entre brancos e negros tinha uma diferença de 6,3 anos a favor dos primeiros, enquanto a mortalidade infantil era 92% mais elevada entre os negros.

Outro estudo feito pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos sobre estado de saúde de pessoas entre 45-64 anos de acordo com a renda familiar mostrou que nas famílias com renda percapita abaixo de 3.000 dólares anuais, a perda anual de dias de atividade, a percentagem de dias confinados no leito, a limitação parcial de atividades e a limitação total de atividades era de 2 a 8 vezes maior do que em pessoas cujas famílias tinham renda percapita acima de 10.000 dólares (48).

Em São Paulo, o atual Secretário Estadual de Saúde, Dr. Walter Lezer (49) mostrou que entre 1960 e 1965 houve aumento real do salário-mínimo do País a que correspondeu declínio da mortalidade infantil e que o achatamento salarial

entre 1965 e 1970 provocou aumento dos índices de mortalidade infantil.

Um dos estudos mais profundos, feito por Brenner (50) relacionando na Inglaterra em 125 anos, períodos de crises econômicas e estatísticas de morbidade mostrou nitidamente que nos períodos de recessão há aumento das taxas de mortalidade infantil, de mortalidade geral, de morbidade, de doenças cardiovasculares, de admissão de pacientes em hospitais psiquiátricos e do consumo de álcool e fumo.

Relatório preparado em 1973 e lido pelo Secretário de Saúde e Bem-Estar dos Estados Unidos (51) sobre doenças cardiovasculares diz: "a maior causa de morte nos Estados Unidos é representada pelas doenças cardiovasculares. A dieta, o exercício, a herança genética, a assistência médica são sem dúvida importantes. Importantes também são o colesterol, a pressão sanguínea, o fumo, o nível de glicemia e de ácido úrico etc; mas, controlando todos esses fatores apenas um quarto das doenças coronarianas e dos acidentes vasculares poderia ser explicado. Embora as pesquisas não estejam completas é indiscutível que as condições sócio-econômicas e a satisfação no trabalho contribuem pesadamente para os 75% de fatores de risco ainda não detectados.

No setor de doenças mentais, uma série de estudos epidemiológicos (52) mostra que condições de habitação deficientes, pobreza e deficiências nutritivas contribuem para um aumento dessas doenças e que a melhoria do meio sócio-econômico tem efeito favorável sobre a Saúde Mental. (53)

Nos debates sobre os problemas nacionais de Saúde e possíveis soluções omite-

se freqüentemente o fato de que por maior que seja a concentração de recursos médicos na área urbana, 40% de nossa população continua a viver em zonas rurais com predominância de jovens (61% abaixo de 24 anos) e com baixíssimo índice de escolaridade e alfabetização (54). A mortalidade infantil nessas áreas compara-se em alguns lugares à dos países mais atrasados do mundo, com cerca de 50% dos óbitos ocorrendo antes dos 5 anos de idade e tendo como causa mais freqüente de morte a desnutrição e as enfermidades ligadas à falta de saneamento básico. Segundo dados da CEME (55) em 1972, apenas 30% das crianças brasileiras entre 6 meses e 5 anos tinham condições normais de nutrição. Por outro lado, segundo o IBGE (56) entre 7 milhões e 600 mil domicílios situados na área rural, somente 2,47% estão ligados à rede geral de distribuição de água e apenas 26% são abastecidos por poços ou nascentes. No que se refere a instalações sanitárias 1,6% possuem fossas assépticas, 23% fossas rudimentares e 75% não possuem qualquer instalação. Recente estudo feito pela Fundação SESP (57) demonstrou que 70 a 95% das habitações rurais lançam seus despejos na superfície.

Um fato expressivo é o recrudescimento da tuberculose que volta a atingir no Brasil, cifras de 200 casos para cada 100.000 habitantes, quando se sabe hoje nitidamente que esta doença é um acompanhante freqüente da miséria. (58)

Em relação a recursos médicos predomina a mesma situação que existe em relação aos recursos econômicos e sociais: "quanto maior a necessidade, menor a existência" consubstanciando o fenômeno que Tedor Hart (59) chama de "inverse care law" ou seja a avaliabilidade da

assistência médica varia inversamente com a necessidade da população servida.

A educação médica e os próprios sistemas de educação primária e secundária são orientados de acordo com modelos de sociedades desenvolvidas vivendo em coletividades urbanas. Os currículos médicos seguiam modelos europeus e agora americanos baseando-se numa medicina orientada tecnologicamente e centrada no atendimento individual ou hospitalar. Cuidados sociais, rurais, ambulatoriais e de medicina integral e preventiva ou não existem ou são ensinados simbolicamente. Há uma difusão cultural dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos e que Candau chamou de imperialismo cultural e que traz indiscutivelmente mais malefícios de que benefícios à nossa formação. O mais importante contudo é acentuar que a resolução de problemas sanitários como os de água e de esgotos é mais barata de que o provimento de assistência médica (o provimento de água a populações rurais tem custos avaliados entre 1 a 30 dólares por habitante) (60) e os gastos dão retorno muito maior. Assim o gasto em saneamento e medicina sanitária nas áreas em desenvolvimento diminui a mortalidade infantil três vezes mais do que o gasto equivalente em medicina curativa. (61)

Apesar disso, em todos os países da América Latina, os gastos em medicina preventiva, e sanitária, incluindo despesas de capital e de consumo são infinitamente inferiores do que os aplicados em medicina curativa. Atualmente em 12 países da América Latina (62) a cirurgia representa a especialidade mais freqüente, com a pediatria em um dos últimos planos e a medicina preventiva e social quase inexistente ou ignorada, a ponto de não ter sido incluída no último concurso de seleção de médicos do DASP e

de não existir como programa de Residência na maioria das instituições do Brasil.

O imperialismo cultural se acompanha também de um imperialismo tecnológico e o exemplo característico é o citado por Navarro (63) em Bogotá. Naquela cidade o custo operacional de três serviços de cirurgia cardíaca poderia aquinhoar de leite numa proporção de meio litro por dia um quarto das crianças da população total de 2 milhões de habitantes, cujo maior problema não é representado por cardiopatias, mas por gastroenterite, doenças infecciosas e subnutrição.

Mas, mesmo nas áreas urbanas, as necessidades da maioria da nossa população não são satisfeitas por esse tipo de enfoque da Saúde. Nas nossas metrópoles, a deterioração das condições econômicas, especialmente nas zonas de grande aglomeração e de miséria como as favelas, transformam esses locais em zonas férteis de doenças que ameaçam a Nação como um todo e cuja ação corretiva não virá facilmente.

Entre os novos fatores, além dos já assinalados nas áreas rurais, surge um novo problema: o da morbidade e mortalidade por violência que vem constituindo crescente preocupação no Brasil e no Mundo.

A violência como causa de mortalidade e morbidade

Nos Estados Unidos, enquanto a morte por doenças malignas cresceu em apenas 1% e a morte por doenças cardiovasculares decresceu em 7%, os índices de morte violenta cresceram entre 1960 e 1974 em mais de 100% (64). A persistirem os níveis atuais, cada criança americana ao nascer terá uma probabilidade de 2% de morrer assassinada, sendo esta possibili-

dade em futuro próximo de 5%. Estudo feito no Massachusetts Institute of Technology, de Boston (65) apresenta uma progressão linear da violência na América do Norte, chegando à conclusão de que em breve ela será responsável por um em cada doze óbitos e diminuindo a esperança de vida nos Estados Unidos em 3 anos.

No Brasil, em conferência realizada na Escola Superior de Guerra, Reynold Stephanes (66) declarou que entre 1965 e 1975 a incidência de doenças cardiovasculares aumentou de 122.000 para 229.000 casos por ano, enquanto a incidência de acidentes de tráfego subiu de 50.000 para 278.000.

A pobreza e as más condições de vida podem ser uma das causas, mas, curiosamente, estudos feitos no Brasil e nos Estados Unidos (67) mostraram que a maior proporção de criminosos juvenis não estava ente as classes sócio-econômicas mais baixas.

Há assim necessidade de um estudo aprofundado do problema e uma exploração dos fatores de risco, entre os quais os veículos de comunicação de massa (cinema e televisão) ou o clima de violência alimentado por fatores os mais variados, em todas as camadas da sociedade.

A televisão expõe nossas crianças a uma doutrinação maciça diária com uma dieta permanente de crime e violência em todos os horários. Aproximadamente 3/4 dos programas têm a violência como padrão e os desenhos animados de Walt Disney, talvez sejam os mais violentos (69). Estudos feitos nos Estados Unidos mostraram que cada criança americana, entre 5 e 15 anos de idade, vê na televisão o assassinato de 13.000 pessoas com impactos persuasivos contra todos os valores morais e éticos.

Lá e cá, porém, as campanhas contra os programas violentos caíram no vazio pois é difícil enfrentar uma indústria que se opõe a qualquer regulamentação que possa ferir seus lucros, bastando dizer que a Paramount Pictures só com a venda para a televisão dos dois filmes da série "O Poderoso Chefão" obteve renda de 76 milhões de dólares e que 25% da renda da indústria de televisão é obtida por sua programação especial para crianças. (69)

Tirante a violência, os outros problemas sócio-econômicos e de Saúde nas áreas urbanas permanecem apesar dos grandes gastos em assistência médica. A discrepância entre salários astronômicos e salários irrealis ou de fome persiste. As doenças crônicas limitam a atividade diária dos pobres numa proporção três vezes maior do que a dos ricos. As artrites, o diabetes a hipertensão e as condições cardíacas ocorrem duas a três vezes mais entre as famílias de renda baixa. A mortalidade infantil nas grandes metrópoles do Brasil permanece além das taxas aceitáveis. A imunização das crianças contra as principais doenças contagiosas continua aquém dos índices aconselhados. O tipo de consumo continua a caracterizar-se pela ampliação da escolha para poucos e diminuição das opções para muitos. Cada cruzeiro que consumimos em serviços altamente especializados e em benefício de um único doente põe em perigo a vida de centenas de outros por falta deliberada de socorro. E talvez seja esta a maior forma de violência.

Proteção do meio ambiente natural

A industrialização, a urbanização, a utilização da energia fóssil e da nuclear, as melhorias de transporte e comunicação envolvendo modificações do meio ambiente natural, se de um lado permiti-

ram o crescimento populacional e a vida nas grandes concentrações humanas cobraram por outro lado um preço bastante elevado.

A proteção da natureza poderia ser dividida em dois itens: uma contra a poluição "sentida" com a descrito recentemente por Jorge Amado (70) e outra contra a poluição "não sentida", representada hoje em dia por 12.500 compostos químicos, com propriedades tóxicas que são utilizados em todo o mundo (71).

Estudos epidemiológicos estabeleceram a relação íntima entre níveis de poluição aérea e doenças respiratórias, cardíacas e vasculares havendo ainda grande evidência de que provavelmente 90% das neoplasias malignas são induzidas, mantidas ou promovidas de algum modo por fatores de poluição. (72)

Os fatores que poluem o meio ambiente, a poluição do ar, a poluição sonora e a própria poluição humana, isto é, a agregação do rebanho humano em áreas densas fazem prever que no futuro teremos mais trabalho para os médicos e menos saúde para o povo.

Há muitas falhas em nossos conhecimentos, sabemos mais sobre certos poluentes do que sobre outros, mas de um modo geral a poluição ambiental cria três áreas de perigo iminente: o câncer, as mutações genéticas e as alterações teratológicas.

A incidência enorme de câncer de pulmão nos Estados Unidos, na Inglaterra e até no Brasil [só na cidade do Rio de Janeiro a prevalência de câncer do pulmão aumentou nos últimos 10 anos de 16% (73)] está indiscutivelmente ligada com o fumo embora a poluição aérea seja um fator contribuinte. A mastigação de noz de areca ou de folhas de tabaco é responsável pela alta incidência de câncer oral na Ásia, que ultrapassa todas as

outras formas. A alta incidência de câncer gástrico no Japão é relacionado a preservativos contendo nitrites para conservação de peixes.

Ao lado disso, há o exemplo dos cânceres ligados a contaminação profissional como o câncer de bexiga na indústria de anilinas e na de borracha entre os mineiros de Colorado e da Tchecoslováquia e entre os operários das fábricas de mostarda nitrogenada no Japão, o câncer dos seios nasais entre os trabalhadores nas indústrias de madeira, os mesoteliomas de pleura e peritônio como consequência da asbestose e o câncer de pele nos trabalhadores com xiste oleoso. (74)

Em relação às mutações genéticas a radiação foi o primeiro determinante, mas depois, outros passaram a ser conhecidos, responsáveis por desordens como anomalias e mortes fetais, retinoblastoma, albinismo, anemias e fenilquetonúria ou ainda aumento de susceptibilidade a leucemia, ao câncer ou a desordens imunológicas. Muitas dessas mutações pelo caráter recessivo podem ameaçar muitas gerações.

Finalmente, as alterações teratológicas devidas a doenças congênitas têm como exemplo marcante o desastre da talidomida em 1962.

Barry Comoner estima em 5.000 o número de crianças recém-nascidas afetadas seriamente e anualmente nos Estados Unidos só em consequência da radiação e em 86.000 em todo o mundo em 1963. (75)

As citações seriam extensas desde a contaminação de água e peixes por mercúrio (76) até os clássicos trabalhos dos efeitos tóxicos de chumbo (77), ou os também clássicos sobre o efeito nocivo da poluição sonora, não somente sobre a audição, como também sobre o organismo em geral. (78)

Existem dois modos de encarar o problema: um o de considerar a proteção do meio ambiente natural como uma obrigação científica a ser analisada em função de determinantes econômicos e a outra é a de admitir que alguns dos valores humanos não podem ser quantificados e que a ponderação entre poluição, doença e benefícios econômicos regionais é causa de séria distorção, havendo necessidade de obter um consenso para atingir uma tática eficaz de proteção da natureza.

Não há argumento contra a necessidade de proteger o meio ambiente. O único problema é o de quanto dispender para obter resultados em determinadas áreas ou o quanto proibir ou permitir sem influir no desenvolvimento econômico.

O estudo de custos pode ser útil para indicar em certos casos vias mais baratas de proteção do meio ambiente, mas o estudo dos benefícios a serem obtidos são difíceis de calcular porque como etiquetar e por preços sobre a desgraça de uma família que perde seu pai por silicose ou sobre o prazer de olhar o céu de São Paulo sem as nuvens de fumaças perigosas que podem afetar não só a atual mas também as futuras gerações.

Em relação finalmente à poluição humana decorrente de aumento populacional mundial de 2% ao ano e de 2,5% no Brasil e de sua concentração em áreas densas, os dados são tão enormes que passamos a não nos preocupar com elas. Não há razão de pensar que o brasileiro médio se preocupe com os 4 milhões de patricios que nascem anualmente e que a expansão desordenada desse aumento demográfico ameaça seriamente o desenvolvimento e a proteção da natureza. Infelizmente, muitas lideranças tendem a dar demasiada importância a relação população e tamanho territorial concluindo

pela não existência de problemas porque a densidade de nossa população é ainda bastante baixa. Esquecem-se de que os Estados Unidos com somente 6% da população mundial consomem 40% da produção mundial de alimentos e, de bens e que um garoto inglês consome 20 a 30 vezes mais recursos do que um garoto indiano. (79)

Além disso, mesmo no mundo em desenvolvimento testemunhamos uma queda na mortalidade neo-natal e infantil que contribui junto com a extrema fecundidade num crescimento da população jovem tal que ela atinge 50% do total.

As cidades nesses países em desenvolvimento crescem numa proporção de 5 a 12% ao ano e por piores que sejam suas condições sanitárias, a provisão de água encanada e práticas elementares de medicina preventiva reduzem de algum modo os índices de morbidade e mortalidade.

Por outro lado, o planejamento familiar como praticado até o momento não trouxe nenhuma perspectiva de um controle populacional efetivo. O caso da Índia é patente; foi um dos primeiros países a aceitar o planejamento familiar como programa prioritário e após 20 anos o crescimento de sua população continua no mesmo nível. (80) Uma das razões para esse fracasso é de que os métodos de controle da população orientados por clínicas, universidades, médicos e instituições nacionais ou alienígenas fracassarão sempre se não houver uma forte motivação social ou individual que são tanto maiores quanto melhor o nível de vida da população.

A ecologia considera o homem como uma unidade extremamente poderosa em simbiose estreita com animais, plantas, bactérias e minerais de modo que a natu-

reza não é algo separada do homem, inferior a ele e destinada a ser por ele explorada. Assim, qualquer ato que põe em risco o equilíbrio da natureza passa a se tornar perigoso para o próprio ser humano de modo a conferir a animais e plantas direitos que antes lhes eram negados, e que se exemplifica pela criação de reservas naturais ou pelos organismos que os Estados estão criando para proteger suas reservas ecológicas. (81)

A segurança profissional

De acordo com dados estatísticos, o número de acidentes de trabalho estaria declinando no Brasil, sendo inclusive inferior ligeiramente do que nos Estados Unidos. Assim, no dia 1º de maio de 1977, o Ministro do Trabalho havia anunciado uma diminuição significativa de número de acidentes em 1976. Assim, naquele ano houve 172 mil acidentes a menos do que em 1975, o que seria significativo, considerando que os acidentes estavam não só aumentando anualmente como também intensamente. Segundo o Ministro, conseguimos evitar uma média de 460.000 mil acidentes por mês ou seja 5,52 milhões de acidentes por ano. De 1975 a 1976 o total de acidentes caiu de acordo com dados do INPS de 1.916.187 para 1.743.825. A satisfação governamental foi tamanha que fez parte da Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional no início do ano legislativo de 1978. (82)

Contudo, há suposição de que essa queda é apenas aparente ou ilusória e resultaria como assinalou, por exemplo, Carlos Gentile de Mello (83) do parágrafo 2º, artigo 5º, da Lei 6.367, que obriga as empresas a se responsabilizarem pelo pagamento do benefício do trabalhador, durante os primeiros 15 dias de afastamento do trabalho. Ora, essa obrigatorie-

dade faz com que as empresas paguem o auxílio sem comunicar o acidente a Previdência evitando gastos acessórios de relatórios, papéis e pessoal e muito principalmente evitando de ser reconhecida por seus múltiplos acidentes comunicados como empresa perigosa e, portanto, sujeita a fiscalização mais rigorosa ou a taxas mais altas por ser empresa de alto risco.

Teríamos assim que rever os dados oficiais. No VII Congresso Internacional de Medicina Física e Reabilitação, realizado em agosto de 1976, foi dito que o número de incapacitados para o trabalho no Brasil seria de 11 milhões e que em 1975, 1 milhão e 940 mil pessoas sofreram acidentes com 70 mil e 810 incapacitados permanentemente. (84)

Nos Estados Unidos, de 1961 a 1970, o número de incapacitados subiu de 11,8 milhões de 1961 para 15,2 em 1970.

Ao lado disso, teríamos ainda o grande número de doenças profissionais, algumas conhecidas como os pneumoconioses ou o saturnismo e outras desconhecidas, relacionadas aos hábitos de trabalho e a prática profissional.

Há uma grande preocupação em analisar o *stress* e a *tensão* dos grandes executivos que seriam responsáveis por uma série de doenças cardíacas, gastrointestinais e nervosas, mas os problemas relacionados com as condições muitas vezes subumanas de trabalho e de horas perdidas para o deslocamento de casa são postos a margem. Shirkir (85) chamou a atenção para esses fatores que ele denomina "work stress syndrome" e que seria destituída pela imobilização muscular demorada, pela disciplina rigorosa de movimentos, pelos altos níveis de ruídos e de vibrações e pela intensa iluminação. Ela é agravada pela constante tensão e ansiedade. Todos esses fatores levam a

uma deficiência de saúde que promete agravar-se na medida em que aumentem as nossas perspectivas de industrialização.

O meio ambiente moral e político

A relação entre o aspecto moral da sociedade e a saúde individual é muito mais importante do que se pensa (86). Considerando-se a saúde como uma qualidade que deve ser preservada pelo próprio indivíduo é indiscutível que a motivação para viver é um componente dos mais essenciais na luta biológica de sobrevivência. Em outras palavras, as influências morais e políticas existentes numa sociedade contribuem para a atitude individual em relação à Saúde e a ausência de fatores éticos e sociais pode levar a uma alienação perigosa, a um estado de falta de auto-respeito e a uma frouxidão de valores prejudicial à saúde do indivíduo e da família.

Vê-se assim que se de um lado, o saneamento e o estabelecimento de melhores condições sociais e econômicas são direitos humanos importantes, o respeito dos direitos humanos no setor político é outra forma de melhorar o nível de saúde.

Comportamento individual em relação à Saúde

Seria o terceiro item dos determinantes da Saúde de um povo, podendo ser exemplificado em relação ao fumo ou em relação ao uso de drogas ou em relação ao uso de cintos de segurança nos veículos ou ainda à procura de serviços preventivos e curativos de assistência médica.

A meta em relação a esse determinante seria o acesso da população e sua par-

ticipação em programas de educação para a saúde dando-lhes o conhecimento dos meios de proteção e prevenção e estimulando uma mudança de estilo de vida no que toca a certos conceitos e hábitos profundamente prejudiciais.

Indiscutivelmente o comportamento individual no caso depende em grande parte da educação do indivíduo e não por outra razão o Bureau Nacional de Pesquisa Econômica dos Estados Unidos chegou à conclusão de que gastando-se um dólar adicional em educação obtém-se uma redução de mortalidade muito maior do que pelo dispêndio de um dólar adicional em assistência médica. (87)

Estudos da Academia de Ciências Americanas, usando a anemia como indicador de doença demonstrou que o nível educacional do paciente era mais correlacionado com a saúde do que o grau de assistência médica. (88)

Ainda neste particular um outro ponto de importância é a educação para a saúde, embora seja difícil diferenciá-la da educação em geral. A ignorância exerce assim papel indiscutível na disseminação das doenças. A higiene inadequada, imunizações deficientes ou não utilizadas e padrões nutritivos errôneos particularmente no que concerne à mãe e à infância são exemplos importantes. A ignorância afeta também o estado de saúde porque médicos e cientistas não compreendem a patogênese de muitas doenças importantes sob o ponto de vista sócio-econômico. Assim, a alta incidência de câncer hepático em indivíduos trabalhando com certos produtos vegetais ou minerais resultou em grande parte do desconhecimento de que certos produtos como, por exemplo, o cloreto de vinil poderiam ser associados a essa transformação maligna. Este exemplo tem profundas implicações pois se trata de doença

produzida por produto sintetizado pelo homem e significa que as condições de seleção natural estão se modificando de modo radical.

Embora a ignorância seja um importante termo na equação de saúde, estimativas quantitativas são difíceis de obter como também é difícil separar o que se deve à ignorância e o que é devido ao estado sócio-econômico do indivíduo. Um estudo sobre a mortalidade infantil feito em Nova York em 1968 (87) revelou que a incidência entre crianças de pais brancos com educação superior era de 3,7 por 1.000 em contraste aos 15 mil entre crianças ainda de pais brancos mas com educação apenas primária. Neste estudo é obviamente difícil separar as condições educacionais das condições econômicas.

Por outro lado, milhões de brasileiros sabem que eles são vítimas de subnutrição (ou se não sabem, sentem) que poderia ser melhorada pela aquisição e ingestão de alimentos, mas falta-lhes o recurso para corrigir o problema. Nos últimos anos através de programas de ajuda exterior, mas principalmente de suplementação alimentar a escolares e grupos populacionais, houve uma tentativa de melhorar o índice nutricional especialmente de certos fatores básicos através de pacotes alimentares ou da merenda escolar. Muitos desses programas eram vinculados a alimentos importados, sem continuidade e tendo um efeito deletério sobre o aleitamento, através da propaganda de leites artificiais. Desviavam e ainda desviam a atenção de problemas mais reais quais sejam a distribuição adequada de alimentos e a produção para o consumo e não para a exportação.

Ainda aqui, os programas de alimentação suplementar devem ser sobretudo um instrumento de educação nutricional

em populações marginalizadas pela pobreza, mas serão de alcance limitado enquanto o problema essencial de subsistência dessas populações não for resolvido.

Estas contingências externas não são contudo os únicos fatores que impedem a transformação de fatores educacionais em atitude afetiva ou comportamento adequado. Centenas de milhares de fumantes sabem de sobejo os perigos representados pelo cigarro em relação a diversas tipos de câncer, especialmente do pulmão, de doenças cardíacas e de doenças respiratórias. Contudo, o consumo de cigarros está em ascensão.

Milhares de automobilistas sabem do perigo de correr pela estrada e sabem da utilidade dos cintos de segurança, mas só depois da redução do limite de velocidade nas estradas por leis proibitivas, em virtude da carência de petróleo, é que os desastres começaram a diminuir.

Talvez o melhor meio de reduzir a violência fosse uma coibição e uma proibição drástica no comércio de armamentos.

Ou o melhor meio de diminuir o consumo de fumo, de álcool e de drogas seria uma intervenção corajosa dos governos, dispostos a enfrentar a impopularidade através de medidas que fossem desde a proibição de anunciar o cigarro até uma energia concentrada de combate a venda.

Ao lado disso, é necessário combater a apatia pública em relação à educação par a Saúde.

Um exemplo a ser seguido poderia ser o que se realiza na África Ocidental com a assistência de missão dinamarquesa, o Flying Doctor Service e que atualmente é totalmente realizado pelos africanos com educação contínua em nutrição, higiene, cuidados infantis e com um pro-

grama de rádio que continuamente irradiava conselhos médicos a uma população de mais de 350.000 escolares.

Comparemos isso com a escassa contribuição que os nossos programas de rádio e televisão trazem. Nos Estados Unidos, estudo feito pelo *New England Medical Journal* em 1972 (89) mostrou que apenas 7,2% da programação era dedicada a problemas de saúde e desses 7,2% apenas 30% ofereciam algo de proveitoso enquanto os outros 70% eram constituídos de material inadequado e até delatatório. A situação aqui talvez seja pior ainda, pois para um ou dois "enlatados" protagonizados por figuras do médico, temos apenas raros programas que objetivavam mais uma promoção pessoal do que uma informação séria e honesta.

O acesso aos serviços de assistência médica

Analisando-se os determinantes anteriores, verifica-se logo que a Saúde da Comunidade e a Saúde Individual são influenciadas prevalentemente por fatores econômicos e sociais que ultrapassam de muito a escassa contribuição que a assistência médica pode dar.

A elevação do padrão de vida ou a transformação social de população marginalizada certamente tem sobre o estado de saúde uma influência bem maior do que a obtida por qualquer diretiz médica. A morbidade de nossas populações faveladas exprime uma realidade em que predominam a ignorância, o alcoolismo, as drogas, a violência e a subnutrição aliados a uma profunda desagregação social e cultural. Nenhuma descoberta médica, nenhuma teoria fisiopatológica teria a mínima influência sobre este estado.

O sistema de assistência médica, às necessidades sentidas como o define a Lei

do Sistema Nacional de Saúde, depende basicamente da estrutura social vigente que no Brasil até o momento se caracteriza principalmente pela compra de serviços na área privada e pelo pagamento por tarefa ou unidades de serviço. Nada impede porém uma mudança radical, pois por força de circunstâncias as mais diversas estruturas sociais, econômicas e políticas podem evoluir para o mesmo sistema de saúde e relatório da própria OMS, publicado em 1973 (90) já diz: "a relação entre os serviços de Saúde e a estrutura política de uma nação não é tão intensa que não permita ao Sistema de Saúde alterar-se separadamente e independentemente e funcionar de igual modo em múltiplos sistemas políticos, econômicos e sociais".

A meta em relação a esse determinante é a *universalização da assistência médica*. Mas para que a universalização seja possível é necessário que a medicina seja racionalizada dentro das possibilidades econômicas. Sendo limitados os nossos recursos e sendo ilimitados as necessidades criadas pela demanda crescente e pelos progressos tecnológicos (ainda mais se feitas ao sabor da livre iniciativa) *ela só será possível mediante o controle absoluto do Estado e de um único órgão centralizador do processo de saúde*.

A meta é portanto a cobertura universal de toda a população, sem discriminação econômica ou geográfica através de um programa nacional uniforme e planejado que conjugue todos os setores dispersos e todos os esforços cabíveis.

Os três grandes problemas nessa área são:

1 — A relação entre a atenção médica e o ideal de saúde. O ideal de saúde definido pela OMS como "estado de bem-estar físico, mental e social", é utópico, porque se situa além das possibili-

dades médicas. Por outro lado, a proposta ideal de "ausência de doença" é impossível de ser alcançada sendo a situação bem definida por Maxwell (91) quando diz: "o progresso médico debelando algumas doenças traz novas necessidades e aumenta os requisitos de assistência. Se diminuimos a mortalidade infantil, vamos ter mais velhos com requisições específicas para a idade. Cada novo avanço da tecnologia, como a hemodiálise para crônicos ou a cirurgia cardíaca, cria uma nova classe de pacientes com demanda. Cada polegada que ganhamos na base alarga a pirâmide dos gastos".

Neste contexto só podemos concluir que para uma assistência efetiva alguns têm de perder para que a maioria possa ganhar.

A proposição ética de que não há preço para a vida humana esbarra na verificação de que às vezes o resgate de uma vida custa milhares de outras.

2 — A tensão entre a liberdade do indivíduo e a intervenção do Estado na atenção médica. No momento, os tipos de atenção médica existentes no Brasil poderiam ser divididos em quatro grupos; a da livre iniciativa; a da Previdência Social com seus próprios; a da Previdência Social através das empresas conveniadas e a dos hospitais oficiais ou institucionais.

A primeira que é dita a mais livre, é residual em virtude de seu elevado custo. Julgamo-na prejudicial ao todo apesar de se poder pensar que quanto mais gente afastada da área da Previdência e da oficial melhor para os usuários desta última. Na realidade, se a elite econômica e social do País dispõe de serviços que ela mesma financia e onde é atendida, os seguintes inconvenientes passam a surgir: ela se ressentida dos descontos para a Previdência, que não a beneficiam; ela não se interessa em fazer pressão para que os

serviços oficiais e previdenciários melhorem; ela desvia para seus serviços, afastando-os total ou parcialmente dos hospitais de ensino da comunidade, os melhores profissionais.

Nas outras três áreas de um modo geral predomina a compra de serviços pelo atual INAMPS, e assim a liberdade existe, mas não para os usuários e sim para os profetores do sistema.

O grande problema não é portanto a liberdade de escolha, mas a liberdade para alguns em detrimento de todos.

3 — A determinação de uma distribuição igual de recursos em condições de desigualdade de necessidades. Cabe aqui o dito de Aristóteles, citado por Campbell (92): "A injustiça consiste em tratar igualmente os desiguais como em tratar desigualmente os iguais".

Éticamente, só existe uma base moral para a discriminação: a grande necessidade de grupos ou indivíduos, devendo decidir-se socialmente em termo de prioridades para estabelecer parâmetros do mínimo tolerável que cada cidadão pode esperar de um Sistema Universal de Saúde.

Sabemos que este plano universal teria sérios riscos como distorções, dificuldades administrativas, potencial inflacionário e excessiva concentração de poder administrativo e político. Mas qualquer plano tem seus riscos e o objetivo longamente almejado por todos de um acesso equitativo à assistência médica, vale a pena.

Bibliografia

1. GEIGEL — Discurso por ocasião da posse do Ministro da Previdência e Assistência Social. Brasília, maio de 1974.

2. KENISTON, K. — The medical student-Yale J. Biol. Med. 39:346, 1967.
3. FREYMANN, J. G. — Medicine's Great Schism: Prevention vs Cure: an historical interpretation. Medical Care, 13:525, 1975.
4. PARSONS T. — Social Change and medical organization in the United States: a sociological perspective. Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci., 346:21, 1963.
5. ROSEN, G. — From Medical Police to Social Medicine in Essays in the History of Health Care. New York, Neale Watson Publ., 1974.
6. HARPER, P. A. — Historical development of maternal and child health in Preventive Medicine and Public Health. New York, K. F. Maxy Ed. — Appleton Century Crofts Inc., 1956 p. 634.
7. WYNN A. — Helath Care System for pre-school children. Proc. Roy. Soc. Med. 69:340, 1976.
8. LEAF, A. — Duke University Medical Center-Board of Visitors Meeting. 3, April, 1976.
9. MANEVY, Santé: la bombe du Pr. Soruja. L'Express, 1977.
10. MEYERS, H. B. — The Medical industrial complex in Handbook of human service organization. New York, Behavioral Publ., 1974 p. 82.
11. The Monopolies Comission — Chlordiazepoxide and Diazepam. London, HMSO, 1973.
12. How many antibiotics (Ed.) Brit. Med. J., 2:719, 1976.
13. CASTLE, M. e cols. — Antibiotic use at Duke University Medical Center. JAMA, 237:2819, 1977.
14. AGUIAR, N. — O Hospital de Ipanema: decênio 1967-1977. Rio de Janeiro, MPAS-INPS, 1977.
15. KUNIN, C. M. e cols. — Use of antibiotics: a brief exposition of the problem and some tentative solutions. Ann. Intern. Med., 79:555, 1973.
16. Drugs for psychiatric disorders. Med. Letter, 18:89, 1976.
17. INGELFINGER, F. J. — Those ingredients most used by doctors (Ed.). New Eng. J. Med., 295:616, 1976.
18. BAILAR III, J. C. — Mammography: a contrary view. Ann. Int. Med., 84:77, 1976.
19. ARONSON, A. L. — Emergency cardiovascular services. Ann. Int. Med., 85:253, 1976.
20. MATHER, H. G. e cols. — Acute myocardial infarctions: home or hospital treatment. Brit. Med. J., 3:334, 1971.
21. ROSE, G. — The contribution of intensive coronary care. Brit. J. Prev. Soc. Med., 29:147, 1975.
22. SIQUEIRA, B. P. — Comunicação à reunião do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Brasília, 1977.
23. FERNANDES, A. — Hospitais: dilema entre estatizar e privatizar. O Estado de São Paulo, 20 de fevereiro de 1977.
24. ALQUERES H. — Assistência Médica na Previdência Social *In* Conferência Nacional de Saúde, 5, Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975 p. 269.
25. IBANEZ Fº, — Comunicação ao VIII Congresso Brasileiro de Microbiologia. Rio de Janeiro, 1977.
26. CORDEIRO, H. de A. e cols. — Programa de tratamento integral de pacientes crônicos de Hospital de Clinicas da UERJ. I Etapa diagnóstica. Rev. Saúde Públ., 11:119, 1977.
27. KNOWLESS, J. — The teaching hospital. Cambridge Harvard Univ. Press., 1966.
28. GENTILE DE MELLO, C. — Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977 p. 106.
29. BUNKER, J. P. — Surgical Manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. New Eng. J. Med., 282:135, 1970.
30. Statistics of the Bureau of Health and Vital Statistics National Center for Health Statistics, vol. 7, Feb. 1968.
31. NORTH Jr., F. — Christian Science Monitor, 138:98, 1970.
32. EVANS, H. E. — Tonsillectomy and adenoidectomy: review of published evidence for and against. Clinical Pediatrics, 7:71, 1968.
33. PAARAY, L. Ogra, M. D. — Effect of tonsillectomy and adenoidectomy on nasopharyngeal antibody response to poliovirus. New Eng. J. Med., 284:59, 1971.
34. LIPTON, S. D. — On psychology of childhood tonsillectomy. *Psychoanalytic study of the child*, 17:363, 1962.

35. Subcommittee on Oversight and Investigations of the Committee on Interstate and Foreign Commerce. Cost and quality of health care: unnecessary surgery. Washington DC, United State Government Printing Office, 1976.
36. DOYLE, J. C. — Unnecessary ovariectomies. JAMA, 148:13, 1952.
37. DOYLE, J. C. — Unnecessary hysterectomies: study of 6.248 operations in 35 hospitals in 1948. JAMA, 151:360, 1963.
38. GENTILE DE MELLO, C. — Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, CEBES — HUCITEC, 1977 p. 121.
39. SOMERS, A. R. & SOMERS, H. M. — A proposed framework for health and health care policies. Inquiry, 14:115, 1977.
40. SOMERS, A. — Health Cares and the Political System — Conference on Technology and Health care systems. Maryland, Jan. 1972.
41. The New York Times, January, 11, 1973.
42. GROSS, R. — Cost Benefit Analysis of Health Service. Acad. Pol. Soc. Sci., 399:98, 1972.
43. SCOTT, R. B. — Health Care Priority and Sickle Cell Anemia em Ethnic Groups of America. Vol. II: The Blacks. Illinois, Charles C. Thomas, 1974 p. 121.
44. FREEDMAN, D. X. — Psychiatry. JAMA, 239:510, 1978.
45. COMROE Jr., J. H. & DRRIPS, R. D. — Scientific basis for support of biomedical science. Science, 192:105, 1976.
46. National Health and its effects. New York Times, September, 28, 1975.
47. Department of Health, Education and Welfare. National Center for Health Statistics. Vital Statistics of the US 1973: Life tables.
48. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service: Age patterns in medical care, illness and disability. July, 1963 — June, 1965: series 10, nº 32.
49. LESER, W. — Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil no município de São Paulo de 1950 a 1970. Prob. bras., 10:17, 1972.
50. BRENNER, M. H. — Mental Illness and the economy. Cambridge Harvard University Press, 1973.
51. Special Tash Force to the Secretary of Health, Education and Welfare Work in America. Cambridge, MIT Press, 1973 p. 77.
52. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service Mental Health. Washington, Government Printing Office, 1969 p. 193.
53. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service Mental Health. Washington, Government Printing Office, 1969, p. 195.
54. VILLAS BOAS, A. — Extensão das ações de Saúde às populações rurais, In Conferência Nacional de Saúde. 5, Anais, Brasília, Ministério da Saúde, 1975 p. 219.
55. Brasil. Presidência da República. Central de Medicamentos. Plano diretor de medicamentos. Brasília, 1973.
56. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, 1971.
57. VILLAS BOAS, A. — Extensão das ações de Saúde às populações rurais, In Conferência Nacional de Saúde. 5, Anais, Brasília, Ministério da Saúde, 1975 p. 230.
58. Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência — A Saúde e a Medicina no Brasil: Contribuição para um debate. Rio de Janeiro, 1977. 69 p.
59. HART, T. — Inverse Care Law. Lancet, 1:405, 1971.
60. DIETRICH, B. H. — Water supplies in developing countries. In. Human Rights in Health. Elsevier Ciba Foundation Symposium, 1974 p. 81.
61. ELLING, R. H. & KERR, H. — Selection of contrasting national health systems for in depth study. Inquiry, 12 (suppl.):25, 1975.
62. GARCIA, I. C. — La Educacion medica en la America Latina. — Washington, Pan. Amr. Health Org. 1973.
63. NAVARRO, V. — Report of a visit to the planning office of the Colombian Government. The John Hopkins University, Department of Medical Care and Hospitals, School of Hygiene and Public Health, 1970.
64. SOMERS, A. R. — Violence, Television and the health of american youth, New Eng. J. Med., 294:811, 1976.
65. BARNETT, A. e cols. — On Urban Homicide: a statistical analysis. Cambridge, MIT Operations Research Center, March, 1974. p. 35.

66. STEPHANES, R. — A Previdência Social urbana e o INPS. Conferência na Escola Superior de Guerra. MPAS, setembro, 1976.
67. INGELFINGER, F. J. — Violence on TV: an unchecked environmental hazard. *New Eng. J. Med.*, 294:837, 1976.
68. BROZAN N. — Film and TV violence: a nurse school takes a stand. *The New York Times*, June, 3, 1975.
69. BROWN, L. — New Godfather — part of TV film deal. *The New York Times*, July, 10, 1975.
70. AMADO, J. — Tietá do Agreste, Rio de Janeiro, 1977.
71. National Conference on Preventive Medicine. New York, June 1975.
72. National Health and its effects. *New York Times*, September 1975.
73. TEIXEIRA, J. — Câncer do Pulmão. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1971.
74. CROS, J. F. — Chemical Risk to future generations. *Scientist and Citizen*, 10:113, 1968.
75. COMMONER B. — The Closing Circle. New York, Knopf, 1971.
76. GRANT N. — Mercury in man, *Environment*, 13:3, 1971.
77. Committee on Environmental Hazards of the American Academy of Pediatricians — Acute and chronic childhood lead poisoning *Pediatrics*, 47:5, 1971.
78. BARON, R. — The tyranny of noise. New York, St Martin Press, 1970.
79. SAI, F.T. — An analysis of future populations pressures. — *Proc. Roy. Soc. Med.*, 66:123, 1973.
80. Symposium on human right in health — The basic human rights to the means of controlling fertility (Discussion) Ciba Foundation, London, July, 1973. Elsevier, Excerpta Medica 1974. p. 217.
81. BIRLEY, J. L. T. — The effect of the environment on the individual. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 66:93, 1973.
82. GEISEL defende reformas de abril e promete mudanças. *Jornal do Brasil*, 2 de março de 1978.
83. GENTILE DE MELLO C. — O Nascimento do INAMPS. Folha de São Paulo, 3 de abril de 1978.
84. Brasil tem 11 milhões de incapacitados ao trabalho. *Jornal do Brasil*, 8 de agosto de 1976.
85. SHIMKIN, D. B. — Man, ecology and health. *Health*, 20:115, 1970.
86. SEABORG, G. T. — The recycle society of tomorrow *In Perspectives on energy: issues, ideas and environmental dilemmas*. New York, Oxford University Press, 1975. p. 521.
87. FUCHS V. — The contribution of health services to the american economy. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:4, 1966.
88. *Drug Research Report*. 15:47, 1972.
89. KOBIN, W. H. — Encouraging Better Health through television. *J. Med. Educ.*, 50:143, 1975.
90. World Health Organization — Organizational study on methods promoting the development of basic health services (Anexo II). Geneve, WHO, 1973. Publ. nº 206. p. 110.
91. MAXWELL R. J. — Health Care — the growing dilemma. New York, McKinsey Co., 1974.
92. CABELL A. V. — Establishing ethical priorities in medicine. *Brit. Med. J.*, 1:789, 1977.

5. Curso de Medicina — Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Piauí
Rua Desembargador Freitas, 1234
64000 — TERESINA — PI

6. Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Ceará
Rua Monsenhor Fortado, 1268 —
Rodolfo Teófilo
61000 — FORTALEZA — CE

7. Faculdade de Medicina — Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Pernambuco
Rua Arnóbio Marques, 310
50000 — RECIFE — PE

12. Faculdade de Medicina — Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus A. C. Siqueira — Maracanã
Universitária
Taboão das Marés
57000 — NITERÓI — RJ