

## Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico

CARLOS GENTILE DE MELLO\*

*1. Considerações preliminares; 2. Era microbiológica; 3. Problema social; 4. Planos malogrados; 5. Desenvolvimento econômico; 6. A distribuição da saúde; 7. A distribuição dos médicos; 8. A distribuição dos leitos hospitalares; 9. Consumo de leitos hospitalares; 10. Médicos e renda interna; 11. Municípios sem médico; 12. Planejamento de saúde; 13. Plano de interiorização das ações de saúde; 14. Considerações finais.*

### 1. Considerações preliminares

Pesquisas científicas demonstram que a doença, enquanto agressão ao organismo humano, surgiu quase simultaneamente com as primeiras manifestações de vida na Terra. Fósseis, das mais remotas épocas, revelam claramente a existência de estados mórbidos, hoje perfeitamente conhecidos.<sup>1</sup>

Trata-se, assim, de um velho problema tão antigo como a própria humanidade, que tem sido encarado diferentemente, seja em decorrência da evolução da sociedade, seja em função do estágio dos conhecimentos técnicos e científicos sobre o assunto.

\* Médico sanitarista e professor de medicina social, atuando na área do INPS desde 1946. Presidente da Comissão de Auditoria Médica do Hospital do INPS de Ipanema. Cursos de saúde pública, administração hospitalar e planejamento de saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, de aperfeiçoamento em administração, na EBAP e análise econômica, no CNE.

<sup>1</sup> Castiglioni, Arturo. *História da medicina*. Trad. bras. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1947.

As doenças causadas por agentes externos, tais como fraturas e ferimentos — para as quais era fácil estabelecer uma relação de causa e efeito — deram lugar ao nascimento da medicina empírica, cujos métodos se limitavam ao tratamento por tentativas, sem qualquer fundamento científico.

As doenças internas, cujas origens não possibilitavam uma explicação acessível ao entendimento da época, eram atribuídas a causas sobrenaturais. Daí porque, ainda hoje, em algumas sociedades, mágicos e feiticeiros cuidam dos enfermos.

Com o advento das religiões, notadamente as de amplitude universal, o problema da saúde transferiu-se para o âmbito dessas crenças e para o interesse dos seus agentes, os sacerdotes. Por isso mesmo os hospitais tiveram os seus primórdios nos mosteiros católicos, nas mesquitas maometanas, nos templos budistas.

Com Hipócrates, 460 a.C., a medicina incorporou aspectos éticos e científicos, com base nos conhecimentos divulgados em quase uma centena de livros versando sobre as doenças, suas causas e seu tratamento. Teve início, dessa forma, a utilização dos métodos que constituem as bases da medicina moderna.

## 2. Era microbiológica

Na segunda metade do século XIX, as descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch revolucionaram a formulação das teorias que explicavam as causas das doenças.<sup>2</sup>

É certo que Fracastorius, em 1546, postulava a idéia de que o contágio fosse devido a agentes vivos. E Leeuwenhoek, em 1675, não só atribuiu aos micróbios a causa das doenças, como também afirmava que a cada doença corresponde um micróbio específico.

Mas é forçoso reconhecer que nenhum episódio teve tanta repercussão como o relatório apresentado por Pasteur à Academia de Ciências de Paris, no dia 30 de abril de 1878, sobre a teoria dos germes, com fundamento nas suas experiências relativas ao carbúnculo, à osteomielite, à infecção puerperal. Paralelamente, Koch anunciava a descoberta do bacilo da tuberculose, Loeffler o da difteria, Gaffky o do tifo.

Incontestavelmente os anos 1880-90 constituíram o período áureo da bacteriologia. A causa das enfermidades foi atribuída em termos exclusivos aos agentes microbianos.

De conformidade com a nova doutrina, nada mais seria necessário para restabelecer a saúde do que combater e mesmo extinguir os microorganismos patogênicos. Os antimicrobianos, de largo espectro e os específicos seriam a solução para todos os problemas da saúde.

<sup>2</sup> Bier, Otto. *Bacteriologia e imunologia*. Edições Melhoramentos, 1953.

### 3. Problema social

Tais conclusões, por demais singelas, traduziam apenas parte do problema. Outros fatores da maior relevância teriam de ser considerados como determinantes das doenças, ainda que no capítulo das enfermidades infecciosas e parasitárias.

Considerar o homem e seus problemas fora do contexto social deve ser entendido no mínimo como uma abstração teórica que condiciona profundos erros de interpretação.<sup>3</sup>

Salomon Neumann afirmava em 1847 que as condições sociais e econômicas exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, concluindo que para promover a saúde, as medidas não devem limitar-se apenas às ações médicas.<sup>4</sup>

Warren S. Thompson explicava que “não constitui nenhuma desconsideração à ciência médica e ao exercício da medicina reconhecer que o grande declínio do coeficiente de mortalidade ocorrido durante os dois últimos séculos no Ocidente se deve muito mais à melhoria das condições sanitárias e econômicas do que ao desenvolvimento da prática médica. Embora tais melhorias tenham decorrido de recomendações das autoridades médicas, suas realizações dependeram mais do progresso da engenharia do que da medicina. Enquanto não houver produção excedente das necessidades diárias do povo, não poderão ser realizadas as melhorias sanitárias que precedem os baixos coeficientes de mortalidade”.<sup>5</sup> Conforme assinala Sigerist: “A pobreza permanece como a principal causa de doença, sendo ao mesmo tempo fator que escapa ao imediato controle da medicina.”<sup>6</sup>

Mário Magalhães da Silveira sintetiza o seu ponto de vista reiterando que “a saúde do homem só melhora quando nas coletividades é possível substituir, na realização dos trabalhos pesados, a força muscular pela energia produzida pelos combustíveis sólidos, líquidos e gasosos”.<sup>7</sup>

Ernani Braga desde 1948 dizia que o “padrão sanitário de que gozam as nações mais civilizadas é devido basicamente à melhoria das condições gerais de vida, fruto do desenvolvimento econômico, e, secundariamente, da aplicação dos mais recentes avanços da medicina por meio das organizações médico-sanitárias”.<sup>8</sup>

Samuel Pessoa declarava que “o desaparecimento das grandes epidemias que têm afligido a humanidade resultou principalmente das modificações

<sup>3</sup> Mello, Carlos Gentile de. Saúde e desenvolvimento econômico. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr./jun., 1967.

<sup>4</sup> Athayde, Aramis. *Conferências pronunciadas em 1956. Serviço de Documentação do Ministério da Saúde*, 1957.

<sup>5</sup> Thompson, Warren S. *Populations problems*. New York, McGraw-Hill, 1936.

<sup>6</sup> Sigerist, Henry E. *Civilization and disease*. Cornell University Press, 1945.

<sup>7</sup> Silveira, Mário Magalhães da. *A economia da saúde*. Conferência no Curso de Administração Médica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, abr. 1970.

<sup>8</sup> Braga, Ernani. *Inquérito sobre saúde e desenvolvimento*. Serviço de Documentação do Ministério da Educação e Saúde, 1949.

da estrutura socioeconômica e, por conseguinte, de fatores inespecíficos e não propriamente dos específicos fornecidos pela medicina".<sup>9</sup>

Eduardo de Mello Kertesz entende que "a saúde é um subproduto do desenvolvimento. As ações médico-sanitárias são apenas um dos determinantes do nível de saúde de uma população. E pode-se afirmar que para as populações de baixo nível de renda nunca é o mais importante".<sup>10</sup>

Sérgio Góes explicita didaticamente que "a saúde das pessoas vai depender em primeiro lugar de como as pessoas ganham a vida; como trabalham, o que comem, quanto ganham, em que gastam o seu dinheiro, onde moram. Em segundo lugar, dependerá das características biológicas: como seus corpos reagem às suas condições de vida. E só em último lugar é que vai estar intimamente relacionada ao tipo de serviço de saúde de que dispõem".<sup>11</sup>

Pesquisa realizada por João Yunes conclui que "entre os principais fatores condicionantes da piora do nível de saúde do Brasil no último decênio, destaca-se o econômico, onde ocorre um aumento na concentração de renda, declínio do salário real de 20%, com conseqüente diminuição do poder aquisitivo da população assalariada".<sup>12</sup>

Outros estudiosos brasileiros dos problemas de saúde chegaram sistematicamente às mesmas conclusões no que respeita às relações com o desenvolvimento econômico, destacando-se entre eles, Menandro Novais,<sup>13</sup> Martinus Pawel,<sup>14</sup> Maria Cecília Donnangelo<sup>15</sup> e Fausto Cupertino.<sup>16</sup>

#### 4. Planos malogrados

A iniciativa de citar numerosos textos de especialistas nacionais e estrangeiros teve objetivo definido: realçar uma posição doutrinária que, não obstante todas as evidências, ainda não teve acolhida em determinadas áreas.

Por isso mesmo nunca será demais repetir que "o desconhecimento de que existem relações de íntima interdependência entre saúde e economia

<sup>9</sup> Pessoa, Samuel. *Ensaio médico-sociais*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1960.

<sup>10</sup> Kertesz, Eduardo de Mello. *Proposições de remanejamento do setor saúde*. Brasília, Ministério do Planejamento, IPEA, 1974.

<sup>11</sup> Góes, Sérgio. Subsídios para avaliação dos serviços de saúde, *Revista Proposta*, Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, 1976.

<sup>12</sup> Yunes, João & Ronchezal, Vera. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública, p. 3-48, 1974.

<sup>13</sup> Novais, Menandro. *Saúde e desenvolvimento*. Salvador, Comissão de Planejamento do Estado da Bahia, 1961.

<sup>14</sup> Pawel, Martinus. *Bases para a discussão da socialização da medicina no Brasil*. Ed. do Autor, São Paulo, 1953.

<sup>15</sup> Donnangelo, Maria Cecília. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.

<sup>16</sup> Cupertino, Fausto. *População e saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976.

é fator determinante de planos irrealis que vez por outra são apresentados para dar solução aos problemas médico-assistenciais do País".<sup>17</sup>

A desconsideração das variáveis socioeconômicas explica em grande medida o malogro total ou parcial dos seguintes planos de saúde:

1. Plano Salte, de 1948, que pretendia redistribuir médicos pelo território nacional, não obstante tenha reconhecido que "a solução do problema da mortalidade infantil está indissolúvelmente ligada à melhoria das condições socioeconômicas do País".<sup>18</sup>
2. Plano de Saúde da Comissão do Vale do São Francisco, também de 1948, que construiu nada menos de 43 hospitais, com 1.800 leitos.<sup>19</sup>
3. Plano de Assistência Médica aos Municípios, em 1956, elaborado pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde, que consistia em "levar assistência médica, de forma simples e realista, sem entraves burocráticos, a todos os municípios brasileiros".<sup>20</sup>
4. Plano de Expansão Demográfica dos Médicos, de 1965, produzido pela Associação Médica Brasileira, réplica do Plano do Ministério da Saúde de 1956, com recursos fornecidos pela indústria farmacêutica.<sup>21</sup>
5. Plano de Saúde do Estado do Amazonas, em 1968, que importou 56 unidades médico-assistenciais pré-fabricadas e totalmente equipadas, sendo 43 terrestres, 12 instaladas em barcos, além de 23 residências para profissionais.<sup>22</sup>
6. Plano Nacional de Saúde, ainda em 1968, que prometia expressamente que "se atingirmos as metas previstas, estaremos, quando concluída a implantação, proporcionando às populações rurais e urbanas respectivamente o triplo e o dobro dos serviços médicos que atualmente usufruem".<sup>23</sup>

Todos esses planos objetivavam promover a interiorização dos profissionais da medicina, desprezando as variáveis de natureza econômica, desconhecendo as diferenças regionais, ignorando a diversidade dos problemas urbanos e rurais, omitindo a importância da desigualdade da distribuição

17 Pedroso, Odair; Mascarenhas, Rodolfo; Moraes, Néelson; Pedroso, Décio; Bastos, Murillo V.; Mello, Carlos Gentile de; Tavares, J. Coelho; Ferreira, Geraldo da Silva; Pantoja, W. Pimentel & Alqueres, Hugo. A assistência hospitalar no Brasil. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, RJ. Ministério da Saúde. n. 4, out./dez. 1965.

18 Plano Salte, saúde, alimentação, transportes e energia. *Diário do Congresso Nacional*, Suplemento ao n. 91, 27 maio 1948.

19 Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Obras. *Relação dos hospitais da Comissão do Vale do São Francisco*. Fev. 1951.

20 Salzano, Eerlino. *Plano de Assistência Médica aos Municípios*. Ministério da Saúde, 1956.

21 Taques, Celso. Relatório sobre o Plano de Expansão Demográfica dos Médicos. *Boletim da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, n. 102, jun. 1971.

22 Saraiva, José Leite. *Planejamento das unidades integradas para o interior do Estado do Amazonas*. Brasília, Jornada Paulista de Administração Hospitalar, 1969.

23 Mello, Carlos Gentile de. Análise do Plano Nacional de Saúde. *Diário do Congresso Nacional*, 24 set. 1968.

social e geográfica da renda, esquecendo a dependência do setor saúde em relação a todos os demais setores de atividades sociais e econômicas.<sup>24</sup>

## 5. Desenvolvimento econômico

Costuma-se definir o desenvolvimento econômico como a alteração positiva na quantidade e qualidade de bens e serviços disponíveis para a população como um todo, para fins de consumo e investimento.

Como, regra geral, a renda *per capita* constitui o mais utilizado indicador do nível de desenvolvimento econômico, cumpre alertar os especialistas em planejamento de saúde para o problema da desigualdade da distribuição da renda, que tem indiscutíveis repercussões na distribuição da saúde.

De acordo com o economista Luiz Carlos Bresser Pereira, da Fundação Getulio Vargas, com fundamento nos dados censitários e de pesquisas da Fundação IBGE, as classes de renda no Brasil podem ser agrupadas como se segue:

1. proprietários de terra, exportadores, banqueiros, industriais e homens de negócio, totalizando 1% da população;
2. profissionais liberais, altos funcionários civis e militares, gerentes e profissionais afins, que são 2% dos habitantes;
3. industriários, mestres, contramestres e artesãos qualificados, somando 6%;
4. pequenos funcionários do serviço público e do setor privado, a classe média — 18%;
5. classe pobre, representada por 73% dos brasileiros.

Além da desigualdade na distribuição social da renda, deverá ser considerado o desequilíbrio na distribuição geográfica da renda.

Para efeito de cotejo, se em 1969, a renda *per capita* do Brasil for considerada 100, as variações regionais seriam as seguintes: São Paulo, 189; Rio de Janeiro, 169; Região Sul, 104; Minas Gerais e Espírito Santo, 77; Centro-Oeste, 59; Norte, 54; Nordeste, 49; Maranhão e Piauí, 28.<sup>25</sup>

## 6. A distribuição da saúde

Da mesma forma que a renda, a saúde não se distribui uniformemente pelo território nacional. Os vários indicadores que refletem o nível de saúde da população mostram-se sistematicamente mais favoráveis nas regiões mais prósperas do que nas áreas onde prevalece pauperismo.

A análise da mortalidade proporcional, por exemplo, revela que na Região Nordeste, de menor renda *per capita*, do total de óbitos, mais da metade ocorre entre os integrantes do grupo etário de menos de cinco anos,

<sup>24</sup> Mello, Carlos Gentile de. A lição dos planos de saúde malogrados. *Vida Hospitalar*, São Paulo, Federação Brasileira de Hospitais, v. 6, n. 5, 1972.

<sup>25</sup> Fundação IBGE. *Estimativa da população brasileira, 1974* e Fundação Getulio Vargas. Instituto Brasileiro de Economia. *Contas nacionais do Brasil, 1974* (informação pessoal).

enquanto na Região Sul apenas 25,5% dos óbitos incidem em pessoas dessa idade.<sup>26</sup>

Por outro lado, enquanto na Região Sul de cada 100 óbitos 54 ocorrem em pessoas de mais de 50 anos de idade, na Região Nordeste esse número atinge apenas 28,5%.

Parece evidente que a causa da mortalidade no grupo de menos de cinco anos se concentra nas doenças infecciosas e parasitárias, destacando-se, entre elas, as diarreias infecciosas, enquanto que as doenças responsáveis pelos óbitos de pessoas de mais de 50 anos são as degenerativas, tendo à frente as enfermidades do coração e o câncer.

Dessa forma, mesmo os que não são especialistas podem compreender que a quantidade e a qualidade dos recursos materiais e humanos necessários ao combate às doenças transmissíveis são muito diversos da qualidade e quantidade de recursos materiais e humanos necessários ao combate às doenças degenerativas.

Como decorrência dessa conclusão torna-se inaceitável a idéia da existência de *uma relação ideal médico-habitante* para resolver os problemas de um programa de assistência médica. Ao contrário, o que se pode aceitar como razoável é que as áreas onde predominam as doenças degenerativas, terão de contar com determinados recursos muito diferentes dos que se pode pretender para as áreas subdesenvolvidas ou rurais.

## 7. A distribuição dos médicos

Conforme ressalta Milton I. Roemer “uma nação só pode sustentar certo número de médicos à custa dos recursos que destina para gastar com serviço de saúde, dentro dos orçamentos disponíveis para todas as necessidades cotidianas”.<sup>27</sup>

Assim, a quantidade de médicos e de leitos hospitalares é um reflexo da economia e retrata a estrutura da assistência médica, os problemas de saúde e a demanda de serviços.

É assim que o Estado do Rio de Janeiro dispõe de um médico para cada 610 habitantes, São Paulo um para 1.570, enquanto o Maranhão e o Piauí, em conjunto, contam com um médico para 7 mil pessoas (tabela 1).

O estudo da situação brasileira demonstra uma estreita vinculação entre a quantidade de médicos e o nível de renda *per capita*, aumentando o número de profissionais da medicina na medida em que cresce o nível de renda.

<sup>26</sup> Fundação Sesp. *Ceme — Central de Medicamentos: investigação sobre o nível de saúde da população brasileira*, 1971.

<sup>27</sup> Roemer, Milton I. *Health service organization in West Europe*. New York, The Milbank Memorial Fund, 1951.

Tabela 1

*Relação médico-habitante, no Brasil, segundo regiões selecionadas, 1973*

Região	Habitantes por médico
Rio de Janeiro	610
São Paulo	1.570
Sul	2.680
MG e ES	2.690
Centro-Oeste	3.090
Nordeste*	4.260
Norte	4.720
Ma e Pi	7.000
Brasil	2.040

\* Excluídos Maranhão e Piauí.

Fontes: Fundação IBGE. Estimativa da população brasileira. 1974 (informação pessoal) e INPS, Secretaria de Assistência Médica. *Rede médico hospitalar do Brasil*. 1973.**8. A distribuição dos leitos hospitalares**

Guardando perfeita coerência com o modelo no que respeita à estrutura hospitalar, verifica-se a existência de 6,4 leitos por mil habitantes no Estado de São Paulo; 5,5 por mil no Estado do Rio de Janeiro; 1,9 por mil na Região Nordeste; e 1 por mil nos estados do Maranhão e Piauí (tabela 2).

Tabela 2

*Relação leito hospitalar-habitante no Brasil, segundo regiões selecionadas, 1973*

Região	Leitos por 1.000 habitantes
São Paulo	6,4
Rio de Janeiro	5,5
Sul	3,8
MG e ES	3,6
Centro-Oeste	2,5
Norte	2,4
Nordeste*	1,9
Ma e Pi	1,0
Brasil	3,6

\* Excluídos Maranhão e Piauí.

Fontes: IBGE. Estimativa da população brasileira. 1974 (informação pessoal) e Ministério da Saúde. *Cadastro hospitalar brasileiro*. Rio, 1973.



Cumpra referir que as doenças prevalentes nas regiões desenvolvidas exigem para o seu diagnóstico e tratamento maior número de leitos hospitalares.

## 9. Consumo de leitos hospitalares

O consumo de assistência hospitalar é desigual também em razão dos diversos grupos etários. A utilização de leitos de hospitais gerais nos Estados Unidos, no período 1958-60, demonstra essa afirmativa. Da população geral, o grupo de menos de 15 anos de idade utilizou no período de um ano, por mil habitantes, 375 dias de hospitalização; de 15 a 44 anos de idade, 963 dias; de 45 a 64 anos, 1.368 dias; de mais de 65 anos, 2.176 dias.<sup>28</sup>

Por estas razões, entre outras, é que se registra desigualdade na utilização dos recursos hospitalares, de tal forma que em 1973 no Estado de São Paulo, onde há o mais elevado nível de renda *per capita*, ocorreram 103 internações hospitalares por mil habitantes; no Rio de Janeiro, 90; no Nordeste, 39 e no Maranhão e Piauí, 19 (tabela 3).

Tabela 3

*Internações hospitalares, por 1.000 habitantes, no Brasil, segundo regiões selecionadas, 1973*

Região	Internações por 1.000 habitantes
São Paulo	103
Rio de Janeiro	90
Sul	85
MG e ES	62
Centro-Oeste	58
Norte	44
Nordeste*	39
Ma e Pi	19
Brasil	68

\* Excluídos Maranhão e Piauí.

Fontes: INPS, Secretaria de Assistência Médica. *Rede médico-hospitalar do Brasil*. 1973; Gentile de Mello, Carlos. Quantificação de leitos hospitalares. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*. v. 17, n. 1, jan./mar. 1965.

<sup>28</sup> Mello, Carlos Gentile de. Quantificação de leitos hospitalares. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. v. 17, n. 1, jan./mar. 1965.

## 10. Médicos e renda interna

Referindo-se à América Latina, diz a Organização Pan-Americana de Saúde que “a distribuição dos médicos no interior da maioria dos países é irregular, pois estes profissionais tendem a concentrar-se nas capitais ou nas grandes cidades. As condições de vida, as poucas vias de comunicação, a falta de hospitais e laboratórios e a dificuldade de obter suficientes rendimentos são fatores que se opõem a que os médicos desejem permanecer nas zonas rurais”.<sup>29</sup>

Na Venezuela, em 1965, quase a metade — precisamente 46,6% dos médicos estavam localizados na área metropolitana de Caracas, que representa apenas 14,6% da população do país.<sup>30</sup>

Em Santiago do Chile, bem como em Valparaíso, principal porto do país, há quase 11 médicos por 10 mil habitantes (cerca de um médico para 900 pessoas), enquanto no Sul do Chile essa proporção não atinge sequer 2,5, isto é, um médico para 4 mil pessoas.<sup>31</sup>

Na realidade o fenômeno é universal, observado sempre que existe desigualdade na distribuição geográfica da renda. Nova Iorque, que representa 5% da população norte-americana, dispõe de 10% da totalidade do operariado nacional, 12% dos seus gerentes, 15% dos seus médicos, 16% dos seus contadores, auditores, arquitetos, químicos e engenheiros, 20% dos laboratórios de pesquisa de toda a nação.<sup>32</sup>

No Brasil, como seria de esperar, a distribuição geográfica dos médicos também não acompanha a distribuição da população, mas, efetivamente, a distribuição da renda (tabela 4).

A Região Nordeste, por exemplo, que abriga 30% da população brasileira, produz 13,9% da renda interna do País e dispõe de 13,5% dos médicos. A Região Centro-Oeste, com 5,8% da população, produz 3,1% da renda e conta com 3,8% dos médicos.

É certo que no panorama nacional há alguns desencontros, como, por exemplo, no Rio de Janeiro, onde a concentração maior de médicos se explica por influência de outros fatores, dos quais se destaca o fato de se tratar de importante centro financeiro e antiga capital da República.

<sup>29</sup> OPS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Hecos que revelam progreso en salud*. Washington, sept. 1968.

<sup>30</sup> Gonzalez, Carlos Luiz. *Atención médica de la población dispersa; experiência de Venezuela*. Rio de Janeiro, IV Conferência Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1967.

<sup>31</sup> Viel, Benjamin. A saúde na América e a Organização Pan-Americana da Saúde. *Journal of Medical Education*, Washington, May, 1960.

<sup>32</sup> Stonier. Tom. Comissão científica para a informação radiativa. In: *Ofensiva da paz*. Petrópolis, Vozes, 1965.

Tabela 4

*Distribuição da população, dos médicos e da renda interna, no Brasil, segundo regiões selecionadas, 1973*

Região	Distribuição percentual		
	População	Médicos	Renda
Norte	3,9	1,7	2,1
Ma e Pi	5,0	1,5	1,4
Nordeste*	25,0	12,5	12,5
MG e ES	13,6	10,3	11,0
Rio de Janeiro	9,7	32,1	16,2
São Paulo	19,2	25,0	35,9
Centro-Oeste	5,8	3,8	3,1
Sul	17,8	13,6	18,1
Brasil	100,0	100,0	100,0

\* Excluídos Maranhão e Piauí.

Fontes: Fundação IBGE. Estimativa da população brasileira. 1974 (informação pessoal); Fundação Getúlio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia, Contas nacionais do Brasil, 1974 (informação pessoal); INPS, Secretaria de Assistência Médica. *Rede médico-hospitalar do Brasil*. 1973.

### 11. Municípios sem médico

Um dos apelos emocionais mais freqüentemente utilizados para criticar a situação da estrutura médico-assistencial do País, justificando a iniciativa de ambiciosos planos de saúde, especialmente os destinados ao interior, consiste em mencionar a existência de grande número de municípios desprovidos de um profissional da medicina.<sup>33</sup>

Entretanto, os estudiosos do problema deveriam atentar para as disparidades encontradas entre os municípios brasileiros, sejam de natureza física, sejam de ordem econômica e/ou demográfica. Há municípios com 165.578km<sup>2</sup>, como Itaituba, no Pará, como há municípios com área de 8km<sup>2</sup>, como Águas de São Pedro, em São Paulo e Santa Luzia do Norte, em Alagoas.<sup>34</sup> Há municípios com uma densidade demográfica de 0,02 habitante por quilômetro quadrado, como São Félix do Xingu e há municípios com densidade demográfica de 6.258 habitantes por quilômetro quadrado, como São Caetano do Sul, em São Paulo.

<sup>33</sup> Mello, Carlos Gentile de. A interiorização da medicina no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 30, n. 5, maio 1973.

<sup>34</sup> IBGE. *Tabulações avançadas do censo demográfico*; resultados preliminares. jul. 1971.

Não obstante, revela-se muito sugestivo o estudo comparativo entre o número de municípios sem médico e o número de municípios sem agências bancárias (tabela 5).

Tabela 5

*Municípios brasileiros sem médico e sem agência bancária, segundo regiões selecionadas, 1973*

Região	Número de municípios	
	Sem médico	Sem banco
Norte	98	93
Ma e Pi	189	196
Nordeste*	685	837
MG e ES	373	479
Rio de Janeiro	1	3
São Paulo	175	162
Centro-Oeste	189	172
Sul	185	229
Brasil	1.895	2.171

\* Excluídos Maranhão e Piauí.

Fontes: INPS, Secretaria de Assistência Médica. *Rede médico-hospitalar do Brasil, 1973*; Ministério da Saúde. *Cadastro hospitalar brasileiro, Rio, 1973*; Banco Central do Brasil, Serviço de fiscalização bancária, Brasília, 1974 (informação pessoal).

Na Região Norte, por exemplo, há 98 municípios sem médico e 93 sem agência bancária; em São Paulo, 175 sem médico e 162 sem agência bancária.

A existência de agência bancária tem significado especial, sob o ponto de vista do estágio de desenvolvimento da comunidade, tendo em vista que a sua instalação é precedida sistematicamente de pesquisas de mercado com a finalidade de verificar o volume e as características das atividades econômicas.<sup>35</sup>

A coincidência do número de municípios sem médico e sem banco sugere, e mesmo favorece a conclusão de que são idênticos os fatores que condicionam a localização de médicos e de agências bancárias: os fatores econômicos.

<sup>35</sup> Mello, Carlos Gentile de. Aspectos econômicos da saúde. *Revista Brasil Médico*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, ago. 1975.

## 12. Planejamento de saúde

O estudo analítico do setor saúde para efeito de planejamento não pode nem deve desconhecer o contexto econômico que ele integra.<sup>36</sup>

Deve-se levar em consideração que nas áreas desenvolvidas, onde a renda média é elevada, as condições de vida, a alimentação, a moradia, influem de modo decisivo sobre a saúde da população, ampliando a vida média das pessoas e alterando a estrutura das doenças prevalentes.

Assiste-se nos dias atuais, com especial agrado, a uma gradativa alteração do pensamento doutrinário dos especialistas em planejamento de saúde, condenando-se expressamente a idéia de novas tentativas de redistribuir médicos pelo território nacional mediante um regime de remuneração.

Percebe-se claramente a desigualdade de distribuição de médicos, acompanhada de idêntica desigualdade na distribuição de outros profissionais de nível universitário, dentro e fora do campo da saúde (tabela 6).

Tabela 6

*Distribuição proporcional da população, da renda e de profissionais de nível universitário, em duas regiões selecionadas, Brasil, 1960*

Especificação	% do total do Brasil	
	Rio-São Paulo	Nordeste
População	29	30
Renda	53	14
Médicos	57	14
Dentistas	49	13
Farmacêuticos	44	13
Arquitetos	77	7
Economistas	59	11
Engenheiros	58	8
Advogados	55	13

Fontes: Fundação IBGE. *Estimativa da população brasileira*. 1974 (informação pessoal); Fundação Getulio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia, Contas nacionais do Brasil, 1974 (informação pessoal).

Cotejadas duas regiões selecionadas, o eixo Rio—São Paulo, de um lado, e a Região Nordeste, de outro, precisamente as duas áreas extremas

<sup>36</sup> Idem. Contribuição ao estudo do setor saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 29, n. 11, nov. 1972.

em nível de renda, verifica-se que embora a população seja assemelhada em número de habitantes, a diferença de renda interna determina a desigualdade de distribuição dos profissionais de nível superior.

Essa desigualdade se verifica não apenas entre médicos, como entre dentistas, farmacêuticos, arquitetos, economistas, engenheiros e advogados, demonstrando claramente a influência decisiva dos fatores econômicos na localização desses profissionais.

Se a análise for procedida nas capitais das unidades da Federação, que abrigam cerca de 22% da população, verifica-se que nesses municípios encontram-se 92% dos arquitetos, 84% dos engenheiros, quase 80% dos advogados e economistas, mais da metade dos médicos e agrônomos e quase 50% dos farmacêuticos e dentistas.<sup>37</sup>

### 13. Plano de Interiorização das Ações de Saúde

Em face do estudo de todos os elementos relacionados com o planejamento de saúde e suas vinculações com os problemas de natureza econômica, e registrando-se uma série de planos de saúde malogrados como decorrência do desconhecimento da realidade brasileira e sobretudo das desigualdades regionais, das diversidades urbanas e rurais, merece o maior respeito e atenção o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) aprovado pelo presidente da República em agosto de 1976 por proposta dos ministros da Saúde, do Planejamento, do Interior e da Previdência e Assistência Social.<sup>38</sup>

Esse plano reconhece que “a reprodução pura e simples, no meio rural, de complexos sistemas de saúde, característicos dos grandes centros urbanos, resulta na disseminação em muitos pontos do território nacional de custosas instalações hospitalares e de sofisticados equipamentos que são utilizados precariamente e permanecem ociosos”.

Essa perspectiva parte do princípio de “que o grau de complexidade nosológica varia de comunidade a comunidade, na proporção direta em que aumenta o seu grau de desenvolvimento” e que “essa forte correlação recomenda tecnicamente a adoção de um sistema de saúde integrado, de complexidade crescente”.

A proposta do Piass consiste na implantação de “um sistema de saúde com diversos níveis de atendimento, ajustados à heterogeneidade de condições verificadas nas diferentes comunidades”. Pretende em última análise adotar critérios de regionalização de serviços em conformidade com o espírito que presidiu a elaboração da Lei nº 6.229, de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Dentro dessa orientação o Piass desdobra-se em três níveis: o elementar, o intermediário e o de apoio, a serem implantados, respectivamente, em

<sup>37</sup> Fundação Getúlio Vargas. Centro de Estudos e Treinamento de Recursos Humanos, Convênio MEC. *Pesquisa sobre os profissionais de nível superior no Brasil*. 1970.

<sup>38</sup> IPEA. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento*, ago. 1976. mimeogr.

aglomeração de 500 a 2 mil habitantes, de 2 a 5 mil e de 5 a 20 mil habitantes.

Parte-se do pressuposto de que “maior concentração populacional geralmente implica maior volume e diferenciação de níveis de renda, ocorrências nosológicas menos monótonas, condições mais adequadas de fixação de pessoal de maior qualificação. Daí a fixação do parâmetro populacional como limite da área de atuação dos três níveis do sistema proposto, cabendo assinalar que esses intervalos são apenas indicativos, e não devem ser tomados como critérios rígidos que inflexibilizem desnecessariamente o esquema”.<sup>39</sup>

#### 14. Considerações finais

O Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento está longe de esgotar o assunto de planejamento setorial, merecendo entretanto a mais ampla divulgação, entre outros motivos tendo em vista a racionalidade dos princípios em que se fundamenta, caracterizando um projeto extremamente didático para os especialistas em planejamento de saúde.

Trata-se, em última análise, do reconhecimento expresso da estreita dependência da saúde em relação às questões de natureza econômica, o que significará, quando implantado, a segurança de que cessarão os planos de saúde desvinculados da realidade, que fracassam sistematicamente e que importam em graves prejuízos para a saúde da população.

#### Summary

The author begins by showing the different angles from which the question of health has been considered throughout the centuries, up to the point where man and his problems started to be studied within the socio-economic context in which he lives.

According to this approach, sanitary standards enjoyed by nations are basically due to the improvement of general living conditions as a result of economic development. Secondly, they result from the use of the latest medicine advancements by medical-sanitary organizations.

It is the aim of this article to enhance a doctrinary position which has not been accepted by certain areas yet, despite all the evidences supporting it.

The author says that the ignorance of the intimate interdependency relationship between health and economy is the determinant factor of unreal plans developed to solve this country's medical assistance problems. Such plans ignore regional differences, the diversity of urban and rural problems, and the importance of unequal social and geographical distribution of income. In short, they overlook the health sector's dependence on all other sectors of social and economic activities.

<sup>39</sup> *Idem.*

The author reminds us that *per-capita* income is the most used indicator of economic development level. Therefore, he calls the attention of health-planning specialists to the problem of unequal income distribution. This has undisputed repercussions on health distribution, since the various health-level indicators are systematically more favorable in more prosperous regions than in those where pauperism prevails.

Such repercussions also become evident through doctor/inhabitant, hospital-bed/inhabitant and geographical-distribution-of-income/number-of-doctors ratios.

According to the author, health planning should consider that living, feeding and housing conditions in developed areas have a decisive influence on the population's health by altering average life expectancy and the structure of prevalent diseases.

The author analyzes health planning elements and their relation to economic problems, emphasizing the importance of Pias (Plan for the Interiorization of Health and Sanitation Activities). It was approved in August 1976, and consists of the establishment of a health system with different assistance levels. These should be adjusted to the heterogeneous conditions found in the different communities by adopting service-regionalization criteria as preconized by the law which created the National Health System.



Amedeo Modigliani (40 x 50)

Um bom presente revela sempre a personalidade de quem o envia. Deve ser nobre, de bom-gosto e, antes de tudo, tornar-se inesquecível. Como as nossas telas.

Reproduções de quadros dos grandes mestres, importadas da Itália, com textura idêntica aos originais, só reconhecidas por especialistas. Liberte o artista que há em Você.

**Vendas com exclusividade:**

**Livrarias da Fundação Getúlio Vargas**

RIO: Praia de Botafogo, 188

Av. Graça Aranha, 26 — Lojas C e H

S. PAULO: Av. Nove de Julho, 2.029

BRÁSÍLIA: SCLS, 104 — Bloco A, lojas.

27/37

# PRESENTEIE COM ARTE