

Política Médico-Hospitalar do Brasil

ADRIANO TAUNAY LEITE GUIMARÃES

Ao Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Primeira Conferência Nacional de Diretores de Assistência Hospitalar, o Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães, Técnico do Conselho Nacional de Economia e Neuropsiquiatra do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, contribuiu com o presente trabalho, onde estuda atenta e minuciosamente os problemas pertinentes à saúde no Brasil. Examina sob novos aspectos a administração hospitalar, levando-a até as áreas da administração municipal.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Tendo sido publicado em 1948 na "Vida Médica" um artigo de fundo e de minha autoria, intitulado: "*Considerações sobre a Política Médico-Hospitalar do Brasil*", perguntou-me alguém: "será" que existe essa política?"

Tanto existia e se tem desenvolvido, que o sentido de sua vitalidade culmina agora neste *Primeiro Congresso Nacional de Hospitais*.

Conta o Brasil, na totalidade de seu território, aproximadamente 190.000 leitos hospitalares, achando-se, neste particular, em segundo lugar na América e, no mundo, no oitavo lugar, conforme consigna o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Bela visão panorâmica essa que poderá, entretanto, conduzir a errônea interpretação da realidade brasileira sob o ponto de vista hospitalar, a quem não examinar a *distribuição* dos recursos dêsse gênero nas diferentes partes do território nacional.

Nossas pesquisas, baseadas no Censo de 1950, feitas no Conselho Nacional de Economia, demonstram que existem várias de nossas capitais e algumas cidades com número de médicos e leitos hospitalares superior ao considerado ótimo pelos planejadores em saúde pública, enquanto zonas fisiográficas inteiras, abrangendo muitos municípios, alguns milhões de habitantes permanecem desamparados de qualquer assistência!...

Devem os hospitais ser preferentemente construídos em localidades com número de leitos não superior ao índice ótimo de 1 para 200 habitantes. Limitações, a não ser em casos especiais, para municípios ou regiões cujo número de leitos já tenha ultrapassado tal limite.

Se de um lado podemos orgulhar-nos do que vamos realizando, de muitos dos nossos hospitais, magníficas campanhas sanitárias e de saneamento, de

outro, precisamos superar, ao menos essa questão da completa falta de médicos residentes nos municípios atrasados do interior, para em seguida construirmos bem planejados serviços hospitalares, e para-hospitalares, dentro de programa sistemático que importe em mais equilibrada distribuição de médicos e leitos hospitalares.

PROBLEMAS DE SUPRA E INFRA-ESTRUTURA

1. Estruturas superiores

a) *Ministério da Saúde* — A Lei n.º 1920, de 25 de julho de 1953, criou o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação passou a denominar-se Ministério da Educação e Cultura.

O Decreto n.º 34.596, de 16 de novembro de 1953, aprovou o Regulamento do Ministério da Saúde, tendo a seu cargo a resolução de todos os problemas de competência federal atinentes à saúde humana, constituído pelos seguintes órgãos, diretamente subordinados ao Ministro de Estado:

- Gabinete do Ministro (G.M.);
- Conselho Nacional de Saúde (C.N.S.);
- Comissão Nacional de Alimentação (C.N.A.);
- Seção de Segurança Nacional (S.S.N.);
- Serviço de Estatística da Saúde (S.E.S.);
- Departamento de Administração (D.A.);
- Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.);
- Departamento Nacional da Criança (D.N.C.);
- Instituto Oswaldo Cruz (I.O.C.).

E' o serviço Especial de Saúde (S.E.S.P.) parte integrante do Ministério da Saúde, enquanto vigorar o acôrdo sôbre saúde e saneamento, firmado entre o Governo do Brasil e o dos Estados Unidos da América, por intermédio do Instituto de Assuntos Interamericanos.

Finalidades do Departamento Nacional de Saúde — Promover inquéritos, pesquisas e estudos sôbre as condições de saúde, questões de saneamento, higiene e epidemiologia das doenças existentes no país, métodos de profilaxia e tratamento, superintendendo a administração de serviços federais destinados à realização das mencionadas atividades.

Estabelecer a coordenação das repartições estaduais, municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assistí-las tècnicamente, e ainda, estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos.

Organizar cursos de aperfeiçoamento sôbre assuntos médicos e sanitários.

Órgãos do Departamento Nacional de Saúde:

Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.);

Divisão de Organização Sanitária (D.O.S.);

Serviço de Administração (S.A.);
 Serviço de Biometria Médica (S.B.M.);
 Serviço Federal de Bioestatística (S.F. Be.);
 Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.);
 Serviço Nacional de Educação Sanitária (S.N.E.S.);
 Serviço Nacional de Febre Amarela (S.N.F.A.);
 Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (S.N.F.M.);
 Serviço Nacional de Leprosia (S.N.L.);
 Serviço Nacional de Malária (S.N.M.);
 Serviço Nacional de Peste (S.N.P.);
 Serviço Nacional de Tuberculose (S.N.T.);
 Serviço de Saúde dos Portos (S.S.P.);
 Serviço Nacional de Câncer (S.N.C.);
 Delegacias Federais de Saúde (D.F.S.);
 Cursos de Departamento Nacional de Saúde (C.D.N.S.).

O Departamento Nacional da Criança tem por fim defender e proteger a criança, promovendo o estímulo de tôdas as atividades nacionais relativas à maternidade, à infância e à adolescência, coordenando a assistência técnica no país, de tôdas as instituições públicas e particulares que se destinam ao exercício de quaisquer atividades concernentes aos problemas da maternidade, infância e adolescência. Estudar os critérios a serem adotados na concessão de auxílios, contribuições ou subvenções federais, para o êxito dessas atividades, e no controle da aplicação de quaisquer recursos para êsse fim, concedidos pela União ou decorrentes de leis federais.

Realização de cursos de aperfeiçoamento e divulgação de conhecimentos referentes à proteção da maternidade, infância, ou adolescência.

Órgãos do Departamento Nacional da Criança:

Divisão de Organização e Cooperação (D.O.C.);
 Divisão de Proteção Social (D.P.S.);
 Serviço de Administração (S.A.);
 Serviço de Estatística (S.E.);
 Serviço de Educação e Divulgação (S.E.D.);
 Cursos de Departamento Nacional da Criança (C.D.N.Cr.);
 Instituto Fernandes Figueira (I.F.F.);
 Delegacias Federais da Criança (D.F.Cr.).

O Instituto Oswaldo Cruz se constitui dos seguintes órgãos:

Divisão de Estudos de Endemias (D.E.E.);
 Divisão de Fisiologia (D.F.);
 Divisão de Higiene (D.H.);
 Divisão de Microbiologia e Imunologia (D.M.I.);
 Divisão de Patologia (D.P.);
 Divisão de Química e Farmacologia (D.Q.F.);
 Divisão de Vírus (D.V.);
 Divisão de Zoologia Médica (D.Z.M.);
 Seção de Administração (S.A.);
 Seção Auxiliar (S.A.);

Biblioteca (B.);

Museu (M.).

b) *Ministério da Educação e Cultura* — Com a sua rede de hospitais-escolas, Instituto e Serviços Médicos e Para-Médicos, ligados às diversas Universidades brasileiras, Campanha Nacional de Educação Rural.

c) *Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio* — Atua no setor da assistência médico-social, através da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho e, pode-se dizer, indiretamente pela ação fiscalizadora do Departamento Nacional de Previdência Social sobre nossas autarquias de previdência e assistência social, que dispõem de serviços médicos e importante rede hospitalar. São atribuições relacionadas com a saúde de nossos trabalhadores e seus beneficiários.

Cinco Institutos de Aposentadoria e Pensões de âmbito nacional e natureza profissional: Industriários (I.A.P.I.); Comerciais (I.A.P.C.); Empregados em Transportes e Cargas (I.A.P.T.E.C.); Marítimos (I.A.P.M.); e Bancários (I.A.P.B.). Vinte e nove Caixas de Aposentadoria e Pensões de âmbito territorial; Instituto de Previdência e Assistência do Estado (I.P.A.S.E.); possui o Hospital dos Servidores do Estado, considerado n.º 1 no Brasil; Serviço de Alimentação da Previdência Social (S.A.P.S.), de âmbito nacional.

d) *Ministérios Militares* — Com seus hospitais e serviços próprios.

e) *Ministérios outros* — Também com serviços médicos e hospitalares.

2 Estruturas inferiores

Segundo o livro intitulado: "*Instituições hospitalares e para-hospitalares do Brasil*", do Dr. Aureliano de Campos Brandão, existiam no Brasil, em 1950, 1.791 hospitais com 162.515 leitos, para uma população de 52 milhões de habitantes, sendo, portanto, de 1,8 o coeficiente de leitos por mil habitantes, quando o ótimo seria de 5 por mil ou 1 para 200.

De acordo com esse coeficiente a distribuição de leitos se processa da seguinte maneira: 1.º Distrito Federal: 5,8%; 2.º Rio Grande do Sul: 4%; 3.º Guaporé: 3,4%; 4.º Santa Catarina: 2,7%; 5.º Acre: 2,6%; 6.º São Paulo: 2,3%; 7.º Mato Grosso, Amapá e Rio Branco: 2,06%; (esses os Estados e Territórios com o coeficiente de leitos por mil habitantes acima da média do Brasil de 1,8%); 8.º Minas Gerais: 1,7%; 9.º Rio de Janeiro: 1,0%; 10.º Espírito Santo, Pará, Paraná: 1,5%; 11.º Amazonas: 1,3%; 12.º Pernambuco: 1,1%; 13.º Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe: 1,0%; 14.º Paraíba: 0,9%; 15.º Alagoas, Ceará, Goiás: 0,6%; 16.º Piauí: 0,4%; 17.º Maranhão: 0,3%.

Relativamente ao Maranhão, colocado em último lugar apenas a Capital São Luís, com 122 mil habitantes possui hospitais, ficando, pois, sem recursos desse gênero, quase todo o Estado com uma população de 1.400 mil habitantes, distribuída pelos 71 municípios das suas 13 zonas fisiográficas.

Para maiores detalhes consultar o livro do Dr. Brandão que especifica pormenorizadamente todos os serviços hospitalares e para-hospitalares do Brasil, inclusive número de leitos, nos Estados, Territórios e Municípios, existentes em 1950.

O Brasil em 1950, possuía 19.607 médicos. (1)

Distribuição: — 1.º Estado de São Paulo: 5.417 (Capital: 2.923; Interior: 2.494); 2.º Distrito Federal: 4.672; 3.º Minas Gerais: 2.362 (Capital: 758; Interior: 1.604); 4.º Rio Grande do Sul: 1.649 (Capital: 773; Interior: 876); 5.º Bahia: 1.096 (Capital: 601; Interior: 495); 6.º Pernambuco: 821 (Capital: 619; Interior: 292); 7.º Rio de Janeiro: 783 (Capital: 283; Interior: 500); 8.º Paraná: 648 (Capital: 282; Interior: 366); 9.º Ceará: 318 (Capital: 201; Interior: 117); 10.º Pará: 281 (Capital: 247; Interior: 34); 11.º Santa Catarina: 246 (Capital: 48; Interior: 198); 12.º Goiás: 185 (Capital: 48; Interior: 137); 13.º Paraíba: 181 (Capital: 77; Interior: 104); 14.º Espírito Santo: 163 (Capital: 70; Interior: 93); 15.º Alagoas: 141 (Capital: 89; Interior: 52); 16.º Mato Grosso: 126 (Capital: 20; Interior: 106); 17.º Rio Grande do Norte: 112 (Capital: 69; Interior: 43); 18.º Maranhão: 103 (Capital: 85; Interior: 18); 19.º Piauí: 88 (Capital: 52; Interior: 36); 20.º Sergipe: 84 (Capital: 59; Interior: 25); 21.º Amazonas: 71 (Capital: 64; Interior: 8); 22.º Acre: 20 (Capital: 11; Interior: 9); 23.º Amapá: (Capital: 12; Interior: 4) 24.º Guaporé: 15 (Capital: 13; Interior: 2); 25.º Rio Branco: 8 na Capital Boa Vista.

Existiam, em 1950, mais de 12 mil médicos nas Capitais (1/821) e 7.500 para o Interior, com uma população pouco acima de 42 milhões de habitantes. Percentual de leitos hospitalares superior ao índice considerado ótimo de 1/200, nas Capitais (1/161), e grande deficiência no Interior. Excesso de médicos em Recife e nas Capitais das Grandes Regiões Leste e Sul. Apenas nos Territórios do Acre e Guaporé existem médicos e hospitais em tôdas as suas zonas fisiográficas e respectivos municípios. Médicos em tôdas as zonas fisiográficas e municípios do Rio Grande do Sul e Amapá. 18 zonas fisiográficas e 478 municípios do Brasil sem médicos residentes. 62 zonas fisiográficas, 1.182 municípios, sem hospital. (2)

Conclusões de nossas pesquisas:

Índices ótimos — Médicos: 1 para mil habitantes; leitos: 1/200 ou 5 por mil.

Brasil: Estados e Territórios — Capitais: 9.924.969 habitantes; Médicos: 12.084 (1/821); Hospitais: 590; Leitos: 61.788 (1/161); Interior: 42.720.510 habitantes; Médicos: 7.523 (1/5.678); Hospitais: 1.201; Leitos: 100.727 (1/424); Total: 52.645.479 habitantes; Médicos: 19.607

(1) Fonte: Relação de Médicos fornecida pelos Departamentos Estaduais de Estatística.

(2) Fontes: Instituições hospitalares e para-hospitalares do Brasil, Dr. Aureliano de Campos Brandão, edição de 1952; anuário estatístico do Brasil, edição de 1952; resoluções da Assembléia Geral do Conselho Nacional de Geografia e Estatística, números 366 a 403, de 1952, edição de 1953.

(1/2.685); Hospitais: 1.791; Leitos: 162.515 (1/323); *Zonas fisiográficas*: 226; Com Médicos: 208; Sem Médicos: 18; Com Hospitais: 164; Sem hospitais: 62; *Municípios*: 1.892 (inclusive os Municípios compreendidos na região da Serra dos Aimorés, território em litígio entre os Estados de Minas Gerais e E. Santo); com Médicos: 1.414; Sem Médicos: 478; Com Hospitais: 710; Sem Hospitais: 1.182.

Grande Região Norte: Estados e Territórios: Capitais — 505.774 habitantes; Médicos: 355 (1/1.424); Hospitais: 27; Leitos: 3.813 (1/133); *Interior*: 1.377.551 habitantes; Médicos: 57 (1/24.167); Hospitais: 29; Leitos: 2.507 (1/549); *Total*: 1.883.325 habitantes; Médicos: 412 (1/4571); Hospitais: 56; Leitos: 6.320 (1/298). *Zonas fisiográficas*: 26 (abrangem 99 municípios); com Médicos: 21; Sem Médicos: 5; Com Hospitais: 15; Sem Hospitais: 11; *Municípios*: 99; Com Médicos: 39; Sem Médicos: 60; Com Hospitais: 26; Sem Hospitais: 73.

Grande Região Nordeste: Estados e Territórios: Capitais — 1.381.476 habitantes; Médicos: 1.192 (1/1.159); Hospitais: 96; Leitos: 11.058 (1/125); *Interior*: 11.271.148 habitantes; Médicos: 572 (1/173.402); Hospitais: 65; Leitos: 3.558 (1/3.167); *Total*: 12.562.624 habitantes; Médicos: 1.764 (1/19.705); Hospitais: 161; Leitos: 14.616 (1/859) *Zonas fisiográficas*: 64 (abrangem 417 municípios); Com Médicos: 56; Sem Médicos: 8; Com Hospitais: 29; Sem Hospitais: 35; *Municípios*: 417; Com Médicos: 219; Sem Médicos: 198; Com Hospitais: 56; Sem Hospitais: 361.

Grande Região Leste: Estados e Distrito Federal: Capitais — 3.519.855 habitantes; Médicos: 6.443 (1/546); Hospitais: 304; Leitos 32.180 (1/109); *Interior*: 15.642.890 habitantes; Médicos: 2.717 (1/5.757); Hospitais: 363; Leitos: 26.494 (1/590); *Total*: 19.162.745 habitantes; Médicos: 9.160 (1/2.092); Hospitais 667; Leitos: 58.674 (1/326). *Zonas fisiográficas*: 53 (abrangem 671 municípios); Com Médicos 52; Sem Médicos: 1; Com Hospitais: 45; Sem Hospitais: 8; *Municípios*: 671; Com Médicos 554; Sem Médicos: 117; Com Hospitais: 254; Sem Hospitais: 417.

Grande Região Sul: Estados: Capitais — 2.754.673 habitantes; Médicos: 4.026 (1/648); Hospitais: 129; Leitos: 19.748 (1/139); *Interior*: 14.428.921 habitantes; Médicos: 3.934 (1/3667); Hospitais: 716; Leitos: 60.390 (1/239); *Total*: 17.183.594; Médicos: 7.960 (1/2.158); Hospitais: 845; Leitos: 80.138 (1/214); *Zonas fisiográficas*: 63; Com Médicos 63; Sem Médicos: —; com hospitais: 59; Sem hospitais: 4; *Municípios*: 593; Com Médicos: 534; Sem Médicos: 59; Com hospitais: 342; Sem hospitais: 251.

Grande Região Centro Oeste: Estados: Capitais — 112.290 habitantes; Médicos: 68 (1/1.651); Hospitais: 16; Leitos: 998 (1/112); *Interior*: 1.650.901 habitantes; Médicos: 243 (1/6.794); Hospitais: 45; Leitos: 1.760 (1/938); *Total*: 1.763.191 habitantes; Médicos: 311 (1/5.669); Hospitais: 61; Leitos: 2.758 (1/639). *Zonas fisiográficas*: 20; Com Médicos: 16; Sem Médicos: 4; Com Hospitais: 16; Sem hospitais: 4; *Municípios*: 112; Com Médicos: 72; Sem Médicos: 40; Com Hospitais: 32; Sem hospitais: 80.

Estes dados confirmam de maneira indiscutível a péssima distribuição de médicos, hospitais e serviços para hospitalares no Brasil.

DISCUSSÃO

Não há propriamente crise de hospitais, estamos com perto de 190.000 leitos, segundo o I.B.G.E., mas péssima distribuição de médicos, leitos e serviços para hospitalares.

A criação e funcionamento, quer das estruturas superiores, quer das inferiores, depende do fator-humano, principalmente médico, tratando-se de política hospitalar.

Já atingimos a índices superiores ao ótimo em algumas áreas, tanto em leitos, quanto em número de médicos, mas temos zonas fisiográficas inteiras e muitos municípios abandonados!...

Sob a dependência do Ministério da Saúde se acham o Departamento Nacional de Saúde com a D.O. Hospitalar, a D.O. Sanitário, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, S.N. de Educação Sanitária, etc.; o Departamento Nacional da Criança e outros importantes setores, mas está no esquecimento o seu principal alicerce: o Médico!...

Deveria haver no Ministério da Saúde, um organismo que informasse prontamente aos interessados onde houvesse excesso, ou falta de profissionais, de especialistas, quais as possibilidades de cada região, os prováveis empregadores, quais as regiões, Estados, zonas fisiográficas, cidades e municípios, para melhor distribuição de todos esses elementos pelas diferentes regiões do País e ainda mais corrigir a má distribuição de hospitais, impedir a criação de Serviços anti-econômicos. Trabalhar em equipe com todas as estruturas, estando sempre com a atenção voltada para as zonas fisiográficas e municípios desprovidos de médico e hospital.

Nossos navios de cabotagem têm os seus médicos de bordo, apesar de constantemente atracarem em portos, que dispõem de todos os recursos!...

E os Municípios?

— Segundo o Censo de 1950, estamos com 478 municípios sem médicos residentes, alguns com mais de 30.000 habitantes!... 62 zonas fisiográficas, 1.182 municípios sem hospital!...

Devíamos aproveitar nossos médicos recém-formados, assistidos e orientados pelo organismo conveniente, no sentido de encaminhá-los para os municípios carentes dos seus serviços.

Para prover de médicos os 478 municípios sub-desenvolvidos, seria mister uma verba anual de 60 milhões de cruzeiros, donde sairia o ordenado de cerca de 10.000 cruzeiros mensais para cada médico.

Seria conveniente que os médicos fossem submetidos a um curso intensivo de pelo menos 3 meses, durante o qual já estariam percebendo os 10.000 cruzeiros por mês, dos quais eles já tirariam o necessário para a compra de livros e primeira aparelhagem. Tais medidas compensariam em larga escala,

tôdas as despesas feitas, pois é evidente que elas teriam por consequência benefícios incalculáveis para o país.

Nesse curso recordariam obstetrícia, puericultura e pediatria, cirurgia, ortopedia e traumatologia, clínica médica, cirúrgica, medicina legal, higiene, principalmente profilaxias diversas, combate de mscas, mosquitos, etc. . . . Aprenderiam no curso a maneira de se conduzirem no interior, improvisando de início o consultório em casa ou loja vazia, passando a atender a população dentro do regime de tempo integral, mas procurando estabelecer horários de consulta. Informados de que nessas municípios atrasados, geralmente quem pode pagar não o deseja porque é "amigo" e o que não pode não paga porque o "rico", isto é, o médico "está ali para atender aos pobres", deve ir ministrando sempre que possível educação sanitária, explicando além disso a natureza do trabalho médico e como é feito nas grandes cidades. Reservaria duas ou três horas do dia para fazer clínica particular àqueles que pudessem pagar; preços módicos da consulta e visita, de acôrdo com o sub-desenvolvimento da região. Estaria implantando hábitos civilizadores. Regra geral, o prefeito dêsses municípios não olha com simpatia a presença do médico. Vê um concorrente político. Procura subjugá-lo, fingindo-se "amigo", colocando-o sob as suas ordens imediatas, fazendo demonstrações públicas de que a presença do facultativo resultou do "prestígio" da política dominante.

Proponho método diferença para se colocar médico no interior. O Governo Federal dá o médico. O prefeito deve fazer o resto.

A Divisão de Organização Hospitalar, articulada com o organismo acima citado, deveria fornecer ao médico que fosse para o interior a planta do futuro hospital progressivo flexível e demais serviços tecnicamente estudados para o município. Princípio básico: eficiência, simplicidade de construção, leito dia o mais econômico possível, tendo uns poucos para maternidade, os restantes para clínica médica e cirúrgica, adultos e crianças, e ambulatório com todos os requisitos, dividido em duas partes distintas, separadas, podendo inicialmente funcionar como posto de higiene e ambulatório para adultos e da outra com entrada independente, servindo de posto de puericultura: tendo consultório para gestantes, gabinete dentário, clínica de crianças e lactário. A construção começaria pelo ambulatório.

Dizem-se os municípios autônomos, mas todos os anos recebem do governo a verba federal do impôsto de renda: 500 mil cruzeiros no mínimo, com finalidades exclusivamente sociais! . . .

Nenhum município, com renda própria anual inferior a quinze milhões de cruzeiros deveria deixar de ter o seu hospital próprio. A Lei n.º 2.134, de 14 de dezembro de 1953, denominada Lei Baleeiro, assegura o financiamento a longo prazo de serviços públicos nos municípios, da parte das Caixas Econômicas Federais e Estaduais, bem como das Instituições de Previdência Social até o máximo de 20 (vinte) vêzes a última cota anual do impôsto de renda

O Estado de Goiás, por exemplo, tendo 77 municípios, 28 ainda não possuíam médico, em 1951. Está vivendo interessantíssima experiência, com a

criação do Serviço Itinerante de Saúde, tendo por finalidade prestar assistência médica preventiva e curativa, às localidades do interior resprovidas de médico.

Trata-se de órgão integrante dos Serviços Distritais, constando de Postos de Itinerantes e Unidades de Saúde. Cada P.I. é um órgão móvel, funcionando sob a chefia de um médico, auxiliado por um dentista, podendo ter outros servidores, além do condutor de veículo utilizado. Os ordenados do pessoal itinerante constam de uma parte fixa, mensal, e uma diária relativamente alta cujo fim é neutralizar o natural interesse em permanecer na capital, ex: — médico, ordenado fixo mensal de 3.000 cruzeiros, diária: 250 cruzeiros. (3)

Nosso levantamento médico sociológico do Estado do Ceará, relativo a 1951 (4) trabalhos de equipe com técnicos do Departamento Estadual de Estatística revelou os seguintes resultados: 68 municípios com população superior a 2 milhões de habitantes, sem hospital (75% da população do Estado). 32 municípios população superior a 850 mil habitantes, sem médico e hospital (mais de 30% da população estadual). 36 municípios com médicos, mas desprovidos de leitos hospitalares: mais de 1 milhão e duzentos mil habitantes, 44% da população. Médicos na proporção ínfima de 1 para 18 mil habitantes. 11 municípios apenas com médico e hospital; 638 mil habitantes, (24% da população do Estado). Os municípios com médico e hospital fixavam 36 habitantes por km². Os dotados de médicos, mas sem hospital: 16 habitantes por km², e os sem médico e hospital: 15,5 por km². Fortaleza: 13 ambulâncias; o Interior: 1 no município de Itapipoca, doada pelo F.I.S.I. Apesar da violentíssima crise climática de 1951 a 53 e da grande mortalidade principalmente infantil, na época do flagelo, não foi lembrada uma iniciativa semelhante a de Goiás, que certamente proporcionaria naquela ocasião fecundos resultados. E' nestas épocas de crise, que podemos sentir o valor do médico. Extraímos do Relatório do "Departamento de Obras contra as Secas", o seguinte tópico:

"O Serviço de Assistência Médica não descuroou um só instante em atender ao operariado que trabalhou em 1952, nos diversos setores dêste Departamento.

A crise climática que assolou o Nordeste, notadamente os Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, elevando a 95.430 o número de operários em trabalho, obrigou ao desenvolvimento do Serviço Médico, exigindo dos seus responsáveis o máximo esforço e dedicação, demonstrados pelos resultados obtidos.

(3) Vida "Documentário" em "Revista do Serviço Público", Ano XVI, Vol. IV — N.º 2, novembro de 1953, pág. 137, trabalho de JOSÉ PEIXOTO DA SILVEIRA, NILTO PO-CARO — JURACY GRIPP COTIA e JOÃO VAZ PINTO

(4) Fonte: Publicação do Departamento Estadual de Estatística do Ceará, 1953.

Na sêca passada de 1932-33, por exemplo, considerável foi o número de casos das moléstias do grupo tifo paratifo, elevando-se a 15.990 o total de óbitos.

Felizmente, em 1952, mercê das providências tomadas pelo Serviço médico, foram registrados apenas 11 óbitos.”

Grandes e interessantíssimos ensinamentos resultaram da viagem que êste ano, fiz em comissão ao Estado de São Paulo, como técnico do gabinete do Dr. Edgard Teixeira Leite, atual Conselheiro Presidente do C.N.E. Em virtude da visita feita ao Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, e dos entendimentos havidos com o seu Diretor, Dr. Mário Penteado de Faria e Silva, apoiado por competentíssimos técnicos, estamos ultimando o levantamento econômico, médico-social e cultural, das regiões ecológicas (zonas fisiográficas) do Estado de São Paulo, trabalho de grupo entre o C.N.E. e o D.E.E.S.P., havendo, inclusive, promessa verbal da parte do Dr. Mário Penteado de publicar o levantamento em aprêço.

Método interessante é o da corrente que considera a Saúde Pública um problema de super estrutura. Importantíssimo exemplo, nesse sentido, está a experiência pioneira do Serviço Especial de Saúde de Araraquara, unidade piloto do Estado de São Paulo, localmente autônomo, enfeixando numa direção única tôdas as atividades de saúde pública do município, procurando melhorar o padrão de vida do homem rural, dando-lhe assistência. Norteado por dois interessantes decretos do Governo de São Paulo: n.º 17.357 de 2-7-47 que criou o Serviço Especial de Saúde e o de n.º 22.441, de 30-6-53, que aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar. Parece-me o Serviço interessantíssimo, quando o visitei êste ano. No meu modo de entender é uma experiência que merece ser imitada em municípios mais desenvolvidos e com população superior a 50 mil habitantes. Caso contrário tornar-se-á extremamente dispendioso para o Governo, pela imprescindível complementação econômica da população local, apoiando o serviço especial de saúde no município.

Outra corrente é a fundamentada na hipótese de que a Saúde Pública é um problema de estrutura e que pelas atividades médico-sanitárias poder-se-á transformar a fisionomia nacional.

Raimundo Girão, em História Econômica do Ceará, diz que a correção ao trabalho depende da defesa sanitária e educacional de nossas populações.

Parece-me que os métodos poderiam variar de conformidade com o desenvolvimento maior ou menor de cada região.

A própria comunidade do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), criada pela Lei 1.532, de 31 de dezembro de 1951, deveria estar recebendo orientação técnica do organismo acima referido (equipe de médico, economista, contabilista, desenhista, estatístico, assistentes sociais, etc.).

As resoluções de nossos problemas de saúde dependem de sistematização, continuidade, intenso e bom trabalho de equipe de tôdas as nossas estruturas, visando um mesmo e elevado fim.

RESUMO

Foram estudados inicialmente os problemas de nossas estruturas superiores (Ministérios) relacionados com a política médico-hospitalar. A seguir das estruturas inferiores. Chamou-se atenção para o fato de estar o Brasil atualmente com perto de 190.000 leitos, achando-se, neste particular, em segundo lugar na América e em oitavo no mundo, mas infelizmente é péssima a nossa distribuição de leitos e de médicos no País. Super saturação do mercado de trabalho médico e para-médico em algumas localidades, enquanto zonas fisiográficas inteiras, abrangendo muitos municípios, alguns milhões de habitantes, permanecem desamparados de qualquer assistência!... Baseado em observações pessoais, levantamentos estatísticos, visão panorâmica de nossa política médico-hospitalar, foram discutidas as diversas tendências das atuais correntes que lideram a Saúde Pública no Brasil. Mostrou-se que o médico ainda continua esquecido no própria Ministério da Saúde, urgindo, quanto antes, a criação de um Departamento altamente especializado no Ministério da Saúde, para equilibrar a distribuição de médicos e de leitos, propiciando melhor coordenação da Saúde no Brasil.

CONCLUSÕES

Recomenda-se:

- 1.º) A criação de um Departamento Nacional do Mercado de Trabalho Médico e Para-médico no Ministério da Saúde, para boa distribuição de Médicos e Hospitais e mais ampla coordenação da Saúde no Brasil;
- 2.º) A colocação de facultativos em todos os municípios sem médico, orientados e encaminhados pelo Departamento Nacional do Mercado de Trabalho Médico e Para-Médico do Ministério da Saúde e nos moldes acima sugeridos, ou que melhor o sejam a fim de que promovam salutar impulso local, e sejam criados serviços hospitalares e para-hospitalares;
- 3.º) Maior autonomia da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, a fim de que nenhum projeto hospitalar ou para-hospitalar seja executado sem a sua aprovação;
- 4.º) Não devem ser criados municípios no Brasil desprovidos de médicos, maternidade e hospital;
- 5.º) Melhor cobertura hospitalar é para hospitalar de nossas zonas fisiográficas e municípios; mais adequada ramificação das linhas fundamentais de nossa assistência médica e para-médica nas diversas regiões hospitalares do Brasil!...