

Racionalização da assistência médica no Brasil

Jaime Landmann

Professor Catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-RJ

“E eu, talvez pela minha formação pequeno-burguesa, também não admito que um olho vazado, uma perna amputada, um braço quebrado possam dar lucro a alguém”.

(Senador Jarbas G. Passarinho, Manchete, 18 de junho de 1977)

I

A relação entre demanda e assistência médica, o crescimento substancial dos gastos e ainda a progressiva inflação que vêm minando a nossa economia, estão trazendo grandes preocupações aos que administram, aos que trabalham e aos que utilizam serviços de saúde.

Toda a população é afetada pelo crescimento dos custos do setor de assistência médica, mas as camadas que mais sofrem são as de pouca renda e poucas opções para mitigar o impacto da inflação. Para elas, é impossível procurar outras formas de atendimento que não as oficiais e as gratuitas e muitos dos seus componentes são obrigados a adiar a procura de serviços curativos e preventivos, devendo, portanto, ter maiores problemas no futuro. Os serviços municipais e estaduais de saúde, tradicionalmente

procurados pelos mais pobres, não se expandiram para fazer face ao crescimento da população, não se adaptaram às exigências atuais e seu parco orçamento não atende ao custo crescente. Ao mesmo tempo, o desperdício de recursos pela Previdência Social sem um planejamento de prioridades, fez com que, esse ano ainda (1977), já estejamos ameaçados com uma restrição de serviços, enquanto cresce o preço dos alimentos e de outros itens essenciais de saúde.

Um estudo feito por Brenner (8), relacionando nos últimos 125 anos períodos de crises econômicas e estatísticas de saúde, mostra nitidamente que, nos períodos de recessão, há aumento das taxas de mortalidade e de morbidade, traduzido por aumento de mortalidade infantil, mortalidade por doenças vasculares (enfarte e acidentes vasculares cerebrais) e outras doenças comuns nas áreas urbanas. Do mesmo modo, a admissão em hospitais para doentes mentais cresce assustadoramente. Brenner atribui essa relação direta a três causas:

a) a luta por necessidades básicas: alimento, habitação, vestuário e recursos médicos;

b) o medo e ansiedade provocados pelo achatamento salarial e desemprego;

c) a perda do status social e econômico que acompanha a deterioração da situação financeira, causando, inclusive, maior consumo de álcool, com o aumento das doenças e acidentes que decorrem deste fato: mortes violentas (homicídios e acidentes de tráfego).

OS MAIS ATINGIDOS

A inflação nos preços dos alimentos, reconhecidamente superior à média geral, inicia sua

ação deletéria mesmo antes do nascimento. Mães subnutridas geram e dão à luz crianças com desvantagem biológica que jamais poderão recuperar. Na idade escolar, a subnutrição as torna incapazes para o aprendizado mais elementar, criando taxas de evasão na 1ª série em torno de 50%, e repetência crônica, perpetuando turmas escolares que, ao longo da infância e pré-adolescência, não conseguem assimilar os conhecimentos mais básicos. E à medida em que envelhecem, suas resistências são minadas e seus organismos são vulneráveis a grande número de doenças.

De acordo com os dados oficiais da V Conferência Nacional de Saúde (31), o Brasil possui uma população rural de 42 milhões de habitantes distribuída em 7.834 localidades (cidades e vilas), das quais 5.395 têm menos de 2.000 habitantes e 1.241 entre 2.000 e 5.000. São localidades que se distinguem pela inexistência ou deficiência acentuada de condições urbanísticas: casas de alvenaria, áreas calçadas, drenagem de águas pluviais, luz elétrica, abastecimento de água, esgoto sanitário ou mesmo instalações domiciliares para o destino adequado de dejectos.

Embora o percentual da população rural esteja diminuindo em relação à urbana, o seu número absoluto, apesar do contínuo fluxo migratório, continua aumentando, em virtude da expressiva natalidade, com taxa média de crescimento demográfico situada em 2,5%. A população das áreas rurais é predominantemente jovem, com 61% representado por indivíduos abaixo de 24 anos; o nível de escolaridade é baixo e o índice de analfabetismo é de quase 60%. A mortalidade geral e

infantil é elevada, atingindo em certas regiões, índices idênticos aos dos países mais atrasados do mundo. Cerca de 50% dos óbitos ocorrem no grupo etário inferior a cinco anos. As doenças infecciosas e parasitárias, as enterites e outras enfermidades diarreicas, de alguma maneira sempre associadas à desnutrição protéico-calórica e às anemias carenciais, encontram-se entre as principais

causas de morte. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), somente 2,47% das localidades estão ligadas à distribuição de água e 26% são abastecidas por poços e nascentes. No que tange às instalações sanitárias, 1,6% possuem fossas asséticas e 75% não possuem qualquer dispositivo de eliminação de dejectos. Estudos recentes, feitos pela Fundação SESP (Servi-

ços Especiais de Saúde Pública), demonstram que 70 a 95% das habitações rurais lançam seus despojos na superfície. Em áreas extensas, as populações sofrem efeitos da esquistossomose, da febre tifóide, da amebíase, das gastroenterites, do tracoma, da malária, da doença de Chagas e de outras endemias, cujas etiologias estão estreitamente ligadas ao saneamento.

QUADRO I

Classificação das doenças infecciosas em relação ao suprimento de água.

Categoria	Exemplos	Melhoria necessária
1. Devida à água a) clássica b) não-clássica	febre tifóide, cólera hepatite infecciosa	esterilização microbiológica. melhorias microbiológicas
2. Devida à lavagem a) pele e olhos b) doenças diarreicas	escabiose, tracoma disenteria bacilar	suprimento de maior volume suprimento de maior volume
3. Baseada na água a) penetração pela pele b) ingestão	esquistossomose "verme da Guiné"	proteção do usuário proteção da fonte
4. Baseada na interação água -inseto vetor a) picada na vizinhança da água b) reproduzindo-se dentro da água	doença do sono febre amarela	água encanada na fonte água encanada no lugar de uso.

O Quadro I tomado de Bradley (6) classifica as principais doenças infecciosas relacionando-as ao suprimento de água. Em geral são infecções em que a dose mínima de germes capaz de produzir doença é muito baixa, de modo que mesmo após extrema diluição do material infectante, a transmissão ainda ocorre. O grau de endemias e epidemias resultantes da água contaminada depende em grande parte do número de consumidores. O problema é geral em todos os países em desenvolvimento onde milhões de pessoas são vítimas anuais de uma variedade de doenças comunicáveis em lugares onde a contaminação biológica por dejectos atinge as fontes de água consumida. O provimento de água não contaminada às populações rurais tem custos entre US\$ 1 por habitante a US\$ 30, com valores médios de US\$ 6 (12), por isso mesmo, nessas áreas, o gasto em saneamento decresce a mortali-

dade infantil três vezes mais do que o gasto equivalente em programas de medicina curativa, como se depreende de relatório recente publicado sob auspícios da ONU (Organização das Nações Unidas) (13). Mas a própria disponibilidade de serviços de medicina assistencial ou preventiva nessas áreas é limitada. Cerca de 40% dos municípios brasileiros não dispõem da mínima infraestrutura de saúde, não contam com médicos locais e os poucos recursos existentes não têm uma organização racional que lhes permita planificar ou atender às necessidades básicas regionais.

Nas áreas urbanas, os problemas de saúde se aproximam daqueles encontrados nos países desenvolvidos. A média de vida é maior, a relação entre médicos, instituições e habitantes é proporcional e a medicina assistencial ganha importância. Nas grandes metrópoles, os problemas médicos e sociais se interre-

lacionam pela coexistência de focos de extrema pobreza com os setores sociais de economia variável e muitas conquistas na área da saúde são anuladas pelas condições ambientais, determinadas pelo abarrotamento populacional, pela poluição e pela violência. De muitas maneiras as nossas grandes cidades tornaram-se locais não muito saudáveis para a vida. Cresceu, como no resto do mundo, a mortalidade por câncer, doenças vasculares, consequências do alcoolismo, suicídios, homicídios e acidentes vários.

A mortalidade infantil decresceu em algumas áreas (21) e os pobres tiveram maior acesso a fontes de assistência médica com maior utilização do sistema. Mas a maioria dos grandes problemas permaneceu. O aumento da alimentação continua contribuindo para a subnutrição. O abismo entre pobres e ricos aumentou, limitando para os primeiros a expectativa de vida a menos de 50

Racionalização da assistência médica no Brasil

anos, por saúde inadequada, exposição a condições mórbidas e todas as consequências da miséria. As mulheres pobres recebem muito menos exames preventivos para o câncer ou tratamento pré-natal, enquanto nas crianças pobres os níveis de imunização continuam perigosamente baixos. Muitos dos benefícios da medicina moderna, mesmo aqueles bem em conta não são ainda utilizados.

II

Analisando-se a situação acima descrita, verifica-se logo que a saúde da comunidade é influenciada prevalentemente por fatores econômicos e sociais que ultrapassam de muito a escassa contribuição que a medicina pode dar. A elevação dos padrões de vida ou a transformação social da população marginalizada certamente teria uma influência sobre o estado de saúde bem maior do que a obtida por qualquer diretriz médica. A morbidade da população favelada exprime uma realidade em que predominam a subnutrição, a ignorância, o alcoolismo, as drogas e a violência, aliados a uma desagregação social e cultural profundas.

Nenhuma descoberta médica, nenhum antibiótico, nenhuma teoria fisiopatológica teria a mínima influência sobre esses trágicos eventos.

ESTRUTURA SOCIAL

Assim, os problemas de saúde estão intimamente conectados com os problemas de cidadania, com os problemas dos direitos humanos, porquanto a estrutura econômica cultural e social da comunidade influi profundamente sobre seu estado de saúde. Esta influência é exercida por forças sobre as quais a medicina não tem poder de atuação e sua prevenção é problema político e de

governo. A horrenda desumanização que resulta da massificação da pobreza é primariamente um problema de distribuição de riqueza e os problemas médicos são uma consequência social.

Tendo focalizado este primado, vamos voltar-nos para os problemas de saúde que podem ser afetados significativamente pela qualidade da assistência médica, definida como tal o cuidado do doente e a prevenção da doença, ou melhor, a responsabilidade de diminuir a morbidade e a mortalidade através da aplicação da ciência biomédica.

Para *Seldin* (27), três fatores são determinantes de saúde:

a) o sistema social e econômico, do qual já falamos; b) o sistema de saúde que vigora em determinada área; c) os recursos humanos e científicos à disposição deste sistema, que são em grande parte um produto da escola médica.

É verdade que o sistema de saúde depende basicamente da estrutura política da sociedade e das relações de poder entre grupos e instituições, mas existem muitas variáveis pelas quais, por forças de circunstâncias, regimes de estruturas econômicas e políticas diversas acabam evoluindo para o mesmo sistema de saúde, sendo até possível, segundo *Juan Campos* (10), que nos regimes estrutura política da sociedade e autoritários, a reforma dos serviços de saúde, a sua organização e a sua racionalização sejam mais fáceis de executar do que em sociedades pluralísticas.

Relatório aprovado em 1973 pela Assembléia Mundial da OMS (Organização Mundial de Saúde) (32) é relevante neste aspecto: "The link between health service and political structure is not so intimate that the health service cannot change separately and independently within most socio-political systems". (*)

De acordo com a tese da autonomia, tornam-se descabidos os argumentos dos que advogam a privatização do setor saúde, achando que a estatização é assunto genérico e não específico da área. A própria OMS através de uma análise comparativa dos sistemas de saúde em diferentes nações de índice econômico variável, estudando especificamente a mortalidade infantil como referência, mostrou que nações de igual nível econômico, de desenvolvimento social e educacional idêntico e de semelhante teor de investimentos materiais no setor saúde, diferem acentuadamente na dependência do modo pelo qual a assistência médica é distribuída e executada.

III

Historicamente persiste no Brasil, como em quase todos os países do mundo, uma dicotomia nítida entre a medicina preventiva e a medicina assistencial.

A lei número 6229, de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definiu de antemão dois campos institucionais diversos: o do Ministério da Saúde voltado para o interesse da Saúde Pública e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, destinado ao atendimento médico individual; e mais: ambos os campos distanciados do setor de formação de recursos humanos a cargo do Ministério da Educação.

A Previdência Social no Brasil vem evoluindo a passos largos, desde a histórica lei Eloy Chaves, de 1923, que criou as primeiras caixas de previdência no setor dos ferroviários.

Atualmente, o MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), através do projeto do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), procura unificar em um único órgão a assistência médica a cargo do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), FUNRURAL (Fundo de Participação do Operário Rural), do IPASE (Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores Estaduais) e de outras instituições autárquicas de menor monta. De acordo com *Alqueres* (1), em

1975, o MPAS era responsável por 60% dos gastos em assistência médica no país, cabendo 15% às demais instituições públicas (federais, estaduais, municipais e da administração direta) e 25% ao setor privado. Atualmente, decorridos dois anos com a ampliação da assistência médica no setor da previdência social e com a diminuição dos recursos no setor privado e até no setor das instituições públicas, é de se presumir que o futuro do INAMPS deverá abarcar mais de 70% dos gastos da assistência médica brasileira.

O que se observa de prático nos últimos anos, em relação à política nacional de saúde é o investimento maciço no setor de assistência médica. Em 1975, a quantia despendida pelo INPS, neste setor, foi de 11 bilhões e 300 milhões de cruzeiros, o dobro do gasto em 1974 - 5 bilhões e 600 milhões - e o triplo do que se consumiu em 1973 - 3,5 bilhões (7). No ano de 1976, o INPS previa aplicar 16,5 bilhões em assistência médica, mas gastou 23,6 bilhões, enquanto no FUNRURAL a despesa foi de aproximadamente 10 bilhões (11).

GASTOS

Isso, por si, pode representar uma política governamental, que é a de promover gastos crescentes e vultosos, visando ampliar o acesso da população à assistência médica, colocando o Brasil entre os países que, proporcionalmente ao seu produto nacional bruto, mais gastam neste setor, especialmente em medicina curativa, para onde se destinam perto de 90% das verbas.

Com essas quantias, o INPS pôs à disposição de seus segurados os seus 30 hospitais próprios com 13.500 leitos, 5.000 ambulatórios e seus 45.000 profissionais da área da saúde, quase a metade constituída por médicos.

Contudo, seu maior investimento foi na enorme rede dos 2.999 hospitais privados com 236.000 leitos contratados e nos 12.000 médicos credenciados em todo o território nacional. No todo, isto se traduziu por 80 milhões de consultas médicas em 1975, com 5 milhões de internações e em 105,5 milhões de con-

sultas em 1976, com 6,6 milhões de hospitalizações. A demanda foi de tal modo crescente que, em outubro de 1976, o INPS já havia consumido toda a verba de assistência médica consignada para aquele ano, forçando-o a tomar medidas de redução das despesas e de contenção ou controle da expansão indiscriminada. Em 1977, os gastos para assistência médica foram fixados em 27,4 bilhões de cruzeiros, incluindo ainda a assistência social ao menor e à velhice. Em relação aos gastos em 1976, esta soma representa uma redução, levando-se em conta a inflação geral e a hospitalar. Deste modo, implicitamente, o futuro INAMPS terá de rever o seu modo de prestação de serviços, estabelecer prioridades e fundamentalmente racionalizar a retribuição desses serviços.

IV

O grande problema que se apresenta a todos inicialmente é o de saber o quanto a ampliação da assistência médica resultará em benefício da saúde da população ou, em outros termos, qual o retorno em matéria de saúde que se pode esperar do capital investido.

Até o momento, quase todos os recursos são engajados numa área que define a Saúde como um bem de consumo, subvencionando e propiciando lucros a vários ramos da indústria privada que dominam hoje em dia a assistência médica nacional e internacional e que são acusados de sérias distorções, em todos os países, por suas próprias autoridades sanitárias e econômicas.

Para avaliar o retorno que podemos esperar desta política, nada como comparar com o que se passa em outros países que até agora vinham seguindo o mesmo caminho e que vêm experimentando uma redução gradativa da compensação, em face de gastos cada vez maiores e rendimento cada vez menor.

Nos Estados Unidos, de 1900 a 1954, a expectativa média de vida cresceu de 42 para 74 anos, como resultado evidente do desenvolvimento socio-econômico, o qual permitiu inclusive o controle das doenças infecciosas. A morte por tuberculose, tomada

como exemplo, caiu de cinco por mil habitantes em meados do século XIX para dois por mil habitantes no início do século XX e para dois por cem mil habitantes nos dias de hoje.

Estranhamente, o aumento da expectativa de vida não mais ocorreu a partir de 1954, embora a expansão dos recursos econômicos dedicados à assistência médica tenha se avolumado rapidamente. Em 1975, os Estados Unidos gastaram 108,5 bilhões de dólares, o que representa 547 dólares por habitante, comparados aos 198 dólares anuais gastos em 1965 e aos 25 dólares anuais por habitantes dispendidos em 1953; de 1955 a 1975, o gasto em assistência médica tem crescido a razão de 12% ao ano, e no total dos 20 anos o aumento dos gastos foi de 600% (9, 28, 29). Em saúde, no ano de 1976, os Estados Unidos despenderam mais de cento e quarenta bilhões de dólares, perto de 9% de seu produto nacional bruto, o que superou os gastos militares; só o Governo Federal concorreu com 50 bilhões, representando 12% do orçamento. De 1965 a 1975, enquanto a inflação geral crescia em 76%, a da assistência médica atingia uma proporção de 102%, isso mais uma vez nos Estados Unidos (4). Cada vez mais o Estado ou o Governo americano é envolvido como participante direto dessas despesas e já em 1974 contribuía com 40%, prevendo-se para breve um comprometimento quase total. O pagamento direto pelo próprio paciente caiu de 90% para 35% nos dias de hoje.

Apesar de todo esse esforço, os Estados Unidos em termos de longevidade, nos últimos 20 anos, continuam ocupando o 25º lugar entre os países do mundo e, em termos de mortalidade situam-se em modesto 19º lugar, inclusive atrás de Portugal apesar de em termos de gastos absolutos, de gasto por habitante e de gastos relacionados com o produto nacional bruto ocuparem o 1º lugar distante dos demais - Quadro II (25). A Inglaterra gasta hoje em dia em saúde assistencial, por habitante, 1/3 do que fazem os americanos; no entanto, ocupa o 6º lugar na escala das nações em termos de longevidade, enquanto

Racionalização da assistência médica no Brasil

a Alemanha Ocidental, destinando *per capita* uma quantia quase idêntica à dos Estados Unidos permanece no 16º lugar.

A diminuição do retorno é inevitável, primeiro porque há uma

limitação biológica à expectativa de vida. A morte por doenças infecciosas cedeu lugar à ocasionada por doenças degenerativas e causadas pelo meio-ambiente e modo de vida, como as cardio-

vasculares - que hoje ultrapassam as taxas de mortalidade por tuberculose no século XIX -, o câncer, as doenças pulmonares obstrutivas, os acidentes por veículos motorizados e as mortes violentas por suicídio ou homicídio. Este mesmo fenômeno ocorre em todas as áreas desenvolvidas, constituindo o que *Maxwell* (23) denomina o "paradoxo da assistência médica", no qual removidos uma série de problemas mórbidos surgem outros mais complexos, de cadeia epidemiológica mais complicada e muito mais custosos - Quadro III.

QUADRO II

Posição de 19 países desenvolvidos por taxas de mortalidade.

País	Taxa Média	Perinatal	Infantil	Materna
Suécia	1.7	1	1	1
Noruega	3.0	6	3	3
Holanda	3.6	5	2	7
Suíça	5.9	4	6	12
Dinamarca	6.4	2	5	6
Inglaterra e Gales	8.0	7	8	7
Bélgica	9.4	9	13	9
Finlândia	9.4	2	4	3
Espanha	9.7	*	14	16
França	11.3	11	9	11
Irlanda do Sul	11.7	13	10	13
Itália	12.0	17	19	18
Luxemburgo	12.2	8	7	*
Irlanda do Norte	12.9	16	16	5
Escócia	13.0	12	12	2
Alemanha Ocidental	13.1	10	15	17
Áustria	14.6	15	17	15
Portugal	15.1	18	20	19
Estados Unidos	15.3	14	11	10

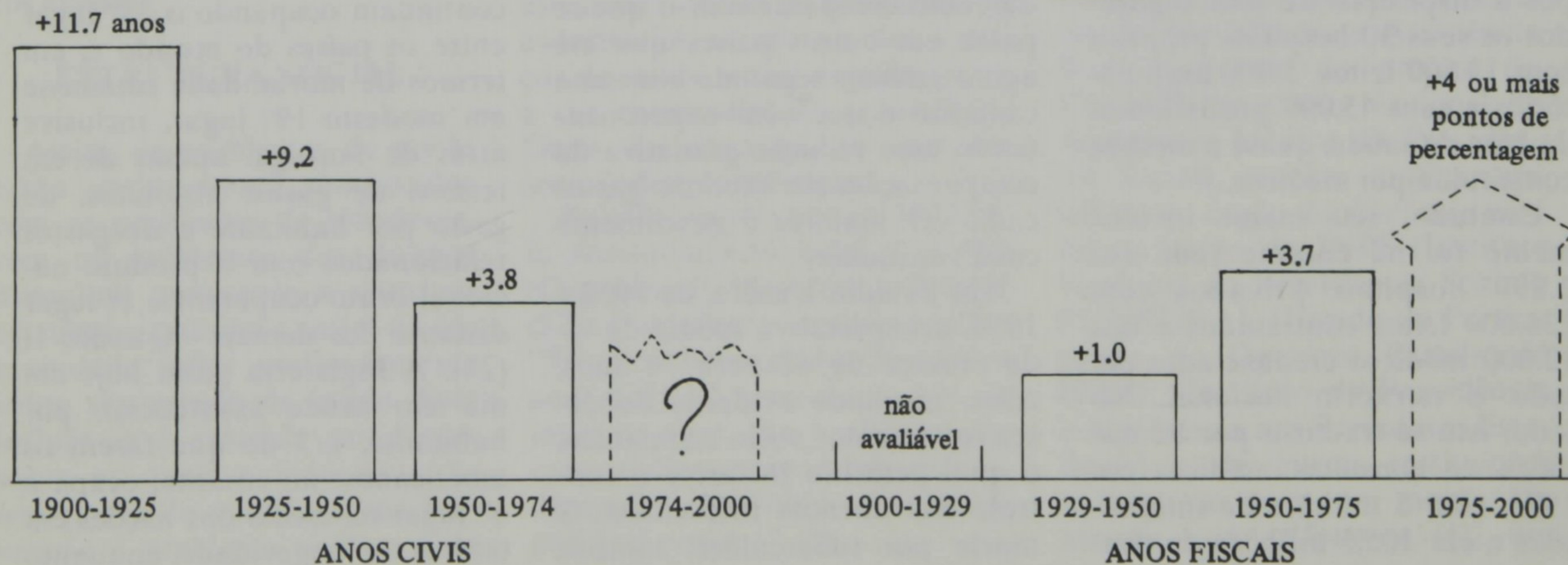
*Este dado não foi possível ser obtido.

QUADRO III

Aumento da expectativa de vida comparado aos aumentos de percentual de gastos do PNB em assistência médica nos Estados Unidos no século XX.

AUMENTO NA EXPECTATIVA DE VIDA

AUMENTOS NO PERCENTUAL DE GASTOS DO PNB EM ASSISTÊNCIA MÉDICA



Nos países em desenvolvimento, também não há relação entre os recursos aplicados em medicina curativa e a mortalidade geral ou infantil. O Líbano e a Síria têm mortalidade infantil de 5% gastando muito menos do que a Arábia Saudita, país onde a mortalidade infantil se aproxima dos 50% (13). Em relação ainda a números neste setor, vale repetir, segundo relatório da ONU (Organização das Nações Unidas), que ao investimento em medicina curativa nos países em desenvolvimento corresponde um decréscimo de mortalidade infantil três vezes menor do que o obtido em dispêndios equivalentes na área de Saúde Pública.

Não se questiona a necessidade de assistência médica, mas o indispensável estabelecimento urgente de prioridades e de diretrizes para que a máquina da indústria da saúde não absorva todos os nossos recursos através de seus quatro grandes setores, a saber: a) indústria farmacêutica; b) indústria de equipamentos; c) empresas de saúde e hospitais privados; d) pessoal médico remunerado pelo sistema de serviços prestados.

V

A indústria das drogas é hoje uma das mais rendosas do mundo. As companhias farmacêuticas ditas éticas, ou seja, que só vendem produtos prescritos por médico, asseguram este lucro gastando 25% dos seus rendimentos em propaganda e distribuição de amostras junto aos que receitam seus produtos. Distorcem a educação médica, estimulam o uso de drogas e tornam o público dependente de remédios, aumentando os problemas iatrogênicos. A rentabilidade da indústria farmacêutica é tamanha que dela participam, hoje em dia, a Lockheed, a United Aircraft, a Philip Morris, a Motorola, a Zenith que pertenciam tradicionalmente a outros campos (24).

O segundo setor lucrativo é o de equipamentos, o que se reflete por gastos crescentes em hospitais, centros universitários e clínicas privadas ou governamentais, todos clamando por novos monitores, novas máquinas de radiolo-

gia e eletrônica hoje movidos por computadores e que, em poucos anos, se tornam obsoletos. Os equipamentos sofisticados criam falsas esperanças de cura e de precisão diagnóstica e, algumas vezes são até deletérias no uso; basta citar como exemplo recente, o potencial carcinogênico da mamografia massificada (2).

O terceiro elemento de captação de recursos é representado, no Brasil, pelos quase três mil hospitais privados conveniados em geral com o INPS, e que realizaram em 1976 mais de seis milhões de internações. Que benefícios trazem à saúde da população? Como avaliar sua eficiência e eficácia? Que espécie de serviços prestam? Quantos têm laboratórios, serviços de raios X, corpo médico estável, enfermagem eficiente e Residência Médica? Cabe por sinal lembrar que das seis milhões de internações efetuadas pela rede privada em 1976, 10 foram oficialmente denunciadas como desnecessárias pelo próprio presidente do INPS, Reynhold Stephanes, em Pronunciamento na Escola Superior de Guerra (15); ou seja, seiscentas mil pessoas foram internadas injustificadamente e sujeitas à morbidade hospitalar.

A expansão dos serviços do INPS refletiu-se por abandono progressivo da política de construção de hospitais próprios e pela adoção de uma outra de contratação de serviços a conveniados. Em 1975, as internações representaram 72% das despesas do INPS em assistência médica em onze milleitos próprios e cento e nove mil contratados. Criou-se assim uma máquina poderosa de lucro através de hospitais que se autointitulam lucrativos, na expressão de seu porta-voz (14), e nas quais a medida da eficiência é dada pelo lucro auferido. O INPS procurou atender à demanda, oferecendo a bandeja da internação à empresa privada que passou a multiplicar a criação de hospitais e casas de saúde em condições de flagrante violação no que concerne a instalações, funcionamento e faturamento, o que tem sido objeto de múltiplos inquéritos e publicações na imprensa leiga e especializada. O próprio Secretá-

rio de Assistência Médica do MPAS reconhece que, *não raro*, existem situações pouco recomendáveis de superfaturamento (8). *Aloysio Fernandes* (14), em artigo de louvor ao hospital de finalidade lucrativa, diz: "... foram os primeiros hospitais a aceitar a importância de lucro e a busca desenfreada deu origem aos seus maiores erros. Cometeram-se erros, sacrificaram-se os padrões de atendimento, houve deslizos de superfaturamento, fatos responsáveis pela má imagem perante o público e os órgãos governamentais.

Ao lado surgiram também empresas de saúde que, mediante contribuição por empregado se encarregam da assistência médica prestada a certas firmas, cujos trabalhadores ficam desse modo fora da alçada direta dos serviços do INPS. Como o custo desses serviços é baixo, o lucro é obtido através do achatamento salarial do médico e da redução drástica de consultas, exames laboratoriais e internações. A dita medicina empresarial passa a ser um instrumento não da saúde do trabalhador, mas um meio para a produção material e acumulação de lucro, alijando candidatos que eventualmente possam a vir requerer algum tipo de assistência no futuro, mantendo em atividade pessoas carentes de cuidados médicos e dispensando sumariamente os que após longas jornadas de trabalho se acham minados pela doença e possivelmente incapacitados. Como atendem às indústrias ricas e empresas de serviço, o contingente é mais sadio. Carreiam assim recursos do INPS para uma população selecionada, em prejuízo da maioria. Por outro lado as grandes catástrofes médico-cirúrgicas continuam por conta do INPS. Assim a medicina é feita ainda tendo o lucro como finalidade e que pode conduzir a resultados adversos e diferentes: em vez de superatendimento passamos ao subatendimento e em vez da superhospitalização passamos para subhospitalização.

Finalmente o quarto setor, o de recursos humanos, especialmente no que concerne ao número e ao tipo de médicos que formamos,

Racionalização da assistência médica no Brasil

está inflacionado com a produção de médicos vindos de escolas tradicionais que diplomam nos países desenvolvidos e em desenvolvimento agentes de uma indústria de assistência médica, tecnologicamente orientados e sem nenhum preparo para enfrentar os grandes problemas de saúde do povo.

O cerne da questão está, indiscutivelmente, no conceito de saúde, considerada nas esferas oficiais como pertencente ao mercado de consumo e como tal remunerado através do sistema de pagamento por serviços prestados ou por tarefa, com pequenas exceções e modificações.

O problema é sabermos se os serviços médicos devem ser prestados por esse mecanismo ou se ele deve ser limitado seriamente e nos devemos voltar, em consequência, para um serviço de saúde institucionalmente estruturado como acontece em vários países europeus, em contraste com os Estados Unidos, por exemplo.

VI

Existem dois argumentos a favor do sistema de pagamento por tarefa:

a) Seria uma barreira ao uso indiscriminado de serviços médicos: esta barreira só funciona no plano individual quando o próprio indivíduo paga diretamente pelos serviços que lhe são prestados ou ainda através de um sistema parcial, conforme se vêem insinuando ultimamente para os mais favorecidos. O pagamento parcial de serviços médicos que está sendo proposto parece-nos um meio errôneo de solução, porque são justamente aqueles com menor rendimento os mais afetados. Os grandes assalariados e os patrões não serão atingidos pela barreira econômica. No entanto, aqueles de orçamentos limitados, mesmo não precários, serão agra-

vados consideravelmente, podendo adiar a procura de serviços preventivos ou a consulta em época ainda útil de tratamento. Por outro lado, sendo mínima a fração da população que constitui a elite econômica e que pode pagar substancialmente pelos serviços prestados e, sendo adotado esse princípio, o INAMPS implicitamente aceitaria a obrigação da prestação da qualidade, quantidade e suntuosidade de serviços que essa elite exigiria forçando-o portanto a um nível de assistência médica muito além até mesmo do que a maioria das nações mesmo desenvolvidas podem assegurar.

b) Se vivemos em uma sociedade capitalista na qual a motivação para o trabalho é o pagamento por serviços prestados, somente este tipo de remuneração agiria como encorajamento para a execução de serviços pessoais, enquanto o salário fixo agiria como desestímulo de produção. Este ponto de vista constitui um insulto ao médico e é antiético e ultrajante, porque a prática no Brasil e no exterior tem demonstrado que não é impossível organizar a nossa profissão e mesmo a sociedade de modo que os indivíduos realizem o seu trabalho porque são socialmente responsáveis e não porque recebem um pagamento específico por cada tarefa desempenhada.

Reconhecemos ser difícil, numa sociedade como a nossa, onde grande número de profissionais, em especial fora do Rio de Janeiro, serviu, por anos a fio, tradicionalmente no sistema de pagamento por tarefa, alterar-se subitamente este tipo de "arranjo". Mas achamos que a classe médica não se apoia somente em bases materiais, mas sobretudo em valores intangíveis, como o amor à profissão, a dedicação à humanidade, o respeito ao próximo e o

sendo de responsabilidade para com a sociedade e o país. Achamos que nenhum médico ao intervir para salvar uma vida, para fazer algo em benefício de uma criança ou de um velho, assim age pensando na retribuição a ser dada pelo ato, ainda sabendo que grande parte do seu trabalho consiste em atendimentos de rotina sem maior significação. O fato mais importante a ser assinalado neste particular é de que mesmo nos Estados Unidos — terra da livre empresa — mais e mais médicos deixam o sistema de remuneração por honorários em favor de posições em que se assalariam. A cada ano, um a dois por cento dos médicos americanos deixam a livre iniciativa e hoje aproximadamente 40% do corpo médico americano vive de salários ou retribuições fixas (33). Temos ainda a admirável experiência da Inglaterra onde subitamente verificou-se que os médicos poderiam abandonar o sistema de pagamento por tarefas para serem completamente absorvidos pela nova modalidade. E o foram.

DEFESA

Não se compreende assim que a Associação Médica Brasileira, através de seu presidente (19), além de defender o sistema vigente de honorários médicos, ainda ataque os que se opõem a esta tese como inimigos da classe, advogando o pagamento por tarefas como fator primordial para uma suposta livre escolha, que serviria como um meio para aperfeiçoar os laços existentes entre médico e paciente. Paradoxalmente, assistimos hoje em dia o fato irônico de que esta relação vem se tornando mais distante com a evolução da prática médica que atenuou gravemente a interação humana na assistência médica em vista da corrida aventureira alimentada pelas empresas, convênios e pelas cadeias de empreendimentos privados, cuja única finalidade é o lucro.

Por isso, mesmo que o sistema de pagamento por serviços prestados funcionasse seríamos contra, por considerá-lo profundamente antiético, mas não precisamos avançar até este ponto, por-

que na realidade ele é um monstruoso desastre financeiro:

a) O reembolso por serviços prestados ou o reembolso de custos não encoraja nem produz uma contenção racional de despesas de assistência médica, mas estimula o seu crescimento, por maiores que sejam os controles que se tentam impor, levando a um gasto excessivo por hospitalização desnecessária, indiscriminada prescrição de drogas e expansão exagerada de facilidades para procedimentos tecnológicos de duvidosa eficácia. Por outro lado, impede uma racionalização dos gastos e estabelecimento de prioridades, fazendo com que a massa dos brasileiros seja impossibilitada de ganhar acesso ao atendimento.

b) O fato de que a maioria das contas hospitalares, ou a quase totalidade, seja paga hoje em dia através de um mecanismo indireto gerenciador do processo de assistência médica - INPS ou companhias de seguro-saúde, estas nas classes mais favorecidas, criou para os prestadores do serviço um verdadeiro cheque em branco para o financiamento da conta hospitalar e do honorário profissional, embora com limitações fixadas por tabelas ou gabaritos. Na verdade mesmo as tabelas ou gabaritos acabam superados porque, no interesse pelo lucro os hospitais privados reduzem a qualidade do atendimento. O financiador paga duas vezes: o serviço inepto do contrato e a remoção para um próprio ou outro hospital institucional onde se tenta mitigar os danos da atenção anterior. Ou seja, acaba sendo criada uma duplicidade de serviços: um para a maioria, de má qualidade, - hospitais lucrativos - outro, residual - próprios e demais institucionais.

Os procedimentos ministrados jamais ou raramente são cotejados com o custo ou então o são superficialmente.

Embora o pagamento por tarefa exista desde os tempos dos IAPs, no seu início subsidiava mais o atendimento ambulatorial, encarregando-se os próprios institutos dos procedimentos hospitalares, que, no Brasil marcaram um notável avanço tecnológico. Com a unificação dos insti-

tutos e a filosofia de ampliação do atendimento médico, não somente houve uma inversão maciça de recursos, como também uma reversão no atendimento passando o ambulatório para os médicos assalariados pelo INPS e a assistência hospitalar com seus 70% ou mais de gastos quase exclusivamente para a rede privada. Houve assim um aumento crescente de gastos devido em parte ao crescimento da população previdenciária e à maior oferta de serviços e ainda ao desvio cada vez mais acentuado de recursos da área previdenciária para a privada. O resultado óbvio é que as verbas estouraram e este ano já foi determinada uma restrição. Por outro lado, não havendo até o momento um planejamento de gastos e uma prioridade de atendimentos e continuando a funcionar o mesmo sistema de pagamento por unidade de serviços, os beneficiários não serão os usuários do serviço do sistema de saúde, mas os fornecedores do serviço.

TECNOLOGIA

Há enormes pressões para o gasto não prioritário do dinheiro público. Avanços tecnológicos são introduzidos em numerosos hospitais logo que surgem, antes que haja provas de sua eficácia. Decisões unilaterais para expandir serviços especializados, embora possam atender à instituição, também podem ser completamente inúteis para a comunidade como todo. Os métodos sofisticados de diagnóstico proliferam e de mês a mês novas exigências emergem nos setores de endoscopia, radioisótopos, tomografias computadorizadas e ultrasonografia.

Nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, o número de serviços privados que utilizam cineangiografias é enorme, o número de exames é crescente e o custo é quase todo pago pelo INPS; cabe ao médico Cr\$ 3.150,00 e à clínica privada que faz a radiografia Cr\$ 1.850,00 - preços de maio de 1977 por unidade. Paralelamente, os serviços próprios de cineangiografias pouco funcionam. O mesmo pode ser dito em relação ao procedimento, hoje técnica-

mente questionável, das pontes-de-safena para tratamento da insuficiência coronária; bastaria citar o trabalho de *Benchimol* e colegas (5), demonstrando que a melhora após a cirurgia se deve a fatores puramente psicológicos ou outros, sugerindo a ineficácia do procedimento. Editorial publicado no "Annals of Internal Medicine", órgão oficial do American College of Physician - outubro de 1976 - diz ser necessário que a classe médica exerça maior vigilância e exija um uso mais discriminado de métodos diagnósticos cardíacos, de cuidados em unidades especializadas e de procedimentos cirúrgicos com dispêndio de milhões de dólares em arteriogramas coronarianos desnecessários e indicações questionáveis de cirurgia (26). Justifica-se assim a nossa preocupação quando vimos o INPS gastar em 1976, mais de 1% das verbas de assistência médica em cirurgia desta natureza e o MPAS recuar de sua decisão de manter esses serviços e outros de tecnologia avançada restritos à área dos hospitais próprios e universitários.

O problema não é só de decidir se determinado procedimento é defensável em termos de custo-eficiência e de resultado imediato para determinado paciente isolado porque pressões individuais de pacientes influentes e de médicos mais importantes ainda, acabam por distorcer a realidade. A questão portanto é não criar através do mecanismo do pagamento específico, por tais serviços, o estímulo para sua realização e difusão indiscriminada e ainda o estímulo para formação profissional de especialistas nestes setores, atraídos pelo status econômico que eles conferem.

O mais grave é que na filosofia que norteia a estrutura do pagamento por serviços prestados há remuneração para os procedimentos armados. As unidades de serviço por uma endoscopia, por mais simples que seja, são muito maiores do que as pagas por uma consulta médica completa com anamnese e exame físico ou por manobras que salvam a vida, mas não utilizam cateter, bisturi ou eletrocautério; o resultado é um aumento desproporcional dos

Racionalização da assistência médica no Brasil

custos e uso indiscriminado desses procedimentos, sejam eles válidos ou não.

Em todas as cidades do Brasil, com um mínimo de infraestrutura sanitária, há uma pleto- ra de aparelhos eletrônicos e radiológicos que têm de ser amortizados e, portanto, utilizados sem levar em conta os benefícios. A moda atual é o "Scanner" ou aparelho de tomografia computadorizada. Nos Estados Unidos existem 300 desses espécimes custando 350 mil dólares por unidade com gasto anual de processamento de 400 mil dólares; a eficácia e utilidade é duvidosa, por isso, no Brasil, onde já existem alguns, estamos temerosos da ofensiva das companhias de equipamento tentando abarrotar o mercado.

Para o paciente, sendo o ato médico pago de maneira indireta deixa de existir uma relação entre o benefício a ser obtido e o custo. O agente indicador e executor dos serviços, no caso o médico, sabendo que ele nada custa ao paciente, não considera os gastos ou pouco se preocupa com eles, determina a natureza e quantidade de serviços diagnósticos e terapêuticos e por sua vez é subsidiado por uma tarefa que ele mesmo indicou. Do ponto de vista do previdenciário, ao tomar a decisão de procurar o médico, como consumidor, ele não tem outra alternativa. Se o pagamento partisse de seu bolso ele poderia ter alternativas de escolha, poderia decidir o quanto gastar em serviços médicos ou o risco de não procurar esses serviços; poderia decidir, por exemplo, entre uma radiografia rotineira de tórax e a compra de uma boneca para a filha. Já em relação à Previdência Social e às companhias de seguro privado tal escolha deixa de existir. Em princípio, a proposição parece ser salutar, pois o paciente teria o máximo de saúde, consu-

mando a melhor tecnologia, e paga indiretamente. A dívida representada pelo pagamento do serviço médico não pode ser transferida para nenhum outro benefício que se pudesse desejar. Portanto, e aí está o reverso da medalha, se o previdenciário sofre restrições na sua demanda de serviços médicos, na realidade está sofrendo uma diminuição salarial; ele perde algo sem receber nada em troca. Médico e paciente ficam numa posição aparentemente confortável, à espera da melhor assistência, do melhor tratamento, da última palavra da tecnologia, fazendo coincidir o interesse pecuniário do médico, sua realização no terreno científico, no sentido ético de fazer o melhor pelo cliente, e o interesse do paciente em buscar solução para seus problemas.

O resultado final dessa política já se sabe ser desastroso, quer sob o ponto de vista médico, quer sob o ponto de vista econômico. Poderíamos relatar aqui, inúmeros trabalhos publicados nos Estados Unidos sobre intervenções e hospitalizações desnecessárias em função desse sistema, hoje em dia de domínio público. Em 1973 foram realizadas nos Estados Unidos, 690 mil histerectomias, ou seja, uma taxa de 647,7 por mil mulheres. Isto simplesmente significa que caso todas as mulheres americanas completassem 65 anos, metade delas teriam tido seus úteros removidos.

No Brasil, dados expostos principalmente por *Gentile de Mello* (16), mostram a verdadeira calamidade que indica em todo recanto do Brasil intervenções, hospitalizações e procedimentos diagnósticos em massa tendo como única finalidade o lucro, aos quais se aliam os casos de evidente fraude e corrupção. Utilizando apenas o já clássico problema do parto cesáreo, podemos destacar

que pesquisa realizada no âmbito da assistência obstétrica, na cidade do Rio de Janeiro, revelou que o sistema de pagamento por unidade de serviço elevou a incidência das cesarianas, em escala significativa, mesmo quando a comparação é procedida no mesmo hospital, durante o mesmo período, com os mesmos médicos, indo desde 6% até mais de 50%. No Hospital Distrital de Brasília, em 1970, as pacientes da Previdência Social registravam uma taxa de cesárias dez vezes superior às pacientes indigentes (17). No Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Sorocaba, segundo estudo realizado em 1976, pelo Centro Acadêmico daquela Escola, as taxas de cesárea, com o regime de pagamento por unidade de serviço, se eleva a mais de 50%, enquanto entre as pacientes indigentes gira em torno de 14%. Segundo o então ministro do Trabalho e Previdência Social, Júlio Barata, em depoimento prestado na Câmara dos Deputados, quando da vigência do Plano Piloto de Goiás, do INPS, em 1969, o número de eletroencefalogramas superou o de eletrocardiogramas, em área sabidamente de endemia chagásica (3).

Sob o ponto de vista econômico é um erro pensar que os próprios previdenciários não sejam afetados por essa elevação desproposital dos custos. Podemos não sentir o efeito imediatamente, mas o prejuízo imediato há de se traduzir pelo aumento de impostos, pelo aumento do custo de vida ou ainda pela não realização de programas prioritários necessários à nossa subsistência enquanto nação. Não há fórmula secreta que possa transferir o custo da assistência médica para o Governo, sem que o aumento dos preços não seja pago pelo povo através de mais taxas de aumento de preços ou de menos benefícios em outras áreas sociais, que talvez se traduzissem por melhora mais acentuada no próprio setor saúde. As tentativas da Previdência Social de estabelecer gabaritos e controlar os preços das casas de saúde privadas fracassaram em outras áreas econômicas em que a mesma experiência foi tentada. A persistir o

sistema atual de pagamentos por serviços prestados continuaremos a ter um país de "malades malgréeux", como dizia *Molière*, e como repetiu *Jean Charles Soruia* (22), chefe do Serviço Médico da *Securité Social* da França, ao comparar a indústria atual da Saúde com a indústria automobilística, a segunda tendo como finalidade fabricar automóveis e a primeira lançar doentes no mercado. Todos se transformam em doentes, desde o estudante que não quer estudar até o velho a quem cabe uma pensão insuficiente. Há necessidade crescente de atestados, certificados e perícias. Quando o trabalho é desagradável, quando o patrão é implicante, quando estamos ameaçados de desemprego, quando o salário é achatado, procuramos o médico. Que faz ele? Prescreve remédios de que dispõe: exames de sangue ou radiográficos, tranquilizantes, licença de trabalho, quem sabe o hospício. Ele alimenta a indústria da medicina e especialmente os hospitais privados que, recebendo por jornadas, conservam os doentes além do tempo necessário e hospitalizam doentes que não necessitam talvez sequer ambulatório.

Uma alternativa para o sistema de pagamento por serviços prestados que vem se desenvolvendo nos Estados Unidos é o das Sociedades Mantenedoras de Saúde (*Health Maintenance Organizations*) HMO. Ela é constituída por sócios que recebem, através de um sistema de pré-pagamento,

todos os serviços de assistência médica incluindo consultas, visitas domiciliares e hospitalizações. O sistema é fechado. Os pacientes só podem ser atendidos pelo grupo de médicos que compõe a sociedade, e os médicos recebem pelo número de pacientes matriculados no grupo, prevendo-se uma relação máxima de mil sócios para cada médico do grupo. De um modo geral, a retirada anual dos médicos é de cerca de 40 mil dólares por ano, inferior à receita médica anual média nos Estados Unidos. Mas existem vantagens indiretas como gratuidade de consultórios e de enfermeiras, de seguro e, em alguns casos, de automóvel. Em 1970, a HMO tinha cerca de trinta grupos, mas hoje ela se desenvolveu pelos Estados Unidos e abrange mais de dez milhões de associados, devendo dobrar nos próximos anos, ganhando suporte inclusive do governo e críticas de revistas como a "Forbes" e "Fortune" mostrando que as grandes indústrias passaram a temê-las. A organização de maior sucesso é a HMO da Fundação Kaiser que opera na Califórnia há mais de trinta anos, com um total de sócios que atualmente excede três milhões de membros. Outros modelos vêm se desenvolvendo, públicos, privados, universitários ou por combinação de fontes, com duas perspectivas de sucesso:

a) sucesso econômico, com redução dos custos médicos; menos exames desnecessários, menos in-

ternações, menos intervenções cirúrgicas;

b) menores taxas de morbidade infantil, menores taxas de mortalidade pós-enfarte, melhores cuidados pré-natais etc. (30, 18).

No Brasil, uma alternativa para o sistema de pagamento por serviços prestados foi feita através de convênio entre o INPS e os hospitais universitários, fixando subsídios globais por alta de pacientes e para atendimento ambulatorial e excluindo totalmente o pagamento por serviços prestados. De um lado, o convênio atendeu os hospitais universitários porque permitiu a estes uma grande clientela de pacientes com patologia primária elevando substancialmente seu atendimento. No Rio de Janeiro, o Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, um dos pioneiros na assinatura e execução plena do convênio, dobrou o número de leitos hospitalares, aumentou a rotatividade dos pacientes e desenvolveu enormemente seus ambulatórios, que hoje atendem cerca de trinta e cinco mil doentes por mês (Quadro IV e V) (20). Por outro lado, atendeu às necessidades da educação médica fazendo com que os futuros médicos tenham contato com os doentes de patologia comum e não com doenças de patologia rara como era habitual nos hospitais universitários. Finalmente atendeu às necessidades nacionais porque demonstrou a possibilidade de um funcionamento racional e de alta qualidade, sem o "incentivo" do pagamento por tarefas.

Infelizmente o convênio com os hospitais universitários vem encontrando muitos óbices. De um lado, muitas universidades ainda se opõem a ele, por não ter compreendido seu alcance ou por interesse material de alguns de seus membros, que não querem abdicar da fonte de renda representada pela remuneração por serviços prestados. Até o momento apenas doze hospitais universitários assinaram o convênio, e na última reunião da Associação Brasileira de Educação Médica, contra o senso da maioria, alguns professores contestavam a validade do convênio e advogaram a

QUADRO IV

Tempo Médio de Permanência no HC-UERJ
— 1974 a 1976 (Por Trimestre)

Trimestre/Ano	Tempo Médio de Permanência (Dias)
1.o Tri. 74	22,63
2.o Tri. 74	20,24
3.o Tri. 74	20,89
4.o Tri. 74	16,33
1.o Tri. 75	14,84
2.o Tri. 75	14,05
3.o Tri. 75	13,21
4.o Tri. 75	14,24
1.o Tri. 76	14,54
2.o Tri. 76	13,47
3.o Tri. 76	11,78
4.o Tri. 76	11,73

Racionalização da assistência médica no Brasil

volta do sistema que os beneficiava diretamente. Há que acrescentar que a Secretaria de Assistência Médica do MPAS fixou para os subsídios a serem pagos aos hospitais universitários cotas muito inferiores aos custos.

Em recente reunião de diretores de hospitais universitários realizado em Brasília, promovida pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, mostramos (20) que os subsídios fixados cobriam apenas 40% dos custos e que o MPAS, apesar de estabelecer prioridades para os hospitais

universitários na execução de serviços de alta tecnologia, nem sequer estabelecia subsídios para eles. Os subsídios determinados em portaria recente continuam muito aquém dos custos e além disso — o que é de estarrecer — bem abaixo do que caberia aos hospitais universitários com convênio global se eles trabalhassem em regime de prestação de serviços por pagamentos dos mesmos e por pagamento da diária de internação (Quadro VI). Parece até haver uma tentativa de desmoralizar o exemplo ou de não deixá-lo frutificar para que o sistema de

pagamento por tarefa continue como modelo assistencial no Brasil.

VII

Sem dúvida alguma, o atual sistema ou não-sistema de assistência médica é ineficiente e insatisfatório e as alterações são irreversíveis.

Na época atual, em que o saber e a tecnologia médicos têm uma média de vida de quatro a sete anos, os gastos em assistência médica no mercado aberto atingem somas catastróficas que mesmo os países mais ricos não podem enfrentar. Se nos lembrarmos que a renda *per capita* no Brasil é quase a mesma soma que os Estados Unidos gastam por cidadão em saúde, cumpre racionalizar o sistema para que se decida sobre o alcance, a profundidade e especialmente a prioridade dos serviços que devem ser prestados a toda população, para não continuar o estado atual em que as barreiras são constituídas pela inacessibilidade a serviços efetivos e pela impossibilidade da maioria de sequer atingir o sistema.

Por outro lado, mesmo aumentando os recursos destinados à saúde é preciso atentar para os outros determinantes, além da assistência médica individual, mesmo porque esta, por mais cara que seja, só poderá produzir melhorias marginais na saúde do povo.

É preciso não esquecer que um dos pontos básicos para administração no serviço efetivo, racionalizado e regionalizado é a sua institucionalização.

A Saúde não pode ser fonte de lucro, não pode ser um produto de mercado, não pode ser deixada à livre iniciativa e conseqüentemente não pode ser reembolsada por tarefas ou por prestação de serviços médicos.

QUADRO V

Número de Consultas Ambulatoriais no HC-UERJ-1974 a 1976
(Por Trimestre)
Discriminação por Fonte Financiadora-Freqüência e Percentagem

Trimestre/ Ano	Consultas Ambulatoriais por Fonte Financiadora					
	INPS		Outras		Total	
	N.o	%	N.o	%	N.o	%
1.o Tri. 74	—	—	16.911	100,0	16.911	100,0
2.o Tri. 74	—	—	17.915	100,0	17.915	100,0
3.o Tri. 74	—	—	19.744	100,0	19.744	100,0
4.o Tri. 74	—	—	20.730	100,0	20.730	100,0
1.o Tri. 75	9.290	35,7	16.755	64,3	26.045	100,0
2.o Tri. 75	40.682	96,0	1.674	4,0	42.356	100,0
3.o Tri. 75	53.683	99,4	310	0,6	53.993	100,0
4.o Tri. 75	48.619	98,7	625	1,3	49.244	100,0
1.o Tri. 76	70.698	99,6	298	0,4	70.996	100,0
2.o Tri. 76	83.163	95,2	4.202	4,8	87.365	100,0
3.o Tri. 76	91.502	94,6	5.272	5,4	96.774	100,0
4.o Tri. 76	82.600	93,5	5.757	6,5	88.357	100,0

QUADRO VI

Quadro comparativo entre a remuneração por serviços prestados e a remuneração por alta (Convênio Universidade).

Hospitais	Tipos de Pagamento	
	Serviços prestados	Convênio Universitário
Hospital São Paulo	6.034.634,75	3.199.350,00
Hospital Santa Lucinda.	1.141.032,75	899.540,00
Hospital Clínicas de Taubaté	789.105,21	343.990,00
Hospital São Paulo (ambulatório).	660.289,94	721.280,00

BIBLIOGRAFIA - NOTAS

1. AMARAL VIEIRA, R. A. — *Intervencionismo e Autoritarismo no Brasil* (A questão da Centralização Estatal), Difel, São Paulo, 1975.
2. ARRAIS, M. — *O Estado Novo e suas Diretrizes*, Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro, 1938.

3. BITTENCOURT, Adalzira – *Direito de Curar*, Rio de Janeiro, 1942.
4. CARNEIRO, F. J. – *Imigração e Colonização no Brasil*. Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1950.
5. DINIS, Almqüio – *O Estado, o Direito e a Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1929.
6. – *Educação Sanitária – Higiene e Medicina Preventiva*, pelos inspetores médicos dentários da Diretoria de Instrução (para uso dos membros do magistério municipal), Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1930.
7. FREIRE COSTA, J. – *História da Psiquiatria no Brasil*, Editora Documentário, Rio de Janeiro, 1976.
8. GRAMSCI, A. – *Os intelectuais e a Organização da Cultura*, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1968.
9. KEHL, R. – *Eugenia e Medicina Social*, Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1920.
10. MAGALHÃES, F. R. – “*A Medicina o Serviço da Democracia*”, Revista Brasileira de Medicina e Farmácia, Ano I, nº 1, julho de 1925, citado por
- SOBRAL, Francisco, F. – *Gerações Doentes, Herança Mórvida*, Imprensa Oficial de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1932.
11. MEIRA, Rubião & MOURA, Olegário – *Anais de Eugenia – Discursos*, Sociedade Eugênica de São Paulo. Edição da “Revista do Brasil”, São Paulo, 1919 (Assinam a ata de fundação 99 médicos, entre os quais eminentes representantes do corpo profissional da época).
12. PAWA, Vanilda – “*Oliveira Viana – Nacionalismo ou Racismo?*” in Síntese, nº 6, Vol. III, Janeiro/Março 1976 (Uma excelente análise das fontes doutrinárias do racismo brasileiro está no artigo de PAIVA, Vanilda).
13. PEIXOTO, Afrânio – *Higiene*, Vol. II, Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1938.
14. PERARSON, Karl – *The Academic Aspect of Science of National Eugenic*, Cambridge University Press, London, 1911.
15. Programa de ensino das matérias do 4º Ano do Curso Médico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1924.
16. ROQUETE-PINTO, Edgar – *Ensaio de Antropologia Brasileira*, Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1938.
17. SKIDMORE, Thomas E. – *Preto no Branco – Raça e Nacionalidade no Pensamento Brasileiro*, Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.
18. TORRES, Alberto – “*Nacionalismos*”, O Imparcial, Rio de Janeiro, 4 de setembro de 1916, p. 2.
19. VARGAS, Getúlio – *A Nova Política Brasileira*, Vol. I, Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro, 1938. (A plataforma de 1930 da Aliança Liberal, por exemplo, expressa pontos de vista sobre imigração que seguramente têm raízes no pensamento eugênico: “Durante muitos anos, encarávamos a imigração, exclusivamente sob os aspectos econômicos imediatos. É oportuno entrar a obedecer ao critério étnico, submetendo a solução do problema do povoamento às conveniências fundamentais da nacionalidade”.

SAMUEL PESSOA

Nascido em São Paulo em 1898, doutorou-se pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1922. Grande mestre de Medicina brasileira, sua atividade teve características notáveis: não divorciou o ensino da pesquisa; encorajou as endemias parasitárias de nossa país como núcleo básico dos problemas médico-sociais brasileiros, sem esquecer fatores associados relevantes como os diversos tipos de desnutrição, os hábitos alimentares, o clima, as condições de trabalho e de higiene; incentivou a formação de técnicos para os trabalhos de campo; realizou pesquisas científicas relevantes em áreas como a fisiologia, a fisiopatologia, a imunologia, a parasitologia, a epidemiologia, a fisiologia da nutrição, a fisiologia da respiração, a fisiologia da circulação, a fisiologia da excreção, a fisiologia da reprodução, a fisiologia da audição, a fisiologia da visão, a fisiologia da audição, a fisiologia da visão, a fisiologia da audição, a fisiologia da visão.

Após o falecimento, em 1976, manteve seu trabalho, jamais deixando de produzir conhecimentos que não cessassem a serviço do povo.

Exemplo de professor, de sanitarista, de cientista e de político, será lembrado por nós e por futuras gerações.

Formatura em 1921, na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

No início de atividade científica, em 1922.

Grupo de Trabalho sobre Esquistossomose em Aracaju (Sergipe), junho de 1922.

Homenagem prestada pelo Instituto de Patologia da Universidade Federal de Goiás, abril de 1922. Na foto com Jovina, sua mulher.

Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1924.

O Professor em Londres, em 1927.

coleção SAÚDE

**“Conto os que morrem de boubá
De tifo, de verminose
Conto os que morrem de crupe,
De câncer e xistosomose.
Mas todos estes defundos,
Morrem de fato é de fome,
Quer a chamemos de febre,
Ou de qualquer outro nome”**

**(Ferreira Gullar,
citado por Samuel Pessoa)**

**“A saúde nos trópicos não depende de
nenhuma fatalidade geográfica ou climática,
mas é uma lúdima conquista da organização,
do esforço e do conhecimento humano.”**

**“Não se pode conseguir um conhecimento
da natureza, nem a conquista de uma verdade,
se não houver liberdade para todos, no exercício
da manifestação do pensamento.”**

**ENSAIOS MÉDICO-SOCIAIS, de Samuel Pessoa ,
edição-homenagem póstuma ao cientista, professor, sanitarista e político.**