

Algumas considerações sobre proteção à saúde do servidor público

RUBENS DE SIQUEIRA

Técnico de Administração

O ESTUDO completo e pormenorizado de assunto tão vasto e importante como sói ser o da *proteção à saúde do servidor público*, não pode caber, de forma alguma, no campo restrito de um artigo de revista.

Ao escolher para título de nosso artigo a expressão "Algumas considerações sobre proteção à saúde do servidor", quisemos ressaltar, desde logo, não pretender, em absoluto, fazer um trabalho completo e perfeito, abordando todos os detalhes do problema.

Outrossim, queremos assinalar, "ab initio", que não tivemos o objetivo de fazer crítica destrutiva. Se, em alguns períodos, usamos de expressões algo calorosas, levados pelo entusiasmo na argumentação, o fim colimado foi sempre um: focalizar um problema para que o mesmo, bem conhecido, possa ser melhor compreendido e resolvido. Assim, não houve jamais, de nossa parte, a intenção menos digna do "animus injuriandi".

Procuramos, destarte, fazer crítica construtiva, apontando falhas, sugerindo medidas. Tal qual o médico que, após examinar um doente, prescreve a medicação que julga útil. Muita vez, entretanto, ou o diagnóstico não foi preciso ou a terapêutica não foi a devida...

*

* *

E' de 1.916, quase 30 anos pois, a conhecida imagem do "vasto hospital", lançada pelo culto e brilhante MIGUEL PEREIRA, visando "excitar os poderes públicos a movimentos mais largos de defesa da saúde das populações do interior, e de reformas do competente aparelhamento administrativo".

O Sr. HORACIO CARTIER, em escrito relativamente recente, comemorativo do decênio da chamada revolução brasileira (1), procurando negar tal imagem, afirma enfaticamente:

"Felizmente, como a imagem que fixou o grande e saudoso professor de clínica Miguel Pereira, já está um tanto delida pelo tempo, e se aquietaram as paixões que há 25 anos trabalharam o ambiente brasileiro, não se afigura dificultoso, a uns, encontrar atenuantes para aquêlo aparente e ruidoso impatriotismo do velho mestre, tão idealista e expressivo, e a outros absolvê-lo precisamente em nome da intenção patriótica, e dos altos benefícios que teriam resultado para o Brasil da inscrição daquela frase nas asas da propaganda da imprensa a favor do saneamento do país. Mas, o que nem ontem, e nem hoje, e hoje mais do que nunca se admite, é que o dito do notável e inesquecível mestre correspondesse, ainda que adoçada a sua côr violenta, à realidade brasileira."

Não estamos de acôrdo com tal opinião e, muito menos, de que seja o conceito pejorativo e capaz, pois, de nos diminuir, quando invocado.

Somos daqueles que acreditam que o dito não precisa ser adoçado para corresponder à realidade brasileira. E' preferível sentir a verdade e envidar esforços no sentido de torná-la menos amarga.

A atitude do avestruz escondendo a cabeça entre as asas, convicto de que o tiro do caçador não partirá, fugindo, assim, à realidade da situação, não pode nem deve ser partilhada pelos homens possuidores de bom senso e conhecedores dos nossos problemas.

E o problema da saúde (ou da doença) é um dos grandes problemas, não só do Brasil como de tôdas as nações. Nossas características geográficas, ântropo-sociais, econômicas e políticas nos colocam em situação especial, "sui generis", em confronto com a maioria das nações ditas civilizadas. Apesar disso, porém, devemos conhecer o que se faz no "campo de proteção à saúde" em outros países, para aceitar e adaptar, se possível, o que fôr considerado útil, prático e eficiente.

Assim sendo, esfloraremos, inicialmente, com o quadro anexo, as novas legislações e planos mais

(1) *Política Sanitária*.

DADOS FORNECIDOS PELO B. I. T.

1. NOVA ZELÂNDIA	2. MÉXICO	3. AUSTRÁLIA	4. CHILE	5. GRÃ-BRETANHA	6. ESTADOS UNIDOS
<p>LEGISLAÇÃO — Lei de Segurança Social, 1938 (prestações reformadas em lei orçamentária — 1943-1944).</p> <p>PESSOAS COBERTAS — Toda pessoa maior de 16 anos, mulheres economicamente dependentes, filhos.</p>	<p>Lei do Seguro Social 1942.</p> <p>Todo assalariado membro de cooperativas de produtores. Seguro individual ou de grupo voluntário contra um ou mais riscos para independentes. Seguro de grupo em comunidades agrícolas contra acidentes, doença, maternidade.</p> <p>Cuidados médico, hospitalar e de farmácia para segurados, mulheres, filhos até 16 anos, por 26 semanas; prestações em dinheiro, também.</p>	<p>Lei de Abono Infantil, 1941. Lei Caixa Nacional de Previsão, 1943.</p> <p>Tôda pessoa maior de 16 anos, espôsas, filhos.</p>	<p>Projeto 10 de junho de 1941, ou reforma de seguro obrigatório.</p> <p>Todo empregado assalariado; independentes que ganham até 24.000 pesos anuais.</p>	<p>Plano Beveridge, dezembro de 1942.</p> <p>Classes: I — Assalariados; (cotizantes); II — Independentes; (cotizantes); III — Donas de casa; IV — Sem ocupação remunerada (cotizantes); V — Filhos até 16 anos; VI — Aposentados.</p>	<p>Projeto Wagner Murray (S. 1161, junho de 1943).</p> <p>Classes seguradas: Assalariado todo. Independentes.</p> <p>Cuidado médico geral e especial para segurados, mulheres e filhos, duração ilimitada. Hospitalização para os mesmos por 30 dias ao ano.</p> <p>Riscos Profissionais — Seguro obrigatório contra riscos profissionais, segundo legislação estatal, existe em todos os Estados menos Alabama.</p>
<p>PROTEÇÃO À SAÚDE — Cuidado médico, hospitalar, farmácia, duração limitada; outrossim prestações em dinheiro.</p> <p>Riscos Profissionais — Sem modificação a responsabilidade de empregado de compensar, em caso de acidentes ou doenças profissionais, sob legislação separada.</p>	<p>Riscos Profissionais — Compensação por acidentes e doenças profissionais (segundo tabela), outorgando cuidado médico completo, membros artificiais, 3/4 do salário por invalidez temporária, 2/3 por incapacidade permanente, pensão a sobreviventes.</p>	<p>Riscos Profissionais — Seguro obrigatório de acidentes e doenças profissionais, segundo legislação estatal existente em todos os Estados, exceto Tasmânia.</p>	<p>Riscos Profissionais — Compensação por acidentes e doenças profissionais, outorgando cuidado médico completo, membros artificiais, 75% (85% se houver encargos de família de salários por incapacidade total, 60% por sobreviventes — cobertos todos os assalariados.</p>	<p>Riscos Profissionais — Abolição da responsabilidade do empregador de compensar em caso de acidentes e doenças profissionais.</p>	<p>Riscos Profissionais — Riscos Profissionais — Seguro obrigatório contra riscos profissionais, segundo legislação estatal, existe em todos os Estados menos Alabama.</p>

NOTA: Por motivos fáceis de compreender, dado o objetivo do presente artigo, deixamos de expor propositalmente, a administração, o financiamento, e detalhes das prestações em dinheiro dos diversos planos, projetos e leis.

interessantes — na parte proteção à saúde — ora em vigor ou em estudos, em outras plagas. Merecem especial destaque, pelas repercussões que estão tendo, os estudos e realizações da Nova Zelândia, México, Austrália, Chile, Grã Bretanha e Estados Unidos. Todos esses países não possuem a arrojada imagem Miguel Pereira, mas possuem, quatro deles pelo menos, a concepção democrática de que mais vale reconhecer e sentir os seus verdadeiros problemas do que fingir ignorá-los ou resolvê-los apenas, e facilmente, com a atitude comodista do “laissez faire” e outras semelhantes.

Todos esses planos sugerem soluções que correspondem exatamente ao clima psíquico da época em que vivemos e são dignos de meditação para todos os países que já alcançaram um certo progresso no campo do direito social, pois que, como acentuou o autor do plano mais conhecido, Sir WILLIAM BEVERIDGE — “os principais problemas na segurança social são comuns a todas as nações.”

Queremos acentuar, como já fizeram, em relação ao plano Beveridge, nomes mui nossos conhecidos, OSCAR SARAIVA e ESTANISLAU FISCHLOWITZ, que “apesar da completa identificação com a época em foram elaborados — motivos de sua projeção na vida internacional — todos esses planos, projetos e leis, encontram-se enraizados nas condições locais: grande parte de suas sugestões prestam-se apenas para “consumo interno e nunca para a exportação”.

*
* *

Seria interessante, agora, o estudo do “clima brasileiro” em relação ao assunto e seu confronto com os países citados. A matéria, porém, pela sua vastidão, não permite que isso ora seja feito. Por esse motivo, iremos expor, apenas, um setor de realizações nacionais — o do servidor público, — deixando para outrem, ou para ocasião mais propícia, o problema brasileiro de proteção à saúde, encarado sob o ponto de vista global.

Não podemos, todavia, deixar passar em silêncio o fato de que, apesar de todos e numerosos esforços envidados em sentido contrário, a assistência médico-hospitalar efetiva aos trabalhadores em geral, continua a constituir a principal lacuna da já tão avançada legislação social brasileira.

Como cuida o Estado da proteção à saúde do seu servidor?

Abramos o Estatuto. E, talvez, os nossos leitores ignorem que há ali um plano de proteção à saúde, ou melhor, a *previsão de um plano*.

Senão vejamos.

No Título II — Direitos e vantagens — Capítulo XIII — Da assistência ao funcionário — Art. 219, encontramos:

“Art. 219 — O Governo Nacional promoverá o bem estar e o aperfeiçoamento físico, intelectual e moral dos funcionários e de suas famílias.

Parágrafo único — Com essa finalidade serão organizados:

I — Um plano de assistência que compreenderá a previdência, seguro, assistência médico-dentária e hospitalar, sanatórios, colônias de férias e cooperativismo;

II — Um programa de higiene, conforto e preservação de acidentes nos locais de trabalho.

.....”

Prevê, pois, o Estatuto um plano de proteção à saúde do funcionário. Desconhecemos, porém, a existência de publicação ou ato oficial que trate da organização ou delineamento do plano.

Procura o Estado, todavia, apesar de não haver traçado um programa a respeito, proteger a saúde do seu servidor, principalmente do funcionário.

A este proporciona:

- a) abono de 3 faltas mensais por motivo de moléstia;
- b) licença para tratamento de saúde, com todos os vencimentos, até 6 meses;
- c) licença à gestante com todos os vencimentos;
- d) aposentadoria:

- 1) com todos os vencimentos (doenças especificadas no art. 201 do Estatuto, acidente no trabalho ou doença profissional);

- 2) com vencimentos proporcionais ao tempo de serviço, nunca, porém, inferior a 1/3 do que o funcionário percebe;

- e) exames periódicos (nem sempre);
- f) facilidades de perícia médica;
- g) socorros de urgência no trabalho;
- h) férias.

E as demais categorias de servidor?

O contratado e o mensalista, exceção feita para as vantagens econômicas da aposentadoria por motivo de doença, gozam de todos os benefícios que

são outorgados ao funcionário, *ex-vi* do art. 54, da Lei 240, de 4 de fevereiro de 1938.

Os diaristas e tarefeiros, todavia, ainda não têm direito nem a licenças nem a férias, gozando, porém, em tese, de aposentadoria, a qual, não sabemos o motivo, precedeu à concessão de licenças e férias (2).

O "pessoal para obras", verdadeira *terra de ninguém*, sob certos pontos de vista de política sanitária, a pouco ou a nada tem direito, salvo raríssimas exceções de determinados Serviços, no que concerne a proteção à saúde.

Como vêem, em traços gerais, há muito ainda a fazer, a começar pela assistência médico-hospitalar, que é de necessidade grande e premente.

O futuro Hospital do Servidor Público deverá mitigar no Distrito Federal apenas, à situação atual.

"O sistema de assistência social, atualmente existente, proporciona aos servidores do Estado", como faz notar ARI FERNANDES, "facilidades de perícia médica, por intermédio das Secções de Assistência Social ministeriais" (3). Elas não podem, legal e materialmente, ir além do diagnóstico, isto é, do fornecimento gratuito de um nome técnico complexo que por si só nada resolve. Depois disso, o servidor não tem diante de si, e à sua disposição, outros recursos, além dos que tem qualquer outro cidadão. Resolverá o seu caso onde e como puder, bastando-se a si mesmo, com os recursos de sua própria renda. E, para as pessoas de sua família, nem o diagnóstico da S.S. (4).

Provas incontestáveis da pequena capacidade aquisitiva do servidor público, quanto à assistência médico-hospitalar, são os freqüentes empréstimos mediante consignação em folha. E ainda os pedidos a um médico amigo, de uma consulta

gratuita, de um desconto num laboratório ou casa de saúde, de fornecimento de uma amostra médica. Até mesmo os servidores de padrões elevados são, por vêzes, obrigados a manobras defensivas, quando ocorrem casos de cirurgia, exames complementares dispendiosos, radioterapia, etc. Já se afirmou, certa vez, que na casa do servidor público, quando entra o cirurgião, entra também o onzenário.

O Hospital virá, assim, preencher uma sensível lacuna, mas, infelizmente, só no Rio.

*

* *

Um parêntesis para assinalar um ponto de importância fundamental.

Todo plano que intente proteger a saúde do servidor funda-se, como não poderia deixar de ser, no trabalho médico. E, até agora, parece-nos, ainda não foi devidamente reconhecido pelo Estado o grande papel desempenhado pelo médico na proteção ao servidor público. As séries funcionais e as diversas carreiras de Médico ou Médico Clínico mostram o plano de inferioridade em que é colocada essa categoria de servidores quando em confronto com várias carreiras do funcionalismo. Na *escala comparativa dos padrões de vencimentos dos cargos de carreira (fixos)*, organizada por HERSON DE FARIA DÓRIA, na sua excelente tese — *A seleção do pessoal para a carreira de escriturário* — apresentada ao concurso de Técnico de Administração, em 1941, verifica-se, facilmente, a razão de ser da nossa assertiva.

São as Ordens religiosas, as chamadas Beneficências e o próprio Estado, os que menos pagam ao médico.

Aceitam-se contratos, no Serviço público, para as mais esdrúxulas especializações. Um médico especializado em oto-rino-laringologia, oftalmologia, radiologia, nutrição, etc. — é apenas médico.

Um bom médico não precisará ser servidor público, se fôr bom de fato — será o argumento nitidamente acaciano de muitos. Argumento simplista de quem, no Brasil, finge ignorar a socialização unilateral da medicina, que leva o médico — fato virgem em outros países — ao exercício até de outros misteres, a fim de manter a subsistência dos seus. E a prova evidente podemos dar com alguns exemplos de médicos bem conhecidos e conceituados no seio da classe. Um dêles, profes-

(2) A situação dos diaristas, tarefeiros e, até mesmo, do pessoal para obras, no que concerne a férias, acha-se em flagrante contradição com os compromissos de ordem internacional, assumidos pelo Brasil, e que constam da convenção internacional de trabalho n.º 52 sobre férias, adotada em Genebra na XX sessão anual da Conferência Internacional de Trabalho, em 1936, e ratificada pelo nosso país. Com efeito, o art. 1.º da convenção prevê que ela se aplica ao "personnel occupé dans les entreprises et établissements... qu'ils soient publics ou privés".

A convenção acrescenta depois, no item 3 do mesmo artigo: "Dans chaque pays l'autorité competente peut exempter de l'application de la présente convention... b) les personnes occupées dans les administrations publiques dont les conditions d'emploi donnent droit à un congé annuel payé d'une durée au moins égale à celle du congé prévu par la convention", isto é, o prazo mínimo de 6 dias anuais.

(3) Até bem pouco e pelo S.B.M., agora.

(4) Ou do S.B.M.

sor catedrático de Biotipologia, em uma das nossas Universidades, exerceu, até há alguns anos atrás, o cargo de prático de engenharia; outro, catedrático de Ginecologia de uma das nossas Escolas de Medicina, era, há pouco tempo, oficial administrativo do M. Agricultura; um outro, a quem conhecemos intimamente, livre docente de duas Escolas de Medicina, tendo já exercido a cátedra mais de uma vez, era, até fins de 1941, oficial administrativo de um ministério militar.

Todos êles trabalhavam ou trabalharam como médicos, da manhã à noite. A clínica privada, no Brasil, com sua tendência, cada vez maior, a desaparecer, obrigava-os, porém, a exercer outras funções.

*
* *

Outro ponto importante: a Administração pública brasileira, no regime atual quando se propõe a fazer estudos ou reformas médico-sociais, não solicita esclarecimentos ou parecer às entidades médicas que poderiam representar a classe — Academia Nacional de Medicina ou o Sindicato Médico, por exemplo:

“Em como é diferente o médico em outras terras”, diria o cardeal Gonzaga.

No Boletim Provisional n.º 4, outubro de 1943, do Comité Interamericano de Segurança Social, do Bureau Internacional do Trabalho, lemos: “Canadá — Política do governo federal — Um movimento em favor de um seguro nacional de doença, fortemente apoiado pela Associação Médica Canadense...”

Sem o apoio incondicional da classe médica, nada se tenta. Na Inglaterra, por exemplo, o plano de socialização da Medicina, de fevereiro de 1944, foi sujeito a um plebiscito na classe médica.

Aqui, porém, em assuntos que o interessam vivamente e nos quais êle é “the right man in the right place”, o médico não é auscultado.

Quanto aos acidentes no trabalho (e doenças profissionais) e à responsabilidade do Estado em face do risco a que está sujeito o seu servidor, muito há a fazer, máxime no que concerne ao pessoal extranumerário que não é suficientemente protegido, principalmente quando invalidado temporariamente para o serviço.

Muita cousa haveria, ainda, para ser dita. Preferimos, porém, fazer, agora, algumas sugestões.

1) Recordando as criteriosas considerações expendidas por MILLSPAUGH, na introdução de sua excelente *Public Welfare Organization*,

“Because of the complexity of the subject, the obstacles that stand in the way of assured judgments, and the diversity and conflict of views, the concluding chapter takes up what seems the most important problem of all:

How to organize the process of organizing or how to plan planning so as to conserve the good and avoid the bad, making the present not merely a survival of the past but also an anticipation of the future.”

não podemos deixar de lembrar que *um plano de proteção à saúde é necessário; deve, porém, o plano ser planejado*. E’ o que o D.A.S.P., pela sua D.E., de íntima colaboração com as outras divisões interessadas, poderá fazer. Em cumprimento, aliás, ao preceito estatutário. Sem isso, pensamos, tudo será empirismo.

2) Solicitação por parte do Estado, aos órgãos médicos competentes, da colaboração que se fizer necessária ao estudo de assuntos relativos a proteção à saúde.

3) Extensão a todos os extranumerários dos benefícios de que já gozam os funcionários (licenças e férias).

4) Se fôr mantida, no futuro, a categoria específica de “pessoal para obras”, 1) estender-lhe as medidas protetoras aplicáveis ao assalariado ou, então, o que parece mais difícil, 2) incluí-lo no campo de aplicação das medidas protetoras do pessoal público.

5) Possibilidade do estudo da reestruturação das carreiras de Médico e Médico Clínico no Serviço Público.

6) Estudo da possibilidade de aplicação do seguro-saúde ou, então, da assistência médico-social, (5), fora da técnica própria do seguro social, ao nosso servidor.

7) Estudo estatístico das condições de saúde do nosso servidor, bem como do custo atual das medidas protetoras do Estado.

8) Inquérito das condições da saúde e nutrição do servidor público.

(5) Que, como já lembramos em artigo recente, poderia ser confiada com grande proveito às Secções de Assistência Social, ora aliviadas de suas funções de perícia e fiscalização, por fôrça do Decreto-lei n. 5.848-1943, que centralizou no Serviço de Biometria Médica os exames de sanidade e capacidade física dos servidores públicos.