

A administração sanitária nos Estados Unidos

ARÍ DE CASTRO FERNANDES

Técnico de Administração

O ESTUDO da administração sanitária nos Estados Unidos da América do Norte, do seu desenvolvimento no passado, de sua estrutura no presente, de suas tendências no futuro, constitui material interessante, altamente instrutivo, teórica e praticamente, para médicos, higienistas, administradores e organizadores.

Deixemos de lado a história clássica dos pioneiros impacientes, em luta contra a intolerância conservantista, mantenedora de métodos ou atividades residuais, que se apoiavam apenas no precedente e na tradição. Deixemos também de lado a história clássica dos catequizadores pacientes. Com os mesmos termos com que ela narra a aventura de todos os germinadores de idéias, aqui também ela grafou, na lenda dos séculos, a da legião dos anônimos bandeirantes da Higiene, que, em dois séculos e meio, a transformaram, de um instrumento policial, em medicina do futuro. Vejamos apenas os fatos essenciais.

O PASSADO

Os colonizadores ingleses interessavam-se mais pela saúde da alma, que pela do corpo. Assim, a Legislatura da Colônia da Baía de Massachusetts, em 1647, limitou-se a prevenir a poluição das águas do porto de Boston. Depois vão sendo tomadas outras medidas de saneamento. Mas, só em 1797, quasi século e meio depois, surge, ainda em Boston, o primeiro Conselho de Saúde, tendo como presidente um herói nacional, o onipresente e onisciente Paul Revere.

Até 1850, o desenvolvimento econômico vertiginoso do país não é, de modo algum, acompanhado pelo da saúde pública. As epidemias eram frequentes, e a tuberculose, terrivelmente devastadora. New York, já com 300 mil habitantes, era, em matéria de saneamento, um padrão negativo.

A esse tempo, aparecem dois trabalhos importantes — o "Recenseamento da Cidade de Bos-

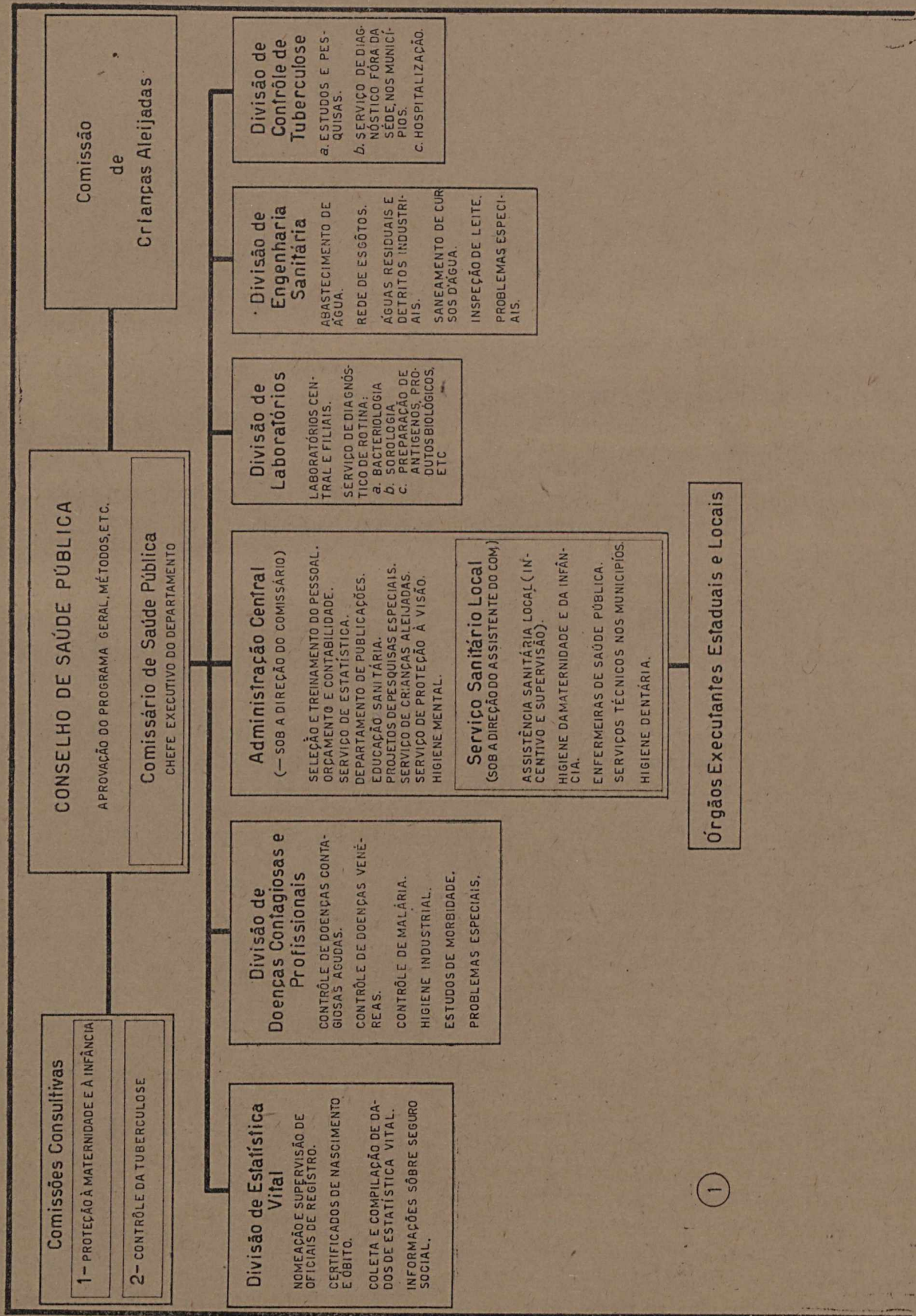
ton" e o "Relatório da Comissão Sanitária de Massachusetts" — de autoria de um homem de grande visão, Lemuel Shattuck. Começou o movimento em prol da saúde pública.

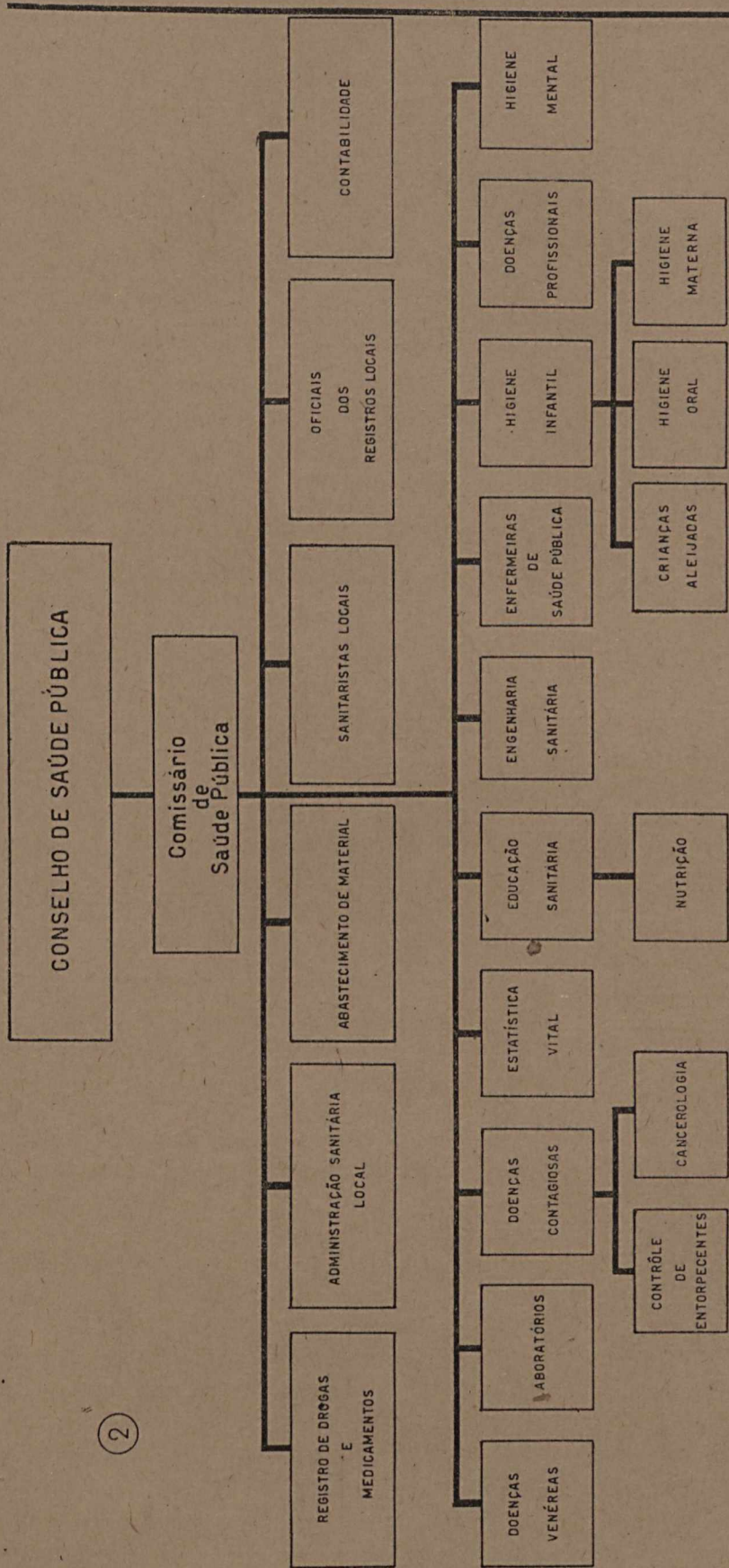
Os Conselhos de Saúde, que desde 1780 vinham sendo organizados, a princípio nas pequenas cidades, depois nas grandes, começam a aparecer nos governos estaduais. O primeiro foi o de Massachusetts, em 1869.

Três anos depois é fundada a "American Public Health Association", que, daí em diante, teve sempre papel preponderante no movimento sanitário americano. Nessa época, Elisha Harris, secretário da sociedade, dotado de espírito crítico, antevisão, precência verdadeiramente admiráveis, redigiu as bases de um programa geral de administração sanitária, que hoje está sendo adotado. Já alguém afirmou que nessa data nasceu o moderno conceito de saúde pública.

E. Harris traçava as seguintes bases fundamentais para um programa sanitário :

1. a criação de Conselhos Estaduais de Saúde em todos os Estados, obedecendo às limitações de leis gerais, que imprimissem orientação uniforme à administração sanitária.
2. a administração local, unidade melhor indicada para conquistar o apóio popular, não deve sofrer intervenções desnecessárias dos governos estaduais, em matéria de âmbito meramente local;
3. a recomendação no sentido de que cada govêrno urbano ou municipal organize em lei comissões sanitárias;
4. o município recomenda-se como unidade sanitária administrativa, cujo sistema organizacional deve compreender as unidades operantes locais, ou com elas se articular intimamente;





1-TENNESSEE, ORGANIZAÇÃO POR PROCESSO, NA QUAL A CADA DIVISÃO CORRESPONDE UMA CERTA TÉCNICA
 2-CONNECTICUT ORGANIZAÇÃO POR PROPÓSITO, NA QUAL AS UNIDADES SÃO ESSENCIALMENTE DIVIDIDAS À BASE DAS FUNÇÕES QUE DEVAM EXECUTAR

ESTRUTURA DE DOIS, DEPARTAMENTOS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA

5. a finalidade primordial da administração sanitária estadual deve ser a de promover a eficiência local;
6. a uniformidade, e conseqüente comparabilidade dos resultados da estatística vital, depende do grau de supervisão que a administração estadual exerça sobre a compilação de dados;
7. as administrações estaduais devem procurar desenvolver um programa sanitário geral adaptável às necessidades locais.

Nos 50 anos seguintes, as repartições sanitárias, além dos problemas de saneamento, desenvolvem grandes atividades no controle de doenças infecto-contagiosas. Houve grandes sucessos e também fracassos espetaculares.

O início do século marca também o início do conceito, hoje dominante, de que a administração sanitária não pode deixar à margem o problema da proteção da saúde do indivíduo. Os *serviços de saúde pública* começam a ceder o passo aos *serviços de saúde*.

A iniciativa privada começa a colaborar intensamente com os governos, tendo como pioneiras a Liga Contra a Tuberculose e a Cruz Vermelha.

Aparece então a higiene como disciplina regular dos currículos das escolas médicas. Surgem grandes mestres: Biggs, de New York; Sternberg, do Exército; Sedgwick, do Instituto Tecnológico de Massachusetts; Whipple e Elliot, de Harvard; Chapin, de Providence; Evans, de Chicago; e, sobretudo, Rosenau, cujo "Tratado de Higiene e Medicina Preventiva" se tornou clássico. As magníficas Escolas de Higiene, dentre as quais se destacam as das Universidades de Johns Hopkins, de Harvard e de Toronto, formaram os técnicos que estruturaram a administração sanitária americana dos nossos dias, e dela fizeram um excelente padrão de eficiência técnica.

O PRESENTE

Vejamos, de início, quais as funções e as atividades básicas, que devem estar presentes na organização de um sistema de proteção à saúde. Elas são apresentadas a seguir, na ordem cronológica de expansão dos programas sanitários nos Estados Unidos, aliás semelhante à dos demais países.

1. Saneamento :

Abastecimento de água
Esgotos
Fiscalização de gêneros alimentícios
Remoção de detritos
Limpeza de logradouros públicos
Urbanismo e habitação
Prevenção de acidentes
Contrôle das vias de transmissão de moléstias.

2. Epidemiologia :

Contrôle de doenças infecto-contagiosas
Análises clínicas (laboratórios)
Estatística vital

3. Educação sanitária :

4. Proteção à saúde do indivíduo :

Higiene infantil
" materna
" industrial
" mental
" do adulto

Nutrição

Serviço de Enfermeiras visitadoras

5. Pesquisa científica

6. Planejamento de programas nacionais de saúde

Algumas dessas funções nasceram dentro dos serviços de saúde pública, mas breve passaram para a jurisdição de outras agências governamentais executivas.

Não nos deteremos no exame de detalhes técnicos, que interessam apenas ao sanitarista. Preferentemente daremos atenção à estrutura atual dos serviços de saúde americanos, nos três níveis de governo.

I. ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA MUNICIPAL

Dentro do princípio de descentralização executiva máxima, a comunidade urbana representa a área administrativa basilar do programa sanitário. Não seria possível traçar um esquema geral, um figurino, pelo qual se tivesse uma visão única da estrutura dos serviços de saúde em uma *urbs* americana. As suas variações são inúmeras, atendendo às condições locais e, sobretudo, às diferenças de população, por vezes chegando a vários

milhões, como em New York, Philadelphia, Chicago ou Los Angeles. Contudo, há traços comuns.

Em todos os casos o serviço de saúde urbano é uma unidade executiva primária, de ação direta. Assim, deve estar preparado para enfrentar os problemas técnicos de rotina. Nesse sentido ele é auto-suficiente, ágil e flexível, como uma unidade militar de carros de assalto.

A direção cabe, via de regra, a uma Comissão Sanitária, de 3 a 5 membros, geralmente médicos, e a um Diretor de Saúde. Por vezes há um Conselho de Saúde Pública, órgão de cooperação, composto de pessoas proeminentes.

A organização de um Departamento de Saúde geralmente é simples. As principais divisões são :

1. administração
2. estatística vital
3. saneamento
4. epidemiologia, tuberculose e doenças venéreas
5. higiene infantil
6. serviço de enfermeiras visitadoras
7. laboratórios de análises
8. educação sanitária

Essa estrutura ora se desdobra, ora se contrai, segundo as possibilidades financeiras da comunidade.

A Divisão de Saneamento freqüentemente comporta as seguintes subdivisões :

- a. inspeção sanitária geral
- b. fiscalização de gêneros alimentícios
- c. " " leite
- d. higiene industrial.

Essas divisões são unidades supervisoras e coordenadoras da execução. A unidade executante por excelência é o *centro de saúde*, a peça mais característica e mais representativa do sistema sanitário americano, que concretiza a idéia de descentralização máxima, preconizada pelos higienistas dos Estados Unidos. Em verdade, essa descentralização sanitária só se tornou exequível por meio dêsse ovo de Colombo, que afastou as unidades operantes super-especializadas do primeiro contato direto com a clientela, para se constituir como uma célula médica integral, coesa, quasi auto-suficiente, estrategicamente situada nos centros de população densa, próxima do povo ao qual deve servir, como centro social de irradiação na massa, como verdadeira "community center".

Pequeno, pouco dispendioso, quanto à construção, à instalação e à manutenção, o centro de saúde é a sede dos inspetores sanitários e das enfermeiras visitadoras, dispendo ainda do equipamento mínimo indispensável a algumas clínicas, segundo a zona em que está situado. Geralmente compreende clínicas infantil, de tuberculose, dentária, vacinação, etc.

O centro de saúde deve ser um espelho das necessidades da sua zona. E funciona como o filtro de uma clientela média de 60.000 pessoas. Na cidade de New York chega a atender 200 a 300 mil, o que é desaconselhável.

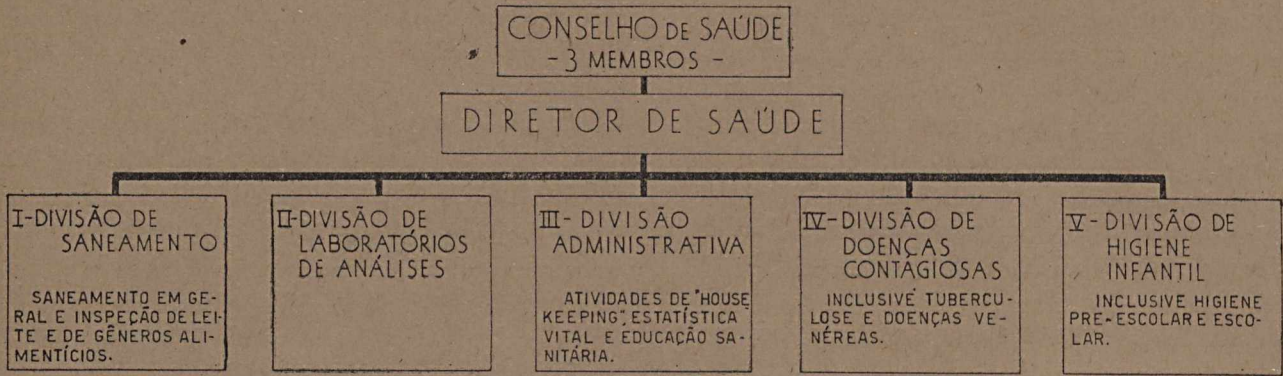
O segredo da eficiência de um centro de saúde reside na boa direção técnica, eficiente, enérgica, de um pessoal pouco numeroso, mas capaz.

Como bem se vê, o centro de saúde não eliminou totalmente os serviços especializados, estruturados por função, sobretudo quando são de instalação dispendiosa ou de técnica complexa.

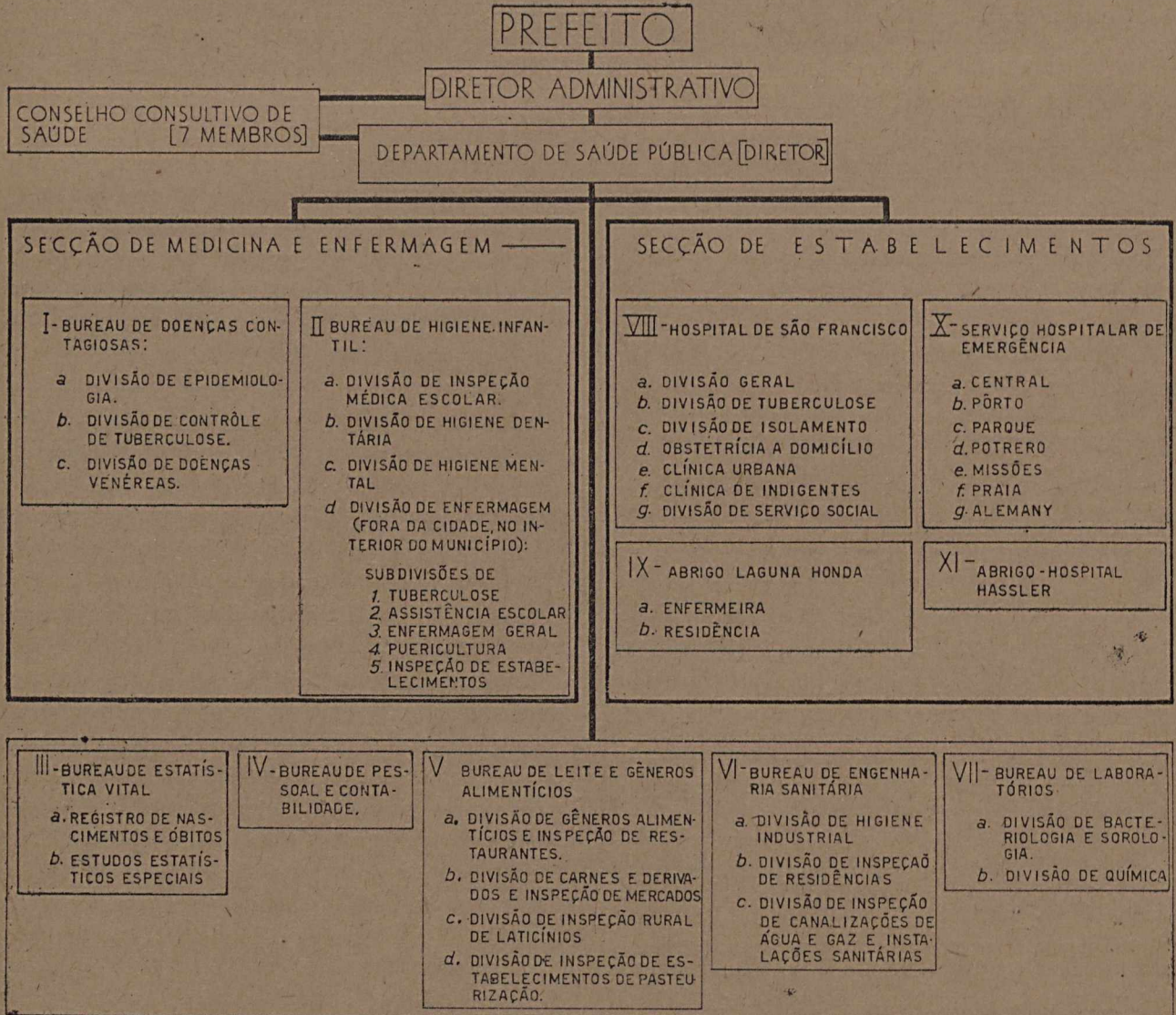
A transição do sistema dos departamentos de saúde, numa grande cidade, da antiga organização funcional, vertical, para a descentralizada, horizontal, foi um problema administrativo difícil. Um dos obstáculos era a mentalidade dos antigos chefes de serviço, tendendo a dar predominância à sua especialidade, entre as atividades do Centro de Saúde, reduzindo ou até burocratizando os demais setores.

A criação dos centros de saúde trouxe uma importante modificação no sistema sanitário americano. Os serviços de enfermeiras visitadoras, antes predominantemente organizados segundo um plano de especialização funcional, tendem hoje para um plano generalizado, polivalente, atendendo a uma unidade básica de visitação — a família. Ainda aqui o problema da direção é de significação fundamental.

O centro de saúde ganhou prestígio como célula social. E a sua eficiência é, em grande parte, responsável pelo aparecimento de uma tendência, que tem dado alguns resultados precários. A princípio foram atribuídos aos serviços de saúde, os de assistência médica aos necessitados. Nisso não há maiores inconvenientes, como bem o prova o Departamento de Saúde da cidade de São Francisco. Mas tem-se tentado ir além, atribuindo-lhe também certas atividades de assistência e previdência social, *verbi gratia*, pensões a desocupados, velhos, viúvas e órfãos. Esta tendência tem sido muito combatida, e não parece ganhar terreno.



Estrutura de um departamento de saúde pública, típico de uma pequena cidade (100.000 habitantes) americana. Cada Divisão tem um diretor próprio, exceto a Divisão Administrativa, cujos trabalhos são superintendidos pelo próprio Diretor de Saúde. (Apud W. G. SMILLIE, Public Health Administration, New York, 1940, pág. 350)



Estrutura do Departamento de Saúde da cidade de São Francisco, Cal. Os Bureaus de III a VII constituem a Secção Técnica, cujo nome se acha omitido no clichê

O serviço de saúde urbano encaminha ao serviço estadual informações sobre estatística vital, e prevalência de doenças infecto-contagiosas. Em troca recebe orientação e assistência técnica.

As cidades de menos de 500 mil habitantes têm sérias dificuldades para financiar um programa sanitário extensivo, realmente eficiente. Para as de menos de 50 mil o problema é quasi insolúvel. Aparecem então os departamentos de saúde urbano-municipais, nos quais os interesses da cidade e do município são considerados em conjunto, com bons resultados para ambos.

Embora a primeira comissão local de saúde, organizada em 1797, em Massachusetts, tenha tido como incumbência primordial a de atacar o problema sanitário das zonas rurais, fato é que, nos Estados Unidos, a administração sanitária deu preferência acentuada aos problemas urbanos, e somente nas últimas décadas prestou a devida atenção às primeiras. Hoje, em alguns Estados, como o de Pennsylvania, êsses serviços são de primeira ordem.

Em 1911 houve uma violenta epidemia de febre tifóide no município de Yakima, Estado de Washington. O Dr. L. L. Lumsden, do Serviço de Saúde Federal, designado para estudar o surto epidêmico, aconselhou em seu relatório a criação de departamentos de saúde municipais. Foi então organizado o primeiro deles. A mesma idéia foi sustentada pela Fundação Rockefeller. De 1918 em diante cresceram de número rapidamente, e hoje sobem a 1.381.

A estrutura de um departamento municipal de saúde se assemelha muito a de um equivalente urbano, sendo porém de menores proporções. As suas atividades básicas geralmente são :

1. estatística vital
2. epidemiologia
3. higiene infantil e materna
4. " escolar
5. saneamento
6. educação sanitária.

Em alguns casos, raros é verdade, o pessoal executivo se reduz a um sanitarista, um clínico, duas enfermeiras visitadoras e um escriturário. Evidentemente, a eficiência de um departamento, assim tão pequeno, é quasi nula.

Os municípios com menos de 15 mil habitantes, ou com renda inferior a \$ 300 anuais *per capita*, não podem manter um serviço de saúde próprio.

Alguns poucos municípios tomavam os serviços de um sanitarista e uma enfermeira; outros, apenas um deles.

A boa solução foi encontrada nos serviços de saúde distritais. Vários municípios juntavam esforços para manter um departamento comum a todos. Surgiram alguns óbices, com as rivalidades, ou o perigo de, repentinamente, um dos municípios retirar o seu apóio financeiro, ameaçando a estabilidade do empreendimento. De um modo geral, porém, os resultados foram apreciáveis.

II — ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA ESTADUAL

Um fato essencial deve ser aqui lembrado : a unidade soberana de governo, nos Estados Unidos, é o Estado, e não o Governo Federal. Há 48 governos separados, autônomos, soberanos, com sua legislação própria, atendendo os seus problemas específicos. Qualquer pessoa compreende isto, mas, para senti-lo em toda a profundidade e até suas últimas conseqüências, é preciso lá ter vivido algum tempo.

Mesmo que tal circunstância não existisse, a diversidade de outros fatores — superfície, população, economia, agricultura, ou industrialização, clima, raças, tradições, costumes — invalidaria qualquer tentativa de padronização de departamentos de saúde estaduais. Padronizar, aqui, seria estacionar ou involuir.

Ainda outra circunstância a ponderar. É relativamente recente, nos Estados Unidos, a noção de que saúde pública seja uma função própria dos governos estaduais. Não é à-toa que ela sempre foi tida como atividade de administração local.

O primeiro departamento estadual de saúde só aparece em 1869, em Massachusetts. Em 9 Estados êle só foi criado neste século, sendo o último o de New México, em 1919.

De um modo geral, pode-se dizer que a estrutura dos departamentos estaduais corresponde, aproximadamente, à dos departamentos locais. As funções executivas dêstes figuram nos primeiros, agora com caráter essencialmente normativo. A tendência marcante, quasi unânime, é no sentido de o Governo estadual assumir o papel de líder e orientador, com fortalecimento dos órgãos locais operantes.

Entretanto, há certas atividades específicas, que constituem atribuição dos departamentos estaduais. Compreendem, principalmente, a assistên-

cia técnica que devem prestar aos órgãos da esfera municipal, abrangendo dois tipos de ação :

1. Serviços permanentes :
 - a. compilação e interpretação da estatística vital;
 - b. preparação de produtos biológicos, principalmente sôros e vacinas;
 - c. análises biológicas (laboratórios) mormente no campo da epidemiologia.
2. Serviços intermitentes :
 - a. informações sôbre problemas de engenharia sanitária, sobretudo quanto a redes de esgotos e de abastecimento d'água;
 - b. assistência na preparação e na aplicação de códigos sanitários;
 - c. assistência em períodos de calamidade pública ou de crises;
 - d. análises químicas e bacteriológicas de água potável.

O primeiro avanço dos departamentos de saúde estaduais, cuja ação tem sido considerada fraca em média (exceção feita a certos exemplos, como os de Connecticut, Massachusetts, New York e Pennsylvania), foi feito no sentido de solicitar e intensificar essas atividades técnicas.

A segunda fase, ainda em processamento, consiste numa campanha fortíssima pela maior eficiência e crescente autonomia das administrações executivas locais. Para isso, além da assistência técnica, está se lhes prestando assistência financeira. E assim se fará por algum tempo.

III — ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA FEDERAL

Sendo o Estado a unidade soberana de govêrno, e sendo dominante o princípio de delegar as funções de saúde à esfera de administração local, lógicamente seria nula ou subnula a ação do Govêrno Federal neste setor. Assim o foi de início.

Em verdade, a Constituição americana não atribue ao Govêrno Federal poderes para exercer a administração sanitária. Isso é tanto mais significativo quanto, ao tempo em que foi elaborada a Carta Magna, as funções de um serviço sanitário eram essencialmente policiais, repressivas.

Com a evolução teórica do conceito de administração sanitária, e ante os fatos concretos, apercebeu-se o Govêrno Federal que não poderia man-

ter uma atitude abstencionista. Por outro lado, cabia ao nível federal de govêrno administrar amplamente o Distrito de Columbia, os Territórios federais e os Parques Nacionais. A experiência prática neste setor foi induzindo aos poucos o serviço sanitário federal a ampliar o seu raio de ação, tanto mais quanto a sua comprovada e admirada eficiência técnica conquistou grande prestígio junto às administrações estaduais e locais, as quais dele se serviam como órgãos consultivo e cooperador.

Até muito pouco tempo o Govêrno Federal americano não baixava leis, diretamente concernentes à administração sanitária. Por absurdo que pareça, só podia agir "por tabela". Assim é que, os principais pretextos foram :

- a. regulamentação do comércio exterior e interestadual;
- b. tributação e promoção do bem estar público;
- c. os poderes do Presidente da República para assinar tratados com países estrangeiros, mediante assentimento do Senado.

Dessas circunstâncias resultaria necessariamente uma ação dispersiva e de certo modo fracionária.

Ainda hoje a administração sanitária está subdividida entre 6 Departamentos :

1. Departamento do Tesouro (até 1939) e "Federal Security Agencies" (depois dessa data) :

Serviço de Saúde Pública Federal — compreendendo os campos principais da administração sanitária;

2. Departamento de Estado :

Serviço Consular — polícia sanitária internacional e saúde de portos;

3. Departamento de Comércio :

Repartição censitária — compilação de dados sôbre estatística vital e assuntos correlatos, especialmente estatística de natalidade e mortalidade;

4. Departamento do Interior :

Serviço de Índios e Serviço de Parques Nacionais — os respectivos trabalhos de saneamento e assistência médica;

5. Departamento do Trabalho :

Serviço de Mulheres e Serviço de Menores — assistência médica, higiene e bem estar de mulheres no trabalho, e de menores;

6. Departamento da Agricultura :

Diversos Serviços — inspeção de gêneros alimentícios, carnes, leite e derivados, drogas e produtos químicos.

Apesar de serem os Estados Unidos apontados, a justo título, como líderes da higiene, em paridade com os países escandinavos, e apesar de desfrutarem os seus médicos sanitaristas, classe numerosa de brilhante fé de ofício, de grande prestígio técnico e social, ainda não foi possível criar o tão preconizado Departamento de Saúde (correspondente a um Ministério entre nós), como defende a poderosa "American Medical Association", contra a opinião teimosa do mais poderoso Congresso.

A história do Serviço Federal de Saúde Pública é uma lição interessante.

Em 1798 foi criado o Serviço Hospitalar dos Marinheiros. E como a assistência médica era dada contra uma contribuição mensal de vinte centimos, recolhida pelo Coletor da Alfândega, o serviço recém-criado ficou sob a jurisdição do Departamento do Tesouro. Cresceu, transformou-se, evoluiu, mas continuou a ficar onde nasceu (até 1939), sem que se soubesse muito bem porque.

Em 1878, isto é, quasi um século depois de fundado o "Marine Hospital Service", atribuiu-se a este o serviço de quarentena de navios. Depois, o exame médico de imigrantes. E assim foi se desenvolvendo.

Em 1912, foi criado o Serviço Federal de Saúde Pública.

As funções atuais do Serviço são em parte executivas, por força da tradição, e em parte normativas e de pesquisa.

1. Divisão de Assistência Médica aos Marítimos :

É a célula originária. Assiste aos marítimos em geral, e aos da Patrulha de Costa, Serviços Geodésico, de Faroís, de Pesca, de Engenharia do Exército, da Comissão do Rio Mississippi, aos beneficiários ou pessoas designadas pelos "Employee's Compensation Commission", Exército, Marinha,

marítimos estrangeiros, pessoal do próprio Serviço de Saúde Pública, do "Civilian Conservation Corps", acidentados no trabalho quando servidores públicos, e finalmente, leprosos (Leprosário de Carrville, Louis.)

A tarefa executiva é enorme, excessiva mesmo, atendendo a 150 portos, 5 mil leitos hospitalares e 300 mil visitas por ano.

2. Divisão de Quarentena Exterior e Imigração :

Prevenção da entrada de doenças no território nacional e inspeção médica de imigrantes. De 1936 para cá, esta Divisão iniciou a campanha da febre amarela, até então pouco frêquente nos Estados Unidos. Procede à desinfecção de aeronaves vindas da América do Sul, examina passageiros, controla o itinerário destes durante nove dias (sem que eles se apercebam disso) e vacina as tripulações. Esta Divisão trabalha em cooperação íntima com várias agências federais, e com a Repartição Internacional de Higiene Pública e a Repartição Sanitária Panamericana.

3. Divisão de Informação Sanitária e Estatística Vital :

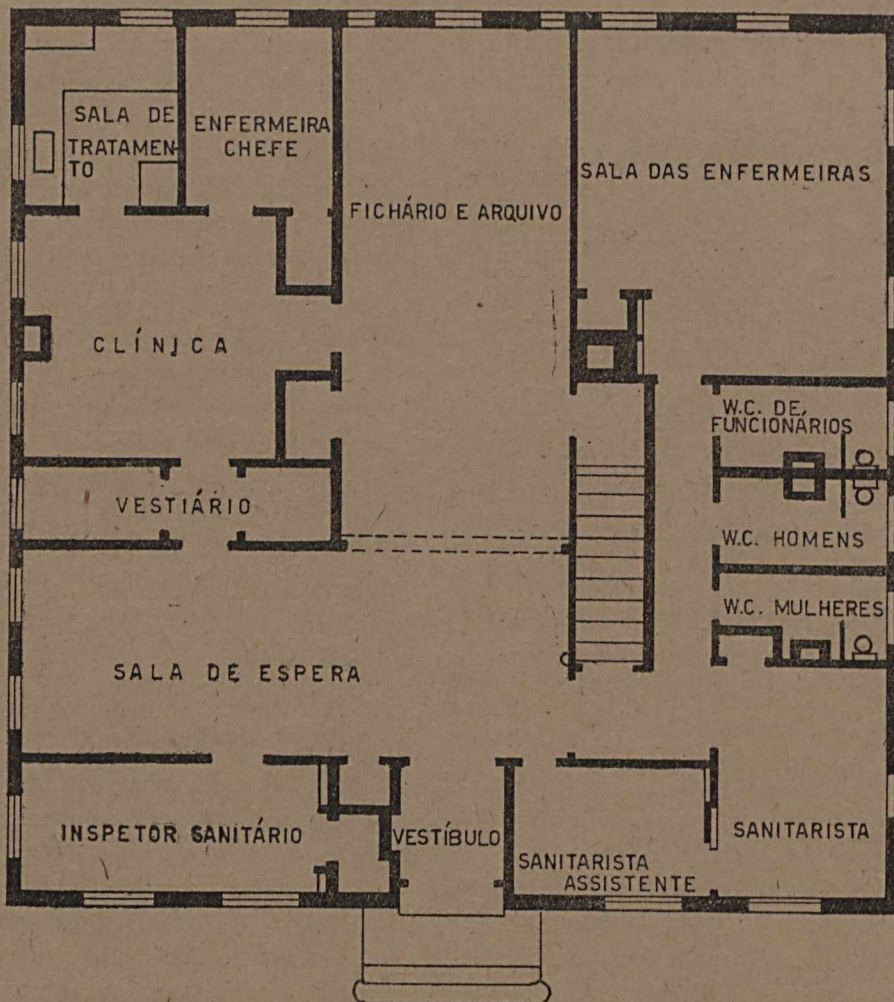
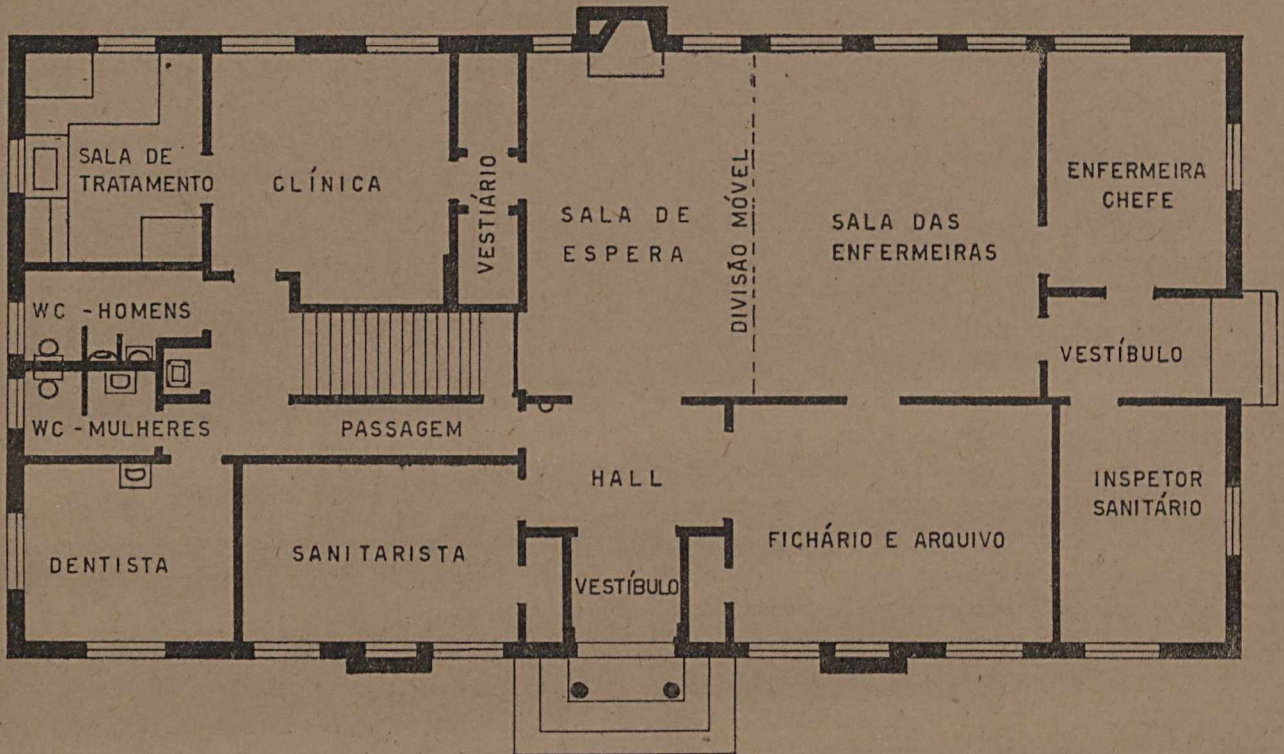
Recebe informações da Repartição Censitária, interpreta os dados e encaminha os resultados às demais divisões técnicas. Encarrega-se ainda dos trabalhos gerais de educação sanitária.

4. Divisão de Quarentena Interior :

As atribuições desta Divisão são maiores do que o seu nome indica, pois, além da quarentena interestadual, incumbem-se da execução de projetos de saneamento, de trabalhos de emergência em zonas inundadas, e age como elemento de coordenação das administrações sanitárias federal, estadual e municipal.

5. Divisão de Pesquisas Científicas :

É uma unidade de assistência técnica aos governos estaduais e municipais. Por vezes orienta por conta própria a pesquisa e manda os seus técnicos aos locais de observação. A sua atuação tem sido particularmente notável no campo da epidemiologia. Subordinada a ela encontra-se o Instituto Nacional de Saúde, construído em 1936,



Planta baixa do pavimento térreo de pequenos centros de saúde modelos, planejados e construídos pelo "Commonwealth Fund of New York" em Ayer, Massachusetts, e em Blountville, Tennessee. (Apud W. G. SMILLIE, op. cit., pág. 373)

em Bethesda, Maryland. Uma das suas partes integrantes é a Divisão de Higiene Industrial, cujos trabalhos têm tido grande destaque. De passagem, note-se a despreocupação de nomenclatura: uma Divisão, subordinada a um Instituto, por sua vez subordinado a outra Divisão. E os vencimentos do Diretor do Instituto são superiores aos do Diretor da Divisão perante o qual o primeiro responde.

6. Divisão de Doenças Venéreas:

Foi criada depois da primeira Grande Guerra e tomou grande impulso sob a administração atual.

7. Divisão de Higiene Mental:

O seu nome não é adequado. Em verdade é uma divisão de psiquiatria, que também estuda os problemas relativos a narcóticos e entorpecentes.

8. Divisão de Pessoal e Contabilidade:

Há dois fatos interessantes, muito significativos, que devem ser assinalados, em relação ao Serviço Federal de Saúde Pública.

O primeiro diz respeito à continuidade da direção. Embora o cargo de "Surgeon General" (Cirurgião Geral), como se denomina o diretor, seja de confiança do Presidente da República, de 1871 até hoje, isto é, em 72 anos, houve apenas 6 ocupantes, que permaneceram em seus postos respectivamente 8, 12, 21, 8, 16 e, o atual, há 7 anos.

O outro se refere à estrutura da carreira de sanitarista. Tal como o Diretor, o sanitarista é um "surgeon", isto é, um cirurgião que não faz cirurgia de espécie alguma, e sim higiene. É que o Serviço ainda hoje guarda uma estrutura semi-militar, reminiscência dos primeiros tempos. Tanto assim que as aposentadorias do pessoal correm por conta do Exército. Só ingressam como "surgeons": médicos com curso de saúde pública. Todas as promoções são precedidas de concurso. A permanência em cada degrau da carreira é, em média, a seguinte:

Assistant Surgeon.....	1.º — 3.º ano
Passed Assistant Surgeon.	3.º — 12.º "
Surgeon.....	12.º — 20.º "
Senior Surgeon.....	20.º — 26.º "
Medical Director.....	26.º —

O Serviço alicia grande número de clínicos, dentistas, cientistas, técnicos de laboratório, engenheiros sanitaristas, enfermeiros etc., e frequentemente intercambia pessoal com repartições interessadas, ou mesmo coloca-os à sua disposição.

IV — O PROGRAMA SANITÁRIO NACIONAL

Como já foi dito anteriormente, o problema sanitário foi considerado desde o início, nos Estados Unidos, como matéria de administração local. E até mesmo os governos estaduais, cuja competência para tratar a matéria era expressa, só a enfrentaram nos últimos cem anos.

A primeira Comissão Nacional de Saúde, organizada em 1879, teve existência curta e ineficiente.

Por longo tempo a administração sanitária americana se ressentiu de uma falha fundamental — a falta de planificação nacional.

Por motivos verdadeiramente difíceis de explicar e justificar, não tiveram grande repercussão dois trabalhos importantes nesse sentido: o "Relatório sobre a Vitalidade Nacional", de 1909, ao tempo de Theodore Roosevelt — e a "Conferência da Casa Branca para Proteção da Saúde da Criança", de 1930, sob Hoover. O clima ainda não parecia propício a grandes reformas de alcance nacional.

Entretanto, em 1935, a Comissão de Segurança Econômica apresentou ao Presidente Roosevelt um magnífico documentário sobre a situação dos problemas de saúde pública no momento. Ainda que salientasse os progressos impressionantes, feitos em 2 séculos, mostrava, à evidência, que "o povo americano não era tão sadio quanto desejava e tinha o direito de ser".

Este relatório, objetivo e sincero, impressionou profundamente os meios oficiais e teve influência marcante sobre os planos de administração sanitária nacional, que se tornaram uma das partes mais importantes da Lei de Seguro Social, votada pelo Congresso e aprovada pelo Presidente em 14 de agosto de 1935.

Esta Lei marca uma etapa decisiva na vida do Serviço Federal de Saúde Pública americana, e constitui o primeiro plano sanitário de grande alcance. O seu Título IV refere-se ao problema específico da proteção à maternidade e à infância, o qual ficou sob a jurisdição do Departamento do

Trabalho. O Título V é dedicado aos problemas gerais de saúde pública.

Para execução desta última parte reservou-se uma dotação orçamentária de \$ 8.000.000, a qual foi aumentada, em 1940, para \$ 9.500.000.

O aspecto fundamental do plano consistia em dar auxílio financeiro às administrações estaduais e locais, para que estas aumentassem suas instalações e aperfeiçoassem o seu pessoal, devendo ainda o governo central prestar maior assistência técnica.

A distribuição das quotas orçamentárias tomava em consideração a população de cada Estado, os seus problemas sanitários específicos, e as suas necessidades financeiras. O governo federal se reservava o direito de controlar a eficiência dos serviços e a aplicação das verbas, intervindo diretamente nas administrações estaduais e locais, se necessário.

Em 1940 as distribuições obedeceram aproximadamente a estas proporções:

administrações estaduais.....	46%
" locais.....	40%
treinamento de pessoal.....	10%
administração.....	4%

Os Estados dispenderam as verbas recebidas nas seguintes finalidades, em ordem decrescente de importância:

1. saneamento
2. laboratórios de análises
3. higiene industrial
4. controle de tuberculose
5. " " doenças venéreas
6. " " pneumonia

Os resultados concretos da Lei já estão aparecendo de maneira positiva.

O FUTURO

A principal consequência da Lei de Seguro Social, no campo sanitário, não foi, a nosso ver, a de melhorar a eficiência técnica dos serviços de saúde atualmente existentes. Foi muito maior que isso.

Mostrou, em primeiro lugar, que o problema sanitário não pode ser atacado isoladamente, de

per si, pois em verdade é um dos muitos problemas sociais intimamente interdependentes.

Se a administração local provou, de sobejo, ser o ponto de apôio ideal para a tarefa executiva, por outro lado provou também a sua incapacidade de resolver problemas de grande amplitude.

Impunha-se, pois, a planificação social, seja no campo sanitário pròpriamente dito, seja nas relações dêste com os demais aspectos de desajustamento da sociedade moderna.

Daí resultou o Plano Nacional de Saúde, organizado e aprovado para o quinquênio 1935-40.

O programa de "ataque direto" ao problema sanitário indicava 3 vias principais:

1. aumento da eficiência técnica dos serviços de saúde pública;
2. assistência médica aos indigentes;
3. seguro-doença.

Aquí aparece então o segundo aspecto fundamental da Lei.

Tomou-se na devida consideração êste fato: o problema de proteção à saúde não se apresentava, evidentemente, à minoria abastada da população; para os necessitados, cujo número se agravava no último decênio, indicava-se a assistência gratuita, cujo ônus decresceria paulatinamente com a implantação do seguro social, em suas diversas modalidades, sobretudo a do seguro-desemprego; restava, porém, em suspenso o problema da grande maioria, a classe média.

A resposta foi o seguro-doença, que despertou violenta campanha por parte do individualismo americano, mal liderado pela "American Medical Association" cuja intransigência conservantista foi sobremaneira antipática e infeliz, até o momento em que recebeu espetacular decisão negativa da Côrte Suprema.

Como decorrência de uma recomendação da Conferência Nacional de Saúde, de julho de 1938, o Presidente Roosevelt organizou no ano seguinte, a Comissão Interdepartamental para Coordenar as Atividades de Saúde e Assistência, cujo relatório amplamente documentado, traça as linhas gerais do programa sanitário nacional da segunda fase. Uma mensagem presidencial encaminhou o relatório ao Congresso, que aprovou então a Lei S. 1.620, de fevereiro de 1939, mais conhecida como Lei Wagner.

A "American Medical Association" combateu fortemente a Lei e a Comissão, numa plataforma que pretendia ser um plano sanitário nacional. Repetia o que já vinha sendo dito, apenas insistindo sobre a negação do seguro social e sobre as vantagens do desenvolvimento do livre exercício privado da medicina.

Apesar de tudo, o seguro de hospitalização desenvolveu-se grandemente. Em muitos casos teve sucesso. Noutros, em minoria, fracassou, por deficiência de planejamento e de bases atuariais.

O seguro-doença, segundo as indicações da Comissão Interdepartamental e da Lei Wagner está progredindo lentamente, atacando por ora apenas o setor dos benefícios em espécie, suprimindo o lucro cessante do trabalhador.

A mensagem encaminhada pelo Presidente Roosevelt ao Congresso, em 10 de março de 1943, preconizava medidas "que dessem aos cidadãos e suas famílias segurança contra o temor de desastres econômicos durante a doença". E o plano elaborado pelo National Resources Planning Board", sob a presidência de Frederic A. Delano, propõe, na parte primeira, relativa ao seguro social :

1. a concessão de auxílio-doença, de modo a compensar, ao menos parcialmente, as perdas de renda ou diminuição forte de recursos financeiros, atribuíveis à incapacidade temporária;

2. a cooperação do Governo Federal com a classe médica na elaboração de um plano que capacite cada um a enfrentar as despesas médicas e a contribuir para o custeio da assistência, na medida das suas possibilidades.

Contudo, o ambiente político-social ainda parece imaturo para maiores reformas em profundidade.

As tendências da administração sanitária americana parecem estar fixadas em torno dos seguintes aspectos básicos :

1. aumento da eficiência técnica da administração local, executiva, e ampliação do seu raio de ação;
2. aumento da rede assistencial aos necessitados;
3. fortalecimento da ação normativa e da cooperação técnica dos órgãos centrais;
4. planificação social;
5. seguro-doença.

Será possível conservar o mesmo roteiro no mundo de após-guerra? Certamente surgirão novos problemas médico-sanitários, em quantidade ou em qualidade.

Será necessário rever o programa no todo? Ou apenas em parte?