hospital de hoje

SEPARATA VOLUME 41 — ANO XIV — 1969

PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE

SISTEMA MISTO DE SEGURIDADE SOCIAL

COMPOSIÇÃO DE DR. RENATO FAIRBANKS BARBOSA — APROVADO PELAS RESOLUÇÕES NS. 32 E 33 DA **I CONVENÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS** (850 PARTICIPANTES), "COMO SUGESTÃO DOS HOSPITAIS A TODOS OS SETORES DA COLETIVIDADE, PARA TOMADA DE ORIENTAÇÃO E RUMO NA PROBLEMÁTICA NACIONAL DE SAÚDE (MOÇÃO PIBS)". EM SÃO PAULO, DE 23 A 27 DE SETEMBRO DE 1969. ANFITEATRO DA PUC.

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

O que é em resumo o P. I. B. S.

Plano Integrado Brasileiro de Saúde

- É um SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE, Sistema Misto de Seguridade Social (Govêrno e Iniciativa Privada). Sendo portanto *mais que um plano* é a sugestão de um PLANEJAMENTO, baseado em informações de técnicos, mestres e homens de sabedoria que permitiram sua *composição*, à qual o autor adicionou sua contribuição pessoal.

- Tem por FINALIDADE IMEDIATA o *aprimoramento* de todos os setores da Medicina, visando sua *integração*, SEM PREJUÍZO para nenhuma das partes e sim com benefício recíproco, respeitando suas autonomias.

- Elaborado dentro do SENTIDO EVOLUCIONISTA desta integração indispensável que viria diminuir *substancialmente* as dificuldades atuais.

- Seu PRINCÍPIO FUNDAMENTAL, baseado na Dinâmica de Grupo, visa levar a prática médica-hospitalar-sanitária a TÔDA população, em TODOS os recantos da Nação. Evidencia ainda, a importância do SETOR SAÚDE no contexto do Desenvolvimento Econômico Brasileiro.

- Seus três PILARES BÁSICOS: Associações Hospitalares, Associações da Classe Médica, Govêrno, compondo o "Grande Órgão Central" *normativo* que proporcionaria ampla *disseminação executiva*, nos âmbitos: nacional, estaduais, municipais (metrópoles, interior, sertão e litoral).

- Assim, cada bairro das grandes cidades; cada cidade do interior; e todo recanto sertanejo ou litorâneo, seria beneficiado, nesta MOBILIZAÇÃO e RACIONALIZAÇÃO, em virtude da *concentração de esforços e verbas.*

- PROPÕE acesso de *todos* os médicos a *tôdas as faixas* da população, em nôvo conceito de trabalho associado de grupo, respeitando os princípios da Medicina Liberal, da Medicina Social em progresso para a Medicina Integral ("todo homem e o homem todo").

- Todos os HOSPITAIS passariam a servir a *tôdas as faixas* da população, dentro de suas possibilidades e interêsses, através de: quadro de *mutuários*, clínica particular, *convênios* e instalações de Postos de Saúde (Estados) e de Pronto Socorro (Prefeituras) atingindo inclusive os indigentes de forma humanitária.

- Serviço *simultâneamente estático e dinâmico* e concomitantemente preventivo e curativo, abrangendo TÔDA POPULAÇÃO, em seus próprios locais de residência ou trabalho.

- SISTEMA COM ORGANOGRAMA PRÓPRIO, à semelhança planetária (ver gráfico), por isso até muitos técnicos de elevado saber *o imaginam* com o nome de "Sistema Satélite" (Ver Rev. Hospital de Hoje, n.º 41, págs.18=gráfico e 19, onde diz: "Recente publicação"...

São Paulo, 23 de setembro, 1969

SETOR SAÚDE

PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE

HOMENAGEM

da Administração e dos Médicos do Hospital e Maternidade São Luiz, á:

I CONVENÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

(Federação Brasileira de Associações de Hospitais) e:

OPERAÇÃO RONDON

A todos os participantes e dinamizadores dêste valoroso trabalho social.

São Paulo, capital, 1969.

PRÓLOGO

Aos Homens de Estado
e Dirigentes Empresariais

Saúde e Produtividade
Informações dêste Relatório

Observai a importância que as nações econômicamente maduras vêm dando ao Setor Saúde
O subdesenvolvimento provém da imaturidade

O PRINCIPAL OBJETIVO — MATURIDADE
("Extirpar o mal pela raiz", elevando o índice sanitário)

Que se conclame a todos os municípios nacionais ao amparo carinhoso a seus hospitais, notadamente os filantrópicos. Que nêles se concentrem tôdas as verbas possíveis.

A Saúde Individual é lògicamente parte da Saúde Coletiva. Sem Saúde Coletiva não há alimentação, educação e habitação coletivas (democràticamente disseminadas), não há produtividade; incremento do intercâmbio interno, dos investimentos e do consumo. Sem êstes, não há expansão e desenvolvimento econômicos, paz social, Segurança Nacional.

Estão na dependência **direta** da Saúde Coletiva:

1) Educação geral ou coletiva: a saúde prepara a mente infantil para os estudos e recupera o doente para a produtividade.

2) Alimentação e Habitação: o homem doente não se nutre e não constroe.

3) Investimentos de tôda ordem: biológicos (idéias construtivas ou insumos invisíveis) e patrimoniais.

4) Produtividade geral: incremento do intercâmbio interno, superconsumo, inclusive exportações e aquisição de divisas.

5) Reforma Agrária e Progresso Industrial: aplicação de inovações tecnológicas e inclusive sua criatividade. Braços para o trabalho.

6) Desenvolvimento Econômico Harmonioso: integração ou soma de desenvolvimentos regionais planificados.

7) Paz e Justiça Social (distributiva).

8) Segurança Nacional: garantia para o trabalho e a prosperidade.

As informações dêste relatório, pelos ensinamentos dos mestres, técnicos e homens de sabedoria, aqui citados, concitam automàticamente os **médicos** e **dirigentes hospitalares** ao comando de impostergável mobilização sanitária global, conjuntamente com as fôrças construtivas da Nação.

INDICE **Pág.**

1. Conotações 11
2. Apresentação 11
3. Evolução e Integração de Conceitos (Da Saúde à Segurança Nacional) 13
4. O Óbvio (Do Saneamento ao Desenvolvimento) 15
5. Desafio e Perspectivas 16
6. A Odisséia Hospitalar 16
7. Nova Meta Hospitalar (O Binômio Médico-Hospitalar e o Desenvolvimento) 16
8. Mutualidade (Pré-Pagamento) 17
9. Introdução 17
10. Dinâmica do Plano Brasileiro Integrado de Saúde 18
11. Falam os Mestres, os Técnicos e o Sábio 19
12. A Idéia Fundamental: Dinâmica de Grupo 20
13. Livre Escolha Total 21
14. Plano Brasileiro Integrado de Saúde — Justificação 22
15. Projeto de Esquema Global 23
16. Argumentação Adicional Comprobatória 26
17. Financiamento do Sistema 27
18. Plano Latino-Americano 28
19. Advertência 30
20. Previsões (Futurologia) 30
21. Resumo 31
22. Referências sôbre a Publicação Medicina de Grupo 33
23. **Summary** 34

SETOR SAÚDE

PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE — PIBS

Saúde — Desenvolvimento — Integração

CONOTAÇÕES

Medicina de Grupo Estática e Dinâmica
Clínica Privada, Convênios, Mutualidade
Grupos Pluriprofissionais Versáteis
Associativização da Medicina
Medicina Liberal, Social, Integral
Hospitais Comunitários
Nova Meta Hospitalar
Assistência Itinerante Global
Binômio Médico-Hospitalar e Humanização
Democratização, Interiorização, Integração
Saneamento Ambiental e Humano
Solidarismo e Trabalho Associado
Sistema Misto de Seguridade Social
Estado e Iniciativa Privada
Setor Saúde e Renda Nacional
Desenvolvimento Econômico Associativo
Saúde como Investimento Prioritário
Racionalização, Tecnologia, Pesquisas
Centralização Normativa, Descentralização Executiva
Incentivo à Criatividade
Justiça Distributiva no Setor Saúde
Aprimoramento da Previdência Social
Contribuição ao Plano Nacional de Saúde
Harmonia entre o Capital e o Trabalho

Prof. Miguel Pereira (1871-1918): ...«Todo homem, convencido de civismo, **principalmente quando convive com a mocidade**, tem o direito e até o **dever de dizer** rasgadamente, o que sente e pensa, na ordem geral das coisas nacionais»...

SUGESTÃO de Planejamento, apresentada a convite da Comissão de Saúde da Câmara Federal (Brasília, 14-8-68) e da I Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo e Federação Brasileira de Associações de Hospitais (Campinas, 12-10-68). Sugerida à Associação dos Diplomados da Escola Superior de Guerra, pelo grupo nº 2, SP, 1968.

Composição e Elaboração de: Renato Fairbanks Barbosa, (Diplomado pela Faculdade de Medicina da USP), da Sociedade Médica do Hosp. e Mat. S. Luiz, SP; Ex-Chefe de Equipe do Pronto Socorro Municipal; Ex-Chefe de Cl. Médica do Hospital Municipal; Diretor Clínico do Hospital e Mat. S. Luiz. R.. Ministro Jesuíno Cardoso, 95 — SP.

RELATÓRIO, em 2ª Edição, Ampliada e Revisada, São Paulo, Brasil — 1968/1969.

APRESENTAÇÃO

O conteúdo filosófico das idéias aqui expostas assim como sua **estruturação prática**, num projeto de planejamento global e integrado, para o Setor Saúde, alicerça-se em uma única palavra = EVOLUÇÃO. É evidente que procuramos mostrar aquilo que foi captado por nossa mente, isto é, como a entendemos, numa vivência de mais de 50 anos em ambiente médico e hospitalar e como a sentimos, com base em estudos e pesquisas a que nos dedicamos, de forma mais intensiva nos últimos seis anos. A interpretação daquele têrmo presta-se a uma infinidade de conjecturas, porém nós o procuramos situar em nossa linha de observação, numa síntese da análise de muitos séculos e, particularmente, a partir da Pré-Revolução Brasileira (1963) e em plena fase revolucionária em que vivemos, nesta Nova Etapa Social. De início, devemos dizer que para nós não existe contradição entre Ciência e Cristianismo porquanto apercebemo-nos de que, a cada dia que passa, Aquela comprova Êste. Tanto os progressos científicos quanto os tecnológicos, culturais e espirituais caminham agora de «forma explosiva», numa idêntica trajetória que tem por base o **«amadurecimento do cérebro humano»** (*); do que resulta uma Nova Humanidade a aflorar-se neste fim de século e de milênio abrindo-se para nôvo milênio. Embora esta evolução já viesse mostrando certas evidências ao longo da História, neste momento confirma-se para nós, em definitivo, que acima de tudo o que existe, num «princípio de unidade diferenciada», paira a criatura humana «criada à imagem e semelhança de seu Criador». Em têrmos simples, encontramos princípios e coisas eternas e imutáveis e princípios e coisas em permanente mutação. A «variação» é o acontecimento mais invariável da natureza disse, Fischer, citado pelo Prof. Irany Moraes, da USP. A meta porém será sempre o homem «à procura de seu Criador, talvez para saber o que êle (homem) é, de onde veio e para onde vai»... Spranger, citado em oportuna lição do Prof. Miguel Reale, já ensinou que «tôda cultura radica no seio da natureza e no complexo vital condicionado por ela»... e «o mundo da cultura, de **tudo aquilo** que constitue, através dos tempos, o produto da inteligência e do poder criador do homem, não apresenta o resultado arbitrário de planos fantasiosos, mas **depende de uma base natural**»... E ainda, diz êle: a perda do «sentido de totalidade» é um dos sintomas mais graves de imaturidade, conduzindo para atitudes precipitadas e insensatas, visto prevalecerem os motivos emocionais, sôbre o rigor da análise objetiva»... Por isso, parece que estamos entrando naquela fase, bem traduzida por uma primorosa frase de Espinosa: «a luz, por si a si mesma se demonstra». Talvez possamos compreender que o Criador criou o universo natural e seu princípio evolucionista, delegando ao homem, em «livre arbítrio», à sua «imagem e semelhança», a construção do universo artificial. Sairíamos assim das conjecturas? Uma advertência, no entanto, está sendo oferecida por essa Evolução: ou o indivíduo, a família, a sociedade, os Países, a Humanidade se INTEGRAM numa vivência, ou «unidade de sobrevivência» (Prof. José Reis) que denominamos «solidária», ou se desintegram, libertando fôrças que lhes permitem até a destruição do próprio Planêta. O tempo e a hora dependeriam de circunstâncias que viriam em lapso não muito longo. É a grande alternativa; são os desafios que se apresentam.

(*) Ver Rev. JBM, jun. 69, pág. 64, Prof. Jorge Bandeira de Mello, sôbre esta evolução, citando Claude Barnard, Walter Cannon, Ashby e Grey Walter, "melhor compreensão do cérebro humano" (Cibernética).

No Setor Saúde, uma organização racional do trabalho por meio de ampla associação livre, solidária, e diversificada, com a instituição do «trabalho associado», seria a medida a ser imposta. Êste solidarismo tanto pode ser «espontâneo» quanto «conveniente», não importa sua característica, o que importa é sua **finalidade**. Quando um cientista do porte de um Pyotr Kapitsa, de fama internacional, em recente reunião da Academia de Ciências da URSS convida seus colegas e filósofos soviéticos a tomarem «nôvo rumo» que poderíamos interpretar como no sentido do «livre arbítrio», depois de haver desde 1967 feito frases como esta: «é mais fácil ignorar o oponente do que argumentar com êle; mas, dar-lhes as costas, ignorá-lo, congelá-lo, significa lesão imposta à ciência, à **verdade**, à sociedade (V. «Fôlha de S. Paulo», 2ª cd., pág. 9, em 1-6-69), então fica definitivamente comprovado que **nos dois campos** atuais de liderança mundial, ciência e humanismo caminham juntos no substrato do amadurecimento do cérebro humano. Quando também um eminente «cérebro» brasileiro, o Prof. Huberto Rodhden procura referir-se a uma Filosofia Cósmica, baseada na matemática, metafísica e mística; quando outro mestre, o Prof. Jonas, na Tchecoslováquia, tenta reunir 3.000 médicos em seu Instituto Astra para a verificação de uma possível «descoberta», com base em estudos astrológicos, relativa à «regulação da natalidade», uma das máximas preocupações atuais; quando o homem pisa no solo lunar, por coincidência em equipe de «três pessoas reunidas em uma só», «um só desejo», depois de que seus antecessores enviaram de lá uma mensagem de Natal, inaugurando na prática a Era Cósmica; e ainda quando outro grande cientista, com o uso do satélite artificial provido de telescópios, o satélite OAO-2 da equipe do Prof. Code (Maryland), vem confirmar a hipótese já relatada na Bíblia de que tudo se teria originado de uma Explosão Inicial (Universo em Expansão), do «Faça-se a luz e a luz se Fêz» e quando nos lembramos o que aprendemos desde a infância — «no início era o Verbo» e nos recordamos de que o Verbo é «Vibração» e que tudo se integra em «Vibrações em Evolução», daí uma grande indagação nos aflora à mente. A escritora Nelly Coelho comentando a poesia de Ida Laura, em seu último livro «Nova Idade», faz a seguinte referência: «Aliás a luz é uma das grandes presenças nessa poesia que manteve o nôvo Homem, aproximando-o assim da antiquíssima visão dos «iluminados», de todos os tempos, que viam como **finalidade** do homem na terra, superar a imperfeição da matéria e transformar-se em espírito de luz, ao voltar a integrar-se no Todo Primordial (Deus).

Da mesma maneira, a partir da famosa fórmula de Einstein — $E = m \times c2$ — energia é igual à massa multiplicada pelo quadrado da luz, surge a intuição da física contemporânea de que a luz seria a **última manifestação** da matéria. Como vemos, religião e ciência encontram-se na poesia»... (V. «Estado de S. Paulo», 21-6-69, Supl. Literário). Haveria uma Filosofia Cósmica dirigindo a Evolução Global e no aguardo do amadurecimento do cérebro humano **para poder penetrá-la**, e já revelada através dos tempos pelos conhecimentos que a humanidade vem adquirindo? Evoluiria então a humanidade, no nôvo milênio, para a Grande Integração, prevista por Teilhard de Chardin?

No Setor Saúde, esta evolução vem provocando verdadeiras metamorfoses: novos conceitos vão estabelecendo novos progressos e novas exigências, «de forma acelerada». Mudou-se o significado de Saúde, de Médico, de Hospital, de Saneamento, e até de Universidade. Por incrível que pareça, estas cinco definições estão diretamente relacionadas às Seguranças Nacionais das Nações. Mudou-se inclusive o **conceito de Fôrças Armadas**: «Elas constituem uma de nossas classes produtoras, nesse sentido a classe destinada a produzir segurança» (V. Gen. Lyra Tavares, Ministro do Exército, «Fôlha de S. Paulo», 27-6-69, pág. 3). Agora, suas unidades principais são os grupos militares de Saneamento e Comunicação, diríamos nós. As ACISOS ou Rondon-Mirins, incentivadas agora pelos militares e universitários (dentistas inclusive) iniciam com grande proveito o saneamento local por grupos pluriprofissionais (V. «Estado de S. Paulo», 11-7-69). Implanta-se assim a «ginkana sanitária local» que apregoamos na proposição de Brasília. Novos **direitos e deveres** estão estabelecidos para os indivíduos, a sociedade e o Estado. Por início, o «direito à vida e à saúde» da Declaração Universal dos Direitos Humanos; igualmente os **deveres sociais dos médicos e hospitais** e ainda a obrigatoriedade da Previdência Social, por parte do Estado. Aqui porém é que a situação se agrava sobremaneira — **«O nôvo preço da saúde»**. Êste «bem social» se apresenta como dos de mais «elevado custo» desta época. As novas necessidades e descobertas da ciência e da técnica criaram para os médicos, os hospitais e a Previdência Social, desafios de tal monta, «a cura e a vida atingiram, em certos casos, preços tão elevados que a Coletividade não tem possibilidade de suportá-los» diz relatório de Henri Trinchet, transcrevendo palavras do Prof. Jean Hamburger, o maior nefrologista francês, no último Congresso de Moral Médica reunido em Paris. Cêrca de 2.000 médicos e representantes de 45 nações ali reunidas «não reagiram», quando aquêle mestre usou da seguinte expressão patética: «Inelutàvelmente, chegará o dia em que será necessário escolher aquêles que se deverá deixar morrer»... E quando nos lembramos que na América Latina os sertanejos já se encontram nesta situação, quando 50% de municípios não dispõem dos recursos imprescindíveis... Trinchet termina seu relatório com a seguinte frase: «Conheceremos o mercado negro mais revoltante de todos, o da vida»?

Completando Hamburger, Clement Michel afirma: «acreditava-se que os progressos da ciência médica diminuiram o número de doentes, no entretanto, verificou-se o contrário». Eis aí **o maior óbice** surgido ao Seguro Social. Por conseqüência, os médicos debatem-se desesperadamente à procura de melhores condições de trabalho que lhes assegurem uma subsistência digna de tão nobre profissão; os hospitais privados, às portas da calamidade, não conseguem equilibrar seus orçamentos e sobrevivem sem condições e estímulos para se reequiparem e reorganizarem, ainda quando em sua maioria, **como até acontece nos EE.UU.** «foram construídos para um tipo de assistência médica que **termina seu ciclo histórico**»... O Seguro Social, premido pela inelasticidade de suas verbas, que se destinam ainda a outras finalidades (pecúlios, aposentadorias, indenizações) e dependentes da respectiva arrecadação da Renda Nacional, em meio à população pobre, assiste atônito à defasagem progressiva de seus compromissos e recursos, frente ainda, no Brasil, à maior explosão demográfica do Planêta, população esta que deverá tôda ser aproveitada, redistribuída e amparada, mesmo porque além do «direito à vida e saúde», o «melhor investimento encontra-se no próprio homem». **Resumindo**: temos agora pela frente a seguinte situação: a) **obrigações** individuais, sociais e estatais no atendimento primordial relativo ao amparo e recuperação para a vida do homem, que constituem a meta fundamental e a razão de ser da Vida.

Nem os médicos deverão apenas cuidar do físico e mental, mas sim **do social e dos problemas integrais** de seu semelhante; nem os hospitais apenas abrigar doentes, enfermos e inválidos mas, da mesma forma, integrar-se no meio social, ser a **Sede da Medicina Integral**; nem o Estado desconhecer sua obrigação primordial, no mesmo sentido. Por isso, uma eminente escritora paulista, Helena Silveira, aplicou no caso a seguinte frase: «hoje não se concebe mais um soldado sòmente no quartel, um padre sòmente na Igreja, um estudante sòmente na escola»; e nós acrescentaríamos, um médico isolado em consultório ou um hospital apenas abrigando doentes. **Nôvo conceito de Universidade** aflora-se no momento, e **nosso País pode orgulhar-se de se encontrar**

na vanguarda desta transformação social, quando faz surgir em seu ambiente a «**Universidade Dinâmica** e Integrada», já com resultados práticos através da oportunissima Operação Rondon e dos «campus avançados» que projetam no sertão bruto a atuação e o treinamento de nossa juventude universitária, juntamente com seus orientadores mais experimentados (conforme conclamamos em Brasília — V. Rev. Hosp. de Hoje, vol. 37, pág. 20). Apressa-se assim, com grande proveito para as populações até então abandonadas, o fornecimento desta apreciável mão-de-obra no saneamento global, já há tantos anos reclamado pelos eminentes médicos brasileiros Belizário Pena e Miguel Couto; b) **evolução** em processo explosivo desorientando a tomada de um **rumo acertado**, naquela consecução fundamental do item anterior; c) **insuficiência** de recursos e compreensão, por motivo desta mesma «rapidação» evolucionista e por **falta de adaptação** dos sêres humanos mais responsáveis e em condições de atuarem com maior eficiência (mudança de mentalidade); d) **inexistência** de planejamento adequado e comprovado com base em dados reais, e calcado na atual exigência de: esfôrço concentrado, racionalizado, solidário, com motivação e estimulação. Voltando ao exame superficial dos «princípios eternos», e informalmente, diríamos: os desafios estão equacionados; sòmente a «união fará a fôrça» para enfrentá-los. Por isso, encontramos hoje em tôdas as leituras a palavra salvadora — INTEGRAÇÃO. No Setor Saúde, concluímos necessitar ela de uma «nova fôrça propulsora»: **desenvolvimento regional equilibrado**, aumentando o intercâmbio interno mediante **grande quantidade de pequenos e médios hospitais** e grupos médicos, equitativamente distribuídos, integrados a todos os setores sociais, ao invés de pequena quantidade de grandes nosocômios e grupos monopolizadores, concentrando serviço, no momento em que a exigência é de descentralização administrativa e executiva. Normas centralizadas e padronizadas poderão perfeitamente estabelecer a melhor metodologia desta **organização comunitária integrada.**

O AUTOR

EVOLUÇÃO E INTEGRAÇÃO DE CONCEITOS

Mens sana in corpore sano...
(Da Saúde à Segurança Nacional)

Afirmações: Partindo de São Paulo, Apóstolo dos Gentios e chegando, em nossos dias, a Paulo VI:

1) **Apóstolo São Paulo**, ano 67 D. C. «A virtude não medra na miséria». Comentário: primeira referência, em nosso ponto de partida sôbre a relação direta entre violência e pobreza, assim relatada por frei Lucas Nogueira, bispo auxiliar de São Paulo: «a miséria não é virtude, mas uma forma de violência» (Enc. Bloch, ano 2, nº 18, pág. 48, out. 68).

2) **São Tomás de Aquino** (1226-1274): «...a suficiência de bens terrestres é necessária à vida virtuosa» (Opúsculo De Regimine Principium, livro 1º). Comentário: se a prática da Medicina está ligada à exigência virtuosa, torna-se imperioso conseguir-se também para seus praticantes diretos, os médicos e hospitais, condições mínimas de subsistência e trabalho.

3) **Benjamin Disraeli** (1804-1881): ...«A saúde do povo deve ser o primeiro cuidado de um verdadeiro homem de Estado» (V. Prof. C. S. Lacaz, «Fôlha de São Paulo», 27-4-69).

4) **Edwin Chadwick** (1850): «Os homens adoecem porque são pobres, e ficam mais pobres porque adoecem»... (V. Medicina de Grupo, pág. 51).

5) **Oswaldo Cruz** (1872-1917): «Enquanto não se pode fazer o que se deve, deve-se fazer o que se pode». Comentário: Já em seu tempo indicando uma norma de conduta, para o Setor Saúde, que funcionou eficientemente em sua atuação de sanitarista emérito. Se nossa «renda per capita» é tão modesta, deveremos procurar condições reais para campanha eficiente.

6) **Belizário Pena** (1868-1939): «Econômicamente o homem é um valor e o valor de cada um é apreciado pelo que êle produz para si **e para a coletividade**»... O problema econômico do Brasil está contido na necessidade inadiável de **curar o homem rural**, instruí-lo, fixá-lo à terra, e **dar-lhe meios** de alimentar-se convenientemente, para que possa **produzir** o que produz o homem de saúde normal. Saneando os indivíduos e **os meios** (*) em que êles exercem suas atividades, a higiene saneia-lhes também **o moral**, desperta a energia dos componentes da sociedade, nêles provocando o **estímulo do trabalho**»...

7) **Miguel Couto** (1865-1934): «Ainda não penetrou bem em tôdas as consciências, e se torna necessário **repetir monótonamente** a cada hora, que a **primeira riqueza de uma Nação** é o homem, o seu sangue, o seu cérebro, os seus músculos, e que ela está fatalmente condenada à decadência e ao desaparecimento, **quaisquer que sejam os tesouros nacionais**, quando o homem que a habita não a merece». (**)

8) **Franklin D. Roosevelt:** «O grau de prosperidade de uma nação se mede pelo seu índice sanitário».

9) **Convenção de Washington** (1933): «A integridade física e mental constitue **o maior fator** de prosperidade de um povo, sua ausência estabelece a miséria coletiva e individual». Comentário: Confirma-se assim oficialmente e em definitivo que «o melhor investimento no Desenvolvimento Econômico é o realizado no próprio homem», o que também virá estabelecer nôvo conceito de Paz Social.

10) **Jacques Maritain:** Estabelecimento de uma distinção fundamental entre três filosofias da liberdade: a) concepção individualista e liberal (sem obrigações sociais com o meio; b) concepção estatista e ditatorial (totalitarismo); c) concepção personalista e comunitária (liberdade com responsabilidade em relação ao meio, com obrigações sociais). Correlação entre «direitos e deveres» = dar para receber. Comentário: Na aplicação de uma linguagem simples da coletividade, de que «no meio está a virtude», estaria a melhor resposta para o Setor Saúde, isto é, entre o **individualismo** e o **estatismo**, o melhor caminho seria pela ponte = do personalismo ou comunitarismo, que melhor conduziria ao solidarismo e à integração da meta «todo o homem e o homem todo».

11) **René Savatier:** «Estamos em face hoje, da patrimonialização das profissões liberais: nós vivemos a **época da equipe** e **do equipamento.** Os progressos da técnica são tais, que o indivíduo solitário, sòmente com o recurso de seus instrumentos pessoais, está largamente **ultrapassado.** A equipe atual é inseparável de seu equipamento. Os progressos da técnica **obrigam os profissionais liberais** a se equiparem mecânicamente. Êste movimento apresenta **maior importância no meio médico**». (V. Les Métamorphoses Économiques et Sociales du Droit Privé d' aujour d' houi, vol. II, pág. 229-231, 1951).

12) **Leon Husson:** ...«Surgem assim na Medicina, como em outros ramos da atividade humana, **formas novas de pagamento**, e mesmo de **financiamento**, condizentes com o elevado preço do trabalho médico integral» (V. Les Activités Profissionelles, pág. 38, 1953).

13) **Jean Savatier:** «As transformações da técnica médica não necessitam sòmente da constituição de **agrupamento de pessoas**, de equipes médicas, mas também de **agrupamento de capitais** para atender às instalações

(*) Além do imprescindível Saneamento Básico (do meio) já evidenciava o grande mestre a imperiosidade do *concomitante* Saneamento Humano (trabalho preventivo e curativo).
(**) V. "Vultos da Medicina Brasileira" — Prof. Carlos S. Lacaz, 1963.

materiais **exigidas pela medicina moderna.** Sem material perfeito e de **elevado preço**, sem **hospitais ou clínicas** bem aparelhadas, o médico e o cirurgião, por mais hábeis que sejam, tornam-se incapazes. A Medicina Liberal tradicional é incapaz de garantir à **grande massa** de cidadãos os tratamentos mais modernos, que comumente são os mais caros». (V. Defense et Illustration du Droit Médical in Deontologie et Discipline Profissionelle, págs. 137-139).

14) **João XXIII:** «**É absolutamente necessária** a existência de uma **vasta rêde de associações** e organismos intermediários, entre o indivíduo e o Estado, capazes de conseguir objetivos, que os indivíduos por si só não podem alcançar. Êstes organismos devem considerar-se instrumentos indispensáveis à **defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana**». (Encíclica Pacem in Terris, nº 24).

15) **Abraham Horwitz:** Diretor da OPAS; apresentação de esquema do **ciclo econômico da doença**, mostrando o seu relacionamento com o círculo vicioso da pobreza, promovendo abaixamento das condições de nutrição, educação e habitação, que por sua vez são causas de doenças. (V. Saúde, Uma Estrutura Doente, Prof. Walter Leser, Supl. Gr. S. Paulo, cad. 2, pág. 60).

16) **Edward Denison:** Enumeração de uma lista de 31 **fatôres de expansão econômica**, sendo o item primeiro = educação geral e inovação tecnológica. (V. Desafio Americano, pág. 68). Comentário: É evidente que «educação geral» além de seu significado à «tôda população», inclue por igual a «educação sanitária», da mesma forma que **inovação** tecnológica implicitamente abrange o Setor Saúde.

17) **John Galbraith:** «Mais vale um dólar ou uma rúpia investidos em educação, que em bens materiais tangíveis: estradas, usinas, indústrias, etc.»... Comentário: Não fôsse o alto gabarito dêste mestre de ciências econômicas (ex-assessor econômico do ex-Presidente Kennedy) talvez pudesse pairar alguma dúvida em tão forte afirmação. Igualmente aqui, a referência a «educação», implicitamente envolve a «educação sanitária». Esta citação nos foi trazida ao conhecimento pelo não menos ilustre brasileiro, o Prof. José Reis, ao relatar o conceito atual de educação como investimento (V. Educação é Investimento, Edit. Ibrasa, 1968).

18) **Robert McNamara:** «No campo democrático, entre 27 nações com «renda per capita» acima de 2.900 dólares, **apenas uma** sofreu insurreição violenta entre 1958 e 1966. Nos países com renda inferior houve, nestes oito anos, 148 insurreições»... (V. Rev. «Veja», Ed. Abril, nº 8, pág. 22, em 30-10-68). Comentário: **Estamos agora** em condições de **compôr a seguinte frase**: onde há miséria não medra a virtude (S. Paulo) e não havendo «renda per capita» suficiente (S. Tomás) surgem as insurreições violentas (McNamara). Reunindo estas afirmações ao que disseram Chadwick, Belizário, Miguel Couto e Horwitz, concluiremos: **a doença** gera a fome e a miséria, ambas abaixam a «renda per capita» e provocam as insurreições violentas, afetando a Paz Social e a Segurança Nacional das Nações.

19) **Sol Linowitz:** Ex-delegado norte-americano na OEA; «Existe um grande potencial para violência em tôdas as favelas e povoações subdesenvolvidas da América Latina»... uma das coisas mais importantes que temos a fazer, **muito mais importante** do que temos feito até o momento, é tentar atrair os jovens da América Latina, incentivar mudanças, «Êles desejam uma revolução pela justiça social»... três quintos dos 250 milhões de pessoas que compõem a população da AL têm 24 anos de idade, ou menos... (V. «O Estado de S. Paulo», 29-4-69). Comentário: Felizmente para nós brasileiros, êste diálogo tão proveitoso já se acha em curso através, entre outras medidas, da oportunissima Operação Rondon, forma «sertaneja ou dinâmica» de Medicina de Grupo, por equipes pluriprofissionais. Ver publ. Medicina de Grupo, págs. 33, 60-61, quando desde 1967 já sugeríamos esta nova metodologia sanitária, iniciada em janeiro de 1968 sob denominação tão grata aos brasileiros. Implantou-se por iniciativa do sr. Gen. Bina Machado após conferência na Esc. de Comando do Estado Maior do Exército, que motivou o plano pilôto de Pôrto Velho (Rondônia).

20) **Paulo VI:** «Desejaríamos ser bem compreendidos: a situação atual deve ser enfrentada corajosamente, assim como devem ser combatidas e vencidas as injustiças que ela comporta. O desenvolvimento **exige** transformações **audaciosas**, profundamente **inovadoras**. Devem empreender-se, sem demora, **reformas urgentes**» (Encíclica Populorum Progressio, nº 32 em 26-3-67).

EQUAÇÃO TERMINAL

A «Fórmula» mais acertada para o Desenvolvimento Econômico acelerado e harmonioso, diante da exposição supra, em sua expressão mais simples, para ser entendida pelo mais humilde ser humano, seria pois: SAÚDE coletiva + Educação coletiva = Boa Nutrição + Investimentos + Desenvolvimento Econômico Harmonioso (equitativo em tôdas as regiões) + Paz Social + **Segurança Nacional.** Confirmando os sábios cristãos, confirmando Disraeli, Miguel Couto e tantos outros doutos, tudo dependeria de iniciar-se a rápida recuperação das crianças enfermas, encaminhando-as para os estudos, e dos adultos nas mesmas condições, encaminhando-os para o mercado de trabalho.

Estudos modernos evidenciam detalhadamente, inclusive no organismo infantil, que o cérebro de organismo afetado por desnutrição e enfermidades, sofre **apreciável retardo mental** pelo que, neste caso então, a recuperação da saúde seria prevalecente até sôbre a educação. Tal fato não passou sem referência na Conferência de Punta del Este e foi objeto de premiação recente, de valoroso grupo de pesquisadores do Hospital das Clínicas da capital paulista (V. Desenvolvimento Neuropsicomotor da Criança Desnutrida, 1969). Por outro lado, experiências realizadas pelos médicos Davison e Dobbing, do «Charing Cross Hospital» de Londres, sôbre a formação de lípides nos animais, levaram à conclusão que a **má nutrição** pode acarretar danos permanentes no cérebro, ao impedir a formação adequada de mielina, substância gordurosa que envolve as fibras nervosas. O envoltório de mielina, **uma vez formado**, é uma das estruturas mais estáveis do organismo animal, em têrmos de metabolismo. Mais de metade dos lípides totais do cérebro localizam-se no envoltório de mielina. A lesão é mais ativa durante o período de mielinização que é a fase mais delicada do processo de desenvolvimento orgânico e explica porque cérebros adultos são melhor protegidos contra os efeitos da desnutrição, acontecendo o inverso em relação aos **cérebros infantis**, da criança em crescimento! (V. Rev. O Médico Moderno, junho, 69, pág. 59). (*)

Os atuais progressos científicos evidenciam, portanto, que para se educar a criança, **tem-se antes de torná-la sadia** e, no reverso desta conclusão, o abandono da criança desnutrida e enferma fornecerá, em futuro próximo, o **imenso exército** de violência num Continente em aterradora explosão demográfica! Mantém-se pois a advertência de S. Paulo Apóstolo, assim como a frase «mens sana in corpore sano», esta última igualmente repetida na filosofia de S. Tomás de Aquino. Dêstes conceitos derivam-se nos dias de hoje, medidas práticas e impositivas como a da **proteção mental** infantil inclusive pelo fornecimento de «merendas escolares» como já se efetiva em nossa metrópole, concomitantemente com o tratamento preventivo e curativo.

(*) Acaba de ser lançado em S. Paulo o livro "Deficiência Mental" de autoria do Dr. Stanislau Krynski, com a colaboração de médicos nacionais e estrangeiros: ...A deficiência mental constitue uma das mais importantes enfermidades crônicas da *infância*: 10 vêzes mais freqüente que o diabete, 20 mais que a tuberculose, 25 mais que as distrofias musculares, 600 mais que a paralisia infantil" (V. Fôlha, SP, 1-7-69).

RUMO APONTADO PELA EVOLUÇAO

Às classes médicas e aos hospitais dos países Latino-Americanos: mobilização urgente em grupos de trabalho (Enc. Pacem in Terris) na promoção do aceleramento do Desenvolvimento Econômico equilibrado e como resposta a novas conceituações científicas tecnológicas e doutrinárias; a apelos, ensinamentos (de mestres, técnicos e sábios), conselhos e desafios da presente Nova Etapa Social. E, paralelamente, no incremento direto às Reformas Agrárias (*), que seriam mutiladas sem a correlata elevação do nível sanitário e educacional das populações rurais, as mais sacrificadas no caso. No Brasil, como na maioria das nações Latino-Americanas, cêrca de 50% de seus municípios (os interioranos e sertanejos) não dispõem do mínimo recurso médico-hospitalar-sanitário. E, **nada poderia fazer**, neste ambiente, um médico isolado, mas muito poderão produzir, mesmo que sejam pequenos grupos pluriprofissionais, **simultâneamente estáticos e dinâmicos**, preservando os padrões liberais da Medicina, porém no contexto de nova metodologia e nova tecnosofia de trabalho, a Medicina de Grupo (Medicina Social) em progressão para a Medicina Integral, prenúncio da nova Era dos Computadores no alvorecer do nôvo milênio. Nela, os Centros Médicos e Hospitalares gerais e especializados, suficientemente equipados e **integrados** serão a **Nova Sede da Medicina.**

O ÓBVIO

DO SANEAMENTO AO DESENVOLVIMENTO

Pensamos que nunca, na História, se tenha encontrado uma Nação ou um Continente em condições tão peculiares quanto às do Brasil e América Latina relativamente à imprescindibilidade e **viabilidade** de uma «arrancada para o progresso». Se dispusemos antes de longos 400 anos para atingirmos o estágio atual, agora apenas 23 anos nos separam da duplicação de tôdas as necessidades. Diríamos que o tempo encurtou de 400 para 23, quando as necessidades básicas de uma população de 90 milhões, estender-se-ão para uma de 180 milhões (Brasil). Entretanto, com otimismo, também julgamos que nunca uma Nação ou um Continente se tenha confrontado com uma possibilidade tão grande e tão rápida de obtenção de um bem-estar coletivo, como o que seria viável, decorridos aquêles poucos anos.

Tudo se encontra na dependência de um binômio suficientemente **planejado**: Trabalho e Produtividade. Sendo, como já não há mais dúvidas, «o melhor dos investimentos aquêle que é executado no próprio homem», porque êste sempre superará a máquina e sempre **criará** a tecnologia cotidiana, então, TODO INVESTIMENTO, concentrado na **nova população** e na recuperação da atual, trará **substancial** aumento de trabalho e produtividade e portanto de bem-estar geral, pelo incremento das trocas internas reforçadas pelo mercado internacional. Estando metade (50%) de nossa população à margem de tal produtividade, na evidência de tal fato então, em 23 anos, tôda assistência proporcionada aos que estão produzindo, à metade remanescente de inativos (econômicamente) e aos **novos 90 milhões** de brasileiros, com o proveito da técnica moderna, redundará em crescente aumento de nossa «renda per capita», que seria o «termômetro econômico» do verdadeiro progresso, se distribuída equitativamente. Acresce anotar aqui que é «inerente ao processo de Desenvolvimento Econômico, a **regulação natural** da natalidade». Aquêle se acompanha sempre de uma queda secular de mortalidade e esta acarreta forçosamente o contrôle da fecundidade, afirma Pedro Calderan Beltrão S. J. (V. Boletim da Benfam, nº 6, junho, 68). Então, a longo prazo, se obtido o desenvolvimento dos países Latino-Americanos, até o «problema demográfico» estaria favoràvelmente equacionado, fato aliás confirmado nas «nações econômicamente maduras», com menor «índice explosivo».

Cabe aqui a oportuna lição do jovem técnico João Paulo dos Reis Velloso, secretário-geral do Ministério do Planejamento e coordenador do Programa Estratégico de Desenvolvimento: ...«êste Programa Estratégico de Desenvolvimento contém a explicitação do que se entende por **nova estratégia** de desenvolvimento. É a linha de política econômica que dá **menos ênfase** à substituição de importações e muito mais **expansão ao mercado interno**. Isso implica principalmente numa política de **apoio à emprêsa nacional** e resulta da **convicção** de que não é justo deixar nosso empresário entregue a seus próprios problemas». A seguir ...«o plano da ênfase ao problema do mercado» ...«Os últimos estudos realizados sôbre o processo de industrialização, **demonstram claramente** a estreita dependência que existe entre o crescimento industrial (onde o trabalhador obtém assistência médica e hospitalar, diríamos nós) **e o agr.cola** (onde tal assistência é completamente ausente, também nos permitimos acrescentar), principalmente quando se analisa os aspectos da demanda e da distribuição de renda. Surge aí a importância da agricultura **não apenas** como fonte **supridora de alimentos**, mas também como elemento essencial para formar com a indústria, **um sistema integrado** QUE IRÁ PERMITIR A EXPANSÃO DO MERCADO INTERNO»... «Singularmente, o problema mais preocupante NÃO É DE NATUREZA ECONÔMICA. O que a meu ver existe é um problema SÓCIO-político»... «O importante agora é **mobilizar** a confiança nacional» (V. Rev. Mundo Econômico, out. 68, pág. 36).

Comentário: Confirma-se assim integralmente um dos objetivos principais de nossos trabalhos. Ver pág. 52 da publicação Medicina de Grupo, quando desde 1967 já procurávamos acentuar a importância do princípio da auto-suficiência e intercâmbio interno que constituem hoje um dos alicerces do atual Programa Estratégico de Desenvolvimento Econômico Brasileiro. Confirma-se assim o que o Papa Pio XII já advertira: «Deve-se confessar que uma das causas do desequilíbrio e, mais ainda da perturbação em que se encontra mergulhada a economia mundial e, com ela, todo o conjunto da **civilização e da cultura**, é sem sombra de dúvida o deplorável abandono, quando não desprêzo em relação à vida agrícola e às suas múltiplas e essenciais atividades. O **êrro essencial** do desenvolvimento econômico, desde a aparição do industrialismo moderno, foi transformar o setor agrícola, de **modo inteiramente anormal**, em simples anexo do setor industrial e sobretudo do mercado» (V. Problemas Brasileiros, dez. 66, nº 45, pág. 9). Por isso assistimos ao «êxodo do campo», motivo, nos dias de hoje, de intensas agitações em determinadas nações (Uruguai) e motivo principal de nossa «baixa renda per capita». Confirma-se assim, na evolução dos tempos, com Pio XII, Belizário Pena, Miguel Couto, entre tantos outros, que sem SANEAMENTO **do homem e do meio** não pode haver aumento **substancial e acelerado** do trabalho e da produtividade geral, que constituiram neste ano de 1969 a frase padrão da Organização Mundial de Saúde: «Saúde-Trabalho-Produtividade». Tal saneamento sòmente poderá ser obtido implantando-se e interiorizando-se urgentemente e de forma equitativa, o atuante trinômio de base: Médicos-Hospitais-Universidade, ou melhor EQUIPES PLURIPROFISSIONAIS, simultâneamente estáticas e dinâmicas, na prática da Medicina de Grupo por todo território nacional, juntamente com as obras sanitárias de base. Pouco vale a produção industrial sem um bom mercado interno consumidor, obstada ainda pelos obstáculos da concorrência internacional. Em tôda América Latina, suas populações interioranas constituem um excelente mercado em potencial, no aguardo de seu aproveitamento.

(*) "O Brasil deve preparar-se desde já para ingressar na era da maturidade tecnológica e do superconsumo" ... "Se permarnecermos contemplativos ou nos *negarmos a aceitar* o custo econômico do desenvolvimento, teremos que pagar um custo mais elevado, traduzido em atrazo econômico, *doenças e miséria*, em ignorância e insatisfação" (Min. da Agricultura, Ivo Arzua, palestra na E.S.G. — V. "Fôlha de S. Paulo", 22-6-69, pág. 5).

DESAFIO E PERSPECTIVAS

1) Construiram-se no Brasil, em **pouco mais de 400 anos**, 2.850 hospitais, 85% dêles produto da **iniciativa privada.** Mal chegam para a população do momento, por estarem, em boa parte, desaparelhados, desatualizados, ociosos.

Agora, em **apenas 23 anos**, requer-se o dôbro, ou sejam, mais 2.850, neste curto prazo, porque a população também será dobrada! Onde trabalharão os médicos? Onde será hospitalizado o percentual de enfermos dos 180 milhões de brasileiros?

2) O Brasil possui sòmente 40.000 médicos, quando deveria possuir 90.000 (relação ideal de 1/1.000 habitantes). A verba limitada da Renda Nacional (inelástica) — povo e govêrno — não é suficiente para pagar nem os atuais. Necessita diplomar, em apenas 23 anos, mais 140.000 médicos, para atender à população prevista. Como irá formá-los? De **que maneira** irá pagá-los?

3) Perspectivas: trabalho excessivo, pouca retribuição, rebeldia, insuficiência hospitalar. Haveria **alguma forma** de, pelo menos, melhorar o trabalho e a retribuição? Poderia o «problema dos médicos» estar **dissociado** do «problema hospitalar»?

SUGESTÃO

É o que se propõem responder a publicação Medicina de Grupo e o presente Plano Integrado Brasileiro de Saúde, que tentam ainda estabelecer «uma forma de participação» dos médicos (trabalhadores) no «lucro» das futuras emprêsas (hospitais), com evolução progressiva para o trabalho comunitário integral e mesmo para o cooperativismo, conforme indiquem as condições e a evolução social. A **palavra «lucro»** (O lucro propicia ainda «efeitos sociais», motivação, estimulação, democratização do capital e poupança. Ver livro: Dois Conceitos de Lucro, Prof. Octávio Gouveia de Bulhões) deve aqui ser entendida mais como «usufruto» de utilidades ou seja, obtenção de local condigno de trabalho, asseguramento de clientela e progresso técnico científico, visto quase não ter sentido a referida expressão em país de população pobre. Bem falou o Prof. Ézio Fundão (Univ. Cat., Rio): «Do ponto de vista econômico, em um país capitalista, o capital tem de ser **remunerado** com **retôrno líquido**. Só o Estado e organizações pias e beneficentes, podem **generosamente** considerar, para efeitos contábeis, o capital, **depois de investido**, como descapitalizado. E, nas instituições assistenciais curativas isso é **fundamental** para, através dêsse artifício, **baratearem-se os custos** unitários dos serviços. Nada deverá impedir, todavia, que a **iniciativa privada** querendo, possa **correr os riscos** ou submeter-se a **êsse nobre sacrifício** (V. JBM, vol. 10, nº 5, maio 66).

Comentário: O presente projeto de planejamento propõe uma forma de investimento de capital (poupança), sem retôrno líquido! Por outro lado, o auto-contrôle e a auto-gestão do Binômio Médico-Hospitalar libertam o Estado e a Coletividade de sobrecargas desnecessárias de verbas adicionais, e de **abusos** freqüentemente inacessíveis em outros sistemas. O contrôle facilita, a qualquer tempo, o conhecimento da situação real e estimula a «criatividade» das equipes, incrementando o «espírito de pesquisa».

A ODISSÉIA HOSPITALAR

Contràriamente ao que muita gente pensa, encontra-se às portas da calamidade pública, a situação dos hospitais brasileiros no setor da **iniciativa privada.** Conquanto estejam contribuindo com até 85% dos leitos-dias para nossa gente, nestes 400 anos de evolução, e embora possa existir alguma rara exceção, a esmagadora maioria dêstes hospitais debate-se à procura de verbas, recursos técnicos, movimentação de leitos. Desatualizados, desaparelhados, desorganizados, com **ociosidade forçada** além da enorme carência de pessoal adequado, da **incompreensão** com que são vistos e da impossibilidade de serem totalmente atendidos (face à pobreza de nossa população), vêm êles sofrendo diretamente a sobrecarga social desta grande transformação do momento. Luta estóica e heróica a dêstes **quartéis generais** do nosso Desenvolvimento Econômico! Sendo tão elevado o custo da construção hospitalar, terá a iniciativa privada condições e estímulos para a ampliação da rêde atual?

Como testemunho de médico que sempre militou em ambiente hospitalar, deixamos e repetimos aqui nosso apêlo pungente frente a já exposta situação que se aproxima cèleremente: como movimentar, reequipar, reorganizar e **dobrar o seu número**, quando dispomos de apenas 23 anos, em meio a população com «renda per capita» tão modesta? Trabalharão os futuros médicos em «casas adaptadas» pobremente supridas onde serão hospitalizados os enfermos de uma população de 180 milhões de brasileiros? Obteremos os 600.000 leitos contra os atuais e insuficientes 240.000? Haverá pessoal habilitado para o trabalho médico-hospitalar, se no momento nossa enfermagem já se conta, igualmente, em calamidade, quando escolas de enfermagem se fecham por falta de condições?... Se nos preocupamos ainda em diplomar «super-doutores» e «super-enfermeiras» quando nações ricas como os EE.UU. recorrem à importação de médicos e procuram preparar os «semi-médicos» e auxiliares práticos de curso rápido e reduzido? Verdade seja dita, que com a presente utilização dos universitários, (Op. Rondon e Campus Sertanejos), já estamos entrando por caminho acertado.

Por todos êsses motivos, não vemos outra saída senão a **indicada** pela Evolução Natural. A indicada pelos mestres, pelos técnicos e pelos sábios que compreendem esta EVOLUÇÃO, e procuram nos ensinar. «Os hospitais e as unidades integradas de saúde, são hoje o **centro da prática médica**, da medicina liberal, social e integral e **a sede do ensino e adestramento** (Profs. Gennyson Amado, Jarbas Karman, Odair Pedroso, Mascarenhas, Falk, Molina, Robert Debré). Sòmente êstes centros poderão portanto **contribuir substancialmente** para a formação do pessoal adequado e indispensável (recrutamento local). E, sòmente encontrando compreensão e recursos, poderão reaparelhar-se para a **humanização** de seus ambientes. Ainda mais: sòmente **integrando-se** aos seus corpos clínicos, principalmente nos grandes centros, encontrarão recursos, porquanto assim estarão entrando no **ritmo evolucionista** atual. Se o «micro» reproduz o «macro», assim como a Civilização atual («solidarista» a nosso ver ou «socialista» como a designa Tristão de Athayde) defronta-se com a Grande Alternativa = integrar-se ou desintegrar-se (porque o marasmo já é desintegração), da mesma forma a **equação está posta** para os médicos, os hospitais, a Previdência Social e tôda Coletividade. Impõe-se compreensão, entendimento e união, conforme aconselhou o sábio João XXIII. Torna-se imperiosa, nas entrelinhas dos ensinamentos, a **contrapartida** de uma «rapidação» no Setor Saúde, frente ao **esgotamento** das possibilidades de renovação de materiais e equipamentos de elevado custo e no alvorecer da maior explosão demográfica do Planêta, perigo que o respeitado mestre de economia, Glycon de Paiva, não exitou em denominar como «maior que o da bomba atômica»...

NOVA META HOSPITALAR

Incorporação voluntária da rêde hospitalar atual
O Binômio Médico-Hospitalar e o Desenvolvimento

Tôdas as pessoas jurídicas hospitalares que estejam em **condições mínimas de fazê-lo** deveriam, **integradas** com seus corpos clínicos, ajudar o progresso nacional, instituindo a **racionalização** da Medicina de Grupo.

Alerta aos Hospitais — Previdência e Seguro Social. De igual forma que para o caso dos médicos (verba limite e inelástica da Renda Nacional), **também para os hospitais** sòmente os convênios de grupo, **feitos racionalmente**, poderão proporcionar pagamento satisfatório de seus leitos-dias. A verba global do Setor Saúde (constante econômica internacional) de 4 a 6% da RN **também é limitada** no caso dos nosocômios. Então, nos convênios **diretos** (binômio médico-hospitalar × emprêsa) o «acréscimo» poderá provir de **outra verba**: a dos investimentos, das indústrias nacionais e proprietários rurais ou seja, **verba patronal**, urbana e rural. Os empresários contribuem de bom grado, em troca do «melhor padrão» de atendimento, que gera «melhor produção em sua emprêsa». Deriva-se dêste fato que o Binômio Médico-Hospitalar recebendo melhor nos convênios da Previdência Social também poderá canalizar melhor retribuição não sòmente aos serviços médicos, por êle racionalizado, assim como aos **leitos-dias dos hospitais!** E êstes terão agora condições para melhorar seus ambientes promovendo a HUMANIZAÇÃO de suas assistências, prejudicada pelas deficiências conhecidas (Legislação revolucionária: Decreto-lei nº 66, de 22-11-66). E os médicos e clientes obterão um **local único** de trabalho e atendimento, próximo de suas residências, quando nas metrópoles.

MUTUALIDADE

(V. Med. de Grupo, pág. 39).

Nossa pesquisa:

Na maioria das pessoas **jurídicas hospitalares**, os mutuários, ocupando apenas ⅓ ou mesmo ¼ da capacidade nosocomial (V. pág. 130 e 133 da publicação supra), poderão liberar outros ⅔ ou ¾ dos leitos totais, para **convênios** e clínica particular. Entendemos por «mutuários», neste caso, um agrupamento de clientes procedentes do percentual mais abonado da população, portanto em **condições de financiar** (sem retôrno de capital e juros) as reformas, reaparelhamentos, construções, **em troca de serviços** médico-hospitalares a serem fornecidos, sustentados êstes, por permanente taxa de manutenção mensal, relacionada à correção monetária (V. Legislação revolucionária: Decreto-lei nº 73, artigo 135 em 22-11-66). Por conclusões estatísticas que apuramos em cinco anos consecutivos num agrupamento delimitado, de 26.000 pessoas desta classe mais sadia da população (por conseqüência do maior recurso econômico), a **ocupação permanente** de quarto (com acompanhante) situa-se em 1/1.000. Isto significa: um agrupamento de 20.000 pessoas desta classe de maior recurso poderia financiar uma construção hospitalar de 60 quartos, ocupando permanentemente apenas 20 num plano de financiamento de 30 a 36 meses. No mesmo princípio, uma Unidade Integrada de Saúde numa população contribuinte de 2.000 mutuários exigiria apenas dois quartos permanentes para hospitalização desta categoria de clientes. Portanto, os excedentes ⅔ ou ¾ dos leitos totais construídos, estariam **sem ônus**, à disposição dos convênios e clínica particular. Ainda o mesmo princípio se aplica em hospitais que tenham leitos ociosos, necessitando apenas reequipamento e reorganização, agora de forma bem mais facilitada.

Observação importante: «As fronteiras acabam de ser dilatadas» com a nova Reforma Administrativa já em curso no Ministério da Saúde, quando transfere e delega as tarefas executivas, oficialmente, para a órbita dos Estados, Municípios e Iniciativa Privada. (V. Tribuna Médica, março 69, pág. 6). Paralelamente, no setor rural, além do Funrural, o nôvo Plano Básico da Previdência Social, vem abrir novas possibilidades. Temos razões para acreditar que, assim como o Decreto nº 66, da Previdência Social faculta às emprêsas assumirem o encargo de suas próprias assistências médicas e hospitalares (livre escolha), por igual princípio poderá permitir ao segurado **individualmente**, o mesmo direito de reversão da taxa de 5% do salário-mínimo vigente, reportando-se ao de renda mais elevada e **que comprove sua inscrição** em agrupamento de mutuários. Desta forma, pôsto que êstes iriam financiar (sem ônus para os investimentos) o **reequipamento** ou **ampliação** da rêde hospitalar, então, seria mais uma forma de contribuição da Previdência Social (acatando livre escolha) para conseguir, por aumento da rêde hospitalar, mais leitos para os seus segurados de menor renda (aplicação da Justiça Distributiva). Quanto mais mutuários, de inscrição voluntária, tanto mais hospitais e unidades integradas de saúde e tantos mais leitos para tôdas as categorias sociais, **inclusive a própria** Previdência Social. E a experiência comprova o acêrto dos convênios com instituições particulares ao invés de manutenção de instituições públicas, onde o **custo do leito-dia** chega a atingir o dôbro. **Quando disseminado o Sistema**, até os indigentes se beneficiariam com o funcionamento de novos Hospitais-Escolas, no momento em que os hospitais periféricos passem ao atendimento da clientela contribuinte (V. gráfico «Dinâmica do Plano Brasileiro de Saúde», pág. 18).

Orientação inicial: Os corpos clínicos dos hospitais atuais, **quaisquer que sejam** as pessoas jurídicas, poderiam organizar paralelamente, outra pessoa jurídica (integrada ao hospital) de preferência sociedade civil por quotas limitadas, sem finalidade lucrativa, de caráter autônomo, para racionalizar os serviços médicos, também individualmente autônomos. Os convênios, a clientela mutuária e particular, então congregados, seriam os fornecedores dos **leitos-dias** hospitalares, com melhor remuneração. Um convênio entre as duas jurídicas (médica e hospitalar) mediante cláusulas bem ponderadas e tabelas apropriadas para as diversas categorias, nos princípios da ética profissional, poderia regular perfeitamente as normas indicadas por esta **integração.**

INTRODUÇÃO

A receptividade satisfatória de nossa publicação sôbre Medicina de Grupo — Fato Nôvo — composta em setembro/outubro de 1967, animou-nos à elaboração dêste nôvo resumo em que procuramos mostrar, sempre alinhando dados, como vimos fazendo desde 1965, os ensinamentos e observações da «grande transformação» que estamos sentindo nestes 50 anos de vivência em ambiente médico-hospitalar. Não temos a veleidade de sermos mais que um simples «fotógrafo» de uma face da rápida EVOLUÇÃO GLOBAL em que estamos todos envolvidos. Sentimos assim, estarmos homenageando nossa honrada e sofrida Classe Médica, com a mente voltada para os prezados antepassados médicos: dois avós, genitor, tios e agora nosso irmão, filho e sobrinho, bem como os incansáveis companheiros de agrupamento, com os quais vimos vivendo na luta cotidiana.

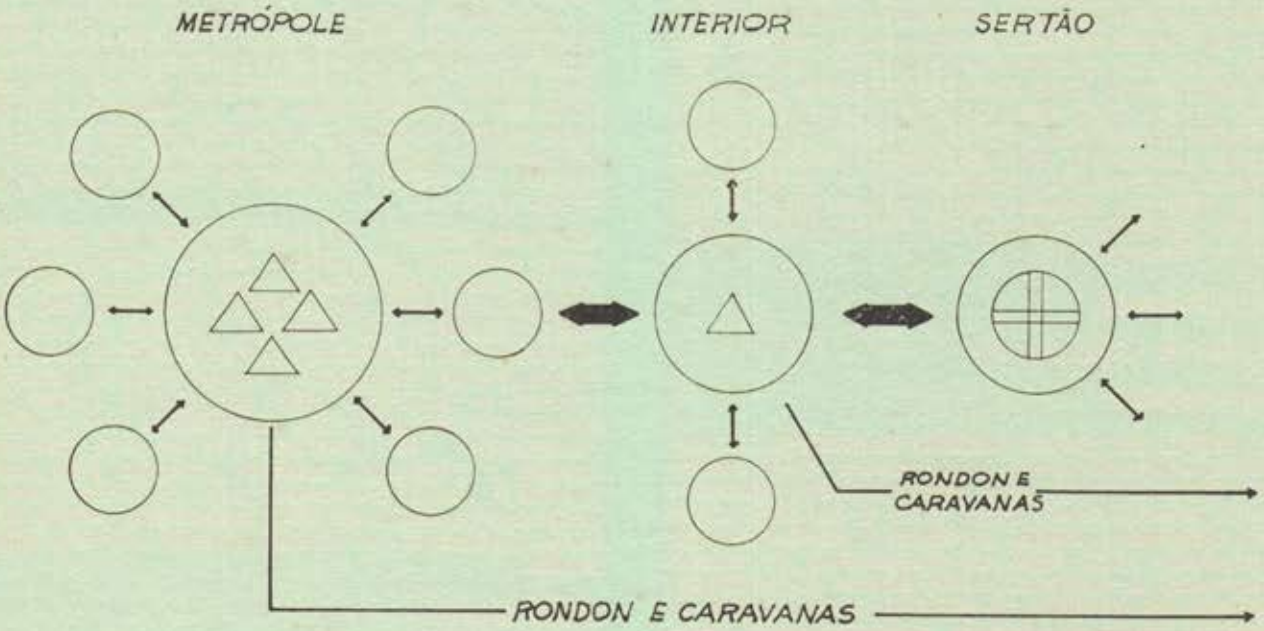
Anima-nos igualmente o desejo sincero de procurar «acender uma luz» dentro da penumbra que nos envolve no momento neste setor, com o pensamento voltado para os «novos», aquêles que também precisam encontrar um «lugar ao sol» (como tivemos a felicidade de encontrar). Fomos honrados com apreciações e convites do maior desvanecimento e portanto já nos sentimos retribuídos de todos os esforços até aqui dispensados.

Nossa tristeza situa-se sòmente na verificação do «atraso» em que sejam aplicadas as novas idéias, impostas pela evolução referida, em rapidação, porque como vimos insistentemente repetindo: o tempo é curto.
Desejamos afirmar ainda que **não defendemos** «imperfeições» e sim «aperfeiçoamento» e «saneamento» nas idéias nascentes. Achamos que não se deve desejar destruir para modificar e sim forçar condições para o encaminhamento normal da evolução, cujo sentido é evidente.

DINÂMICA DO PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE

MEDICINA DE GRUPO

A) Interrelação e **integração** dos três setores no plano integrado brasileiro de saúde;
B) Democratização e interiorização da medicina — VERSATILIDADE
C) INTEGRAÇÃO com o **Setor Universitário:** Op. Rondon e Faculdades



△ ...	CENTRAIS	Institutos de pesquisas Sanatórios e Grupos Especializados Hospitais-Escolas (**Indigentes**)
○ ...	PERIFÉRICOS (Bairros)	Hospitais dos médicos (HCMS) ou Comunitários Centros comunitários integrados Unidades integradas de saúde (Comunitárias)
⊞ ...	CLINICA HOSPITALAR ESTÁTICA E DINÂMICA	(ao lado da Sta. Casa) (zona de influência) Centros comunitários.

Que nossa classe ouça o chamado da INTEGRAÇÃO e se mobilize para o rápido Desenvolvimento Econômico Brasileiro. Sòmente assim ajudará «integralmente» os sofredores. Sòmente assim poderá encontrar a justa retribuição de seus serviços, obstada pela muralha intransponível do «célebre 1% da Renda Nacional», em população portadora das mais modestas rendas «per capita» do mundo. Está comprovada e não há mais dúvidas sôbre a **relação direta** entre Medicina-Economia e Desenvolvimento Econômico. E êste estabelece **limites** matemáticos e verba inelástica! E a equação matemática da nossa Renda Nacional **determina** que a retribuição profissional **média** de cada um dos 40.000 médicos brasileiros situa-se em tôrno de NCr$ 1.000,00 (um mil cruzeiros novos) líquidos, mensalmente. Se, **pequena parcela** aufere mais dêste quantum, a grande maioria aufere menos, pois tudo funciona como «nos pratos de uma balança», uns poucos de um lado e muitos de outro, dentro de um mesmo equilíbrio, visto que **a verba é uma só e a mesma para todos.**

Agora repetimos: quando um doutor da Igreja, Santo Tomás de Aquino afirma que «sem suficiência econômica não imperam condições virtuosas», muitos séculos antes dos dados reais apresentados agora por McNamara; quando já aquêles dois sábios (S. Paulo e S. Tomás) há tantos procuravam ensinar também êstes

princípios econômicos **imutáveis**, da «Economia Natural» = relação miséria — virtude = então perguntamos: nesta era da Cibernética que confirma totalmente aquêles ensinamentos, qual a solução?

A resposta é evidente: para que os médicos aufiram o suficiente para que os hospitais particulares sobrevivam (Prof. Falk), para que a coletividade obtenha saúde e paz social, para que haja Segurança Nacional, torna-se imperioso acelerar-se o Desenvolvimento Econômico Brasileiro e conseguir-se o aumento equitativo da renda «per capita» da população. Estaria criado assim o grande mercado produtor e consumidor interno, propiciador do super consumo e do «desenvolvimento auto-sustentado», no incremento do intercâmbio. Êste intercâmbio enriqueceu a nação norte-americana, como poderá, melhorado, trazer a Justiça Social.

Deve, pois, a Classe Médica Nacional seguir os ditames da EVOLUÇÃO NATURAL e integrar-se ràpidamente no processo dêste Desenvolvimento, para disseminar **investimentos** (clínicas especializadas, policlínicas e pequenos hospitais em Centros Integrados) por tôda a Nação e para assim também **participar** de **outra verba** nacional (a dos investimentos) que lhe permite obter complementações financeiras e outras (V. publ. Med. de Grupo), surgindo destarte **condições** para a boa prática profissional e **favoráveis à obediência deontológica.**

Devem, igualmente, os hospitais privados, integrados a seus corpos clínicos (trabalho associado) reformular-se e reequipar-se, «sem ônus de amortizações e juros», para que não necessitem exigir o impossível **frente a uma coletividade empobrecida.**

E, como as situações são semelhantes em tôda a América Latina, não adviria dêste fato (nôvo) um «bom exemplo» para todos os nossos irmãos continentais?

FALAM OS MESTRES, OS TÉCNICOS E O SABIO

«É, portanto, ainda o individualismo Hipocrático que gere a profissão, apesar da importância progressiva do **trabalho de equipe**»...

«Um grande fenômeno da evolução do mundo vem, todavia, levantar graves problemas à Medicina, à evolução da vida social. «Nesta fase intermediária de **sua mutação** a Medicina é ainda clínica»...

«O número de indivíduos que podem suportar uma tal despesa decresce de dia para dia»... «**Só uma solução «ad hoc» bem ponderada** poderá ser capaz de resolver o problema da assistência aos doentes, **preservando a qualidade da profissão**»... «Temos portanto uma Medicina ainda individualista, embora se situe numa **época que já não o é**». Inclinemo-nos, portanto, sôbre a profissão e procuremos recordar as suas características para lhe tirarmos uma **visão de conjunto**»...

Prof. Cid dos Santos, Diretor da Clínica Cirúrgica, Universidade de Lisboa (Gazeta Sanitária, Ano XVII, nº 3, 1968).

«Aos responsáveis pelas atividades de qualquer setor da comunidade é importante lembrar um **fenômeno nôvo** que marca todos os acontecimentos do mundo atual; a velocidade cada vez mais rápida com que se operam transformações profundas nas técnicas e nos hábitos da vida social. Fritz Gummert liga essa rápida movimentação e transformação ao **ritmo acelerado** da evolução científica e técnica da humanidade. Com razão Robert Adolfs propõe uma palavra nova para indicar êsse fenômeno fundamental e característico de nossos dias, «rapidação». Conhecimento objetivo da realidade. Utilização de processos novos, como a **dinâmica de grupos** — ciência fundamental em qualquer trabalho social e que ainda não tem 30 anos de existência — são essas algumas amostras do esfôrço que deve ser feito para que o Brasil **não perca a hora histórica** de seu desenvolvimento. Prof. Franco Montoro («Fôlha de S. Paulo», 12-11-68).

«A evolução da **tecnologia hospitalar** ocorrida neste século foi sobremodo acelerada, que difícil tornar-se-ia fixar os seus últimos estágios em precisamente uma década»...

...«Novas funções ampliaram seu âmbito de ação a ponto de se constituir na **sede da medicina integral**, do ensino e do adestramento de profissionais e de técnicos de saúde, aquêles que devem aprender a praticar a administração específica — hospitalar — além de alinhar nas suas atribuições a pesquisa científica»...

Prof. Gennyson Amado — Tribuna Médica, maio 68, pág. 49.

«Considerar o planejamento hospitalar **não dissociável** dos demais **planos do setor saúde**, vinculado ao crescimento da Renda Nacional e Regional, aos coeficientes regionais de morbidade e às disponibilidades de pessoal profissional e técnico»...

Profs. Odair Pedroso, Rodolfo Mascarenhas, Nelson Luiz de Araújo Morais, Martinus Pawell, Décio Pacheco Pedroso, Murillo Villela Bastos, Carlos Gentile de Mello, Jorge Coelho Tavares, Geraldo Silva Ferreira, Woodrow Pimentel Pantoja e Hugo Alqueres. V. «Assistência Hospitalar no Brasil» — Rev. Hospital de Hoje, vol. 27, ano XI, pág. 22, 1966.

«Tem-se dito que os hospitais têm influído no exercício da medicina mais que qualquer outro tipo de organização social»...

«Diz Magraw — o que ocorre é que a **mística de medicina** que antigamente estava identificada no médico, hoje está nos **centros de saúde**»... Para solucionar êstes problemas se tem proposto, entre outras soluções, modificar os planos de seguros de enfermidades, **maior participação dos médicos** na administração do pessoal»... Outro exemplo da **revolução que estão** sofrendo os hospitais nas grandes comunidades urbanas nos oferecem os EE.UU. e Inglaterra. Em Nova Iorque se tem comprovado que grande parte de seus hospitais devem ser remanejados, modernizados ou renovados; muitos foram construídos no século passado»... «Alguns especialistas opinam que o êrro básico está em que **a maioria dos hospitais dos últimos 30 anos** foram construídos baseando-se em um sistema de assistência médica **que está desaparecendo**»...

Prof. Antônio Molina — Rev. El Hospital, nº 2, 1968 (Editorial).

Recente publicação traduzida da rev. **Time**, ed. lat-amer., **fev. 69**, pág. 47, transcrita na rev. **Hospital de Hoje nº 40**, págs. 3 a 7, mostra que até nos EE.UU. impera a **desorganização** («O Não Sistema») no setor saúde; que os Grupos Médicos se expandem com grande eficiência (2.300 grupos) e que os planejadores **almejam** «por convicção crescente» e «por tôdas as sugestões em pauta» (sem haverem ainda planejado), a criação de um «Sistema Satélite» **extraordinàriamente coincidente** no setor metropolitano com o sugerido, há quase dois anos, neste nosso projeto de planejamento (PIBS). Enquanto lá ainda **constitue anseio**, aqui já se acha delineado e em vias de desenvolvimento, com inovações e adequações próprias! Nosso «Sistema Satélite Integrado» provido de seus «Cometas» (assistência itinerante) já se mostra evidente. Neste particular (planejamento e início de integração), nos encontramos portanto na vanguarda!

Comentário do Autor

«Há 50 anos o médico de cabeceira constituia o núcleo do exercício profissional; hoje a medicina tende a concentrar-se nas clínicas e instituições hospitalares»...

«**A prática em grupo** funciona hoje em muitos países, pois contribui para melhorar a qualidade da assistência médica»...

«Os fatôres que contribuem para o êxito do grupo incluem: motivações comuns, respeito mútuo, satisfação profissional em **manter a individualidade dentro da organização**»... **A revolução** que sofreu a prática médica em meio século, repercutiu nas relações entre o médico e o hospital»... «Os grupos de especialistas oferecem a oportunidade de **reintegrar** a assistência médica moderna a qual, como diz Cecil Cutting (Califórnia), está fragmentada em mais de 20 especialidades. No **grupo encontra o enfêrmo** os fragmentos da assistência médica reunidos em um mesmo local, onde sua completa história clínica está à disposição de todos os médicos participantes»...

«Parece ser que o ideal seria que o grupo médico tivesse por base o hospital»... «A êste respeito a Prof. Falk (da Fac. Méd. de Yale) considera que — a menos que o **hospital venha a ser a sede** de equipes dedicadas à **prática em grupo, não poderá sobreviver** o sistema de **hospitais particulares**»... «Nos EE.UU. existem atualmente dois organismos referentes aos grupos médicos: National Association of Clinic Directors e a American Association of Medical Clinics»...

«Em suma, o exercício da medicina em grupo representa uma inovação na prática profissional que **tende a solucionar** o problema que se baseia na especialização»...

«Seguramente o conceito de medicina em grupo sofrerá modificações em seus diferentes aspectos, porém **é indubitável que se irá estendendo** apesar de que seus aspectos financeiros e administrativos sejam muito mais complexos que os inerentes à prática individual»...

Prof. Antônio Molina — Rev. El Hospital, nº 5, 1968 (Editorial).

«Neste particular posso dar um depoimento gritante porque tendo me empenhado na construção de dois hospitais em duas cidades centrais em regiões açucareiras de Pernambuco, na Zona da Mata, êsses hospitais apesar de concluídos e pràticamente em situação de trabalho, continuam paralisados, fechados, porque não dispomos de recursos para aparelhá-los suficientemente. (O Brasil está semeado de «esqueletos de hospitais» — expressão do sr. ex-Ministro Raimundo de Brito — por motivo da falta de planejamento integrado *). Urge, sr. Presidente, que o Ministro da Saúde tome conhecimento dêste trabalho (Medicina de Grupo) e que o divulgue por todos os modos ao seu alcance porque representa um dos subsídios preciosos com que o Govêrno poderá ser informado para estudar a reforma da saúde pública entre nós, uma das mais impressionantes a que o Govêrno deseja dedicar-se».

Prof. Deputado Antônio Geraldo Guedes — discurso no Plenário Geral sôbre a publicação Medicina de Grupo, Câmara Federal (V. Diário do Congresso Nacional, Seção I, têrça-feira 12, março 1968).

«A saúde não é apenas ausência de doença ou enfermidades, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e **social.** A esta definição chegou, como todos sabem, a Organização Mundial de Saúde»... «Apesar disso há os que, **com razão**, assinalam que **falta àquela definição** (**) o que tôda tentativa dêsse gênero deveria ter: a especificação ou a idéia de propósito. A idéia do **para que**»... A seguir: «**O mundo de hoje não mais comporta isolamentos.** A UNIDADE DE SOBREVIVÊNCIA que outrora foi o indivíduo e depois a família, o clã ou a tribo, passou de repente a ser a humanidade inteira»... ainda: «da mesma forma que, por exemplo, a doença africana outrora bem delimitada (e nós tivemos a experiência do Anapheles Gambiae), pode ganhar ràpidamente o hemisfério oposto e incomodar a tranqüilidade dos que pensavam haver construído **para si um retiro** sem doenças e preocupações»...

A seguir: «O investimento na **educação médica** é parte muito importante do investimento na educação, de um modo geral. Os países pobres **tem de realizar êsse investimento** de maneira decidida, atentos porém às contingências do meio e com altíssimo tino administrativo. **O meio** poderá não estar capacitado para absorver **apenas superdoutores**, mas **poderá ser em grande parte salvo** pelos esforços de **profissionais bem preparados, que trabalhem decididamente nas linhas de frente do desenvolvimento**»... Obs.: Os grifos são nossos.

Prof. José Reis — Educação é Investimento, Edições Ibrasa, págs. 202, 203 e 209.

A PALAVRA DA SABEDORIA

«A nova ordem que se anuncia, existirá pela maior consciência que toma de si mesma uma humanidade a um tempo mais complexa e mais concentrada sôbre si mesma. Não é na direção de **homens supercerebralizados** mas na de **grupos supersocializados** (super-integrados, entendemos nós) que nos precisamos orientar. O século 20 com sua explosão técnico científica, constitui um verdadeiro ponto crítico de transformação. Nessa **convergência** todos os planos atuam em cadeia: o psíquico, o social, o econômico, produzindo cada vez mais um maior aprofundamento social que gera maior **personalização individual.** Mudam então as próprias categorias de pensamento: de **individualistas**, tornam-se globalizantes e **integrantes.** Uma **imensa potência espiritual** dormita no íntimo de nossas multidões e só aparecerá quando **soubermos forçar** as paredes de nossos egoísmos, e de nossos pequenos amores. Êstes sinais, embora remotos, **já se fazem sentir** em nossa vida cotidiana»...

Teilhard de Chardin

A IDÉIA FUNDAMENTAL: DINAMICA DE GRUPO

A MEDICINA DE GRUPO sugerida pelo PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE, tanto para as regiões ricas quanto para as pobres, como complementação e aperfeiçoamento do Plano Nacional de Saúde e aprimoramento da Previdência Social é aquela em que não há intermediários na relação médico-paciente e que considera **indissociável** o binômio médico-hospitalar na prática **concomitante e integrada**, do serviço preventivo e curativo. Trabalhando por todo território nacional em grupos pluriprofissionais estáticos e dinâmicos, em atendimento às lições, conselhos e apêlos dos mestres e dos técnicos, os médicos **se organizam** livremente e democràticamente, para RACIONALIZAR seus serviços, com integral respeito aos preceitos deontológicos. As pessoas jurídicas então constituídas **não irão** «prestar» os serviços, mas tão sòmente «racionalizá-los». Êste trabalho médico pode proporcionar a seus executantes o tributo individual e individualizado de suas atividades, em nôvo conceito realista e atualizado de «livre-escolha» (fato nôvo). Ao hospital é destinada, separadamente, a parcela que lhe cabe no binômio em causa. **Dinamiza-se** também sua ociosidade, e surge **melhor remuneração** para seus leitos-dias, sem sobrecarga de verbas públicas.

Aos clientes, a medicina humanizada, racionalizada (sem filas e em local único) e de melhor padrão, com cobertura integral nos 365 dias do ano. Embora a integração racionalizada exija e promova a cotização de custos com **complementações** individuais e **patronais** (além das verbas governamentais = convênios e comunitárias = taxas de manutenção), tornando a assistência mais acessível e menos onerosa aos necessitados, através do paga-

(*) Observação do autor.

(**) *Observação*: — E nós nos atreveríamos a sugerir: *"Para que* os seres humanos, em solidarismo, "a imagem e semelhança de seu Criador usufruam e promovam a Evolução Natural. Observe-se que para os "crentes", a "Criatividade Divina também se faz em *solidarismo*, em equipe, representando-se pelas Três Pessoas Divinas, reunidas em *Uma Só*.

mento parcelado em caixa única (convênios e mutualidades), o sistema pode desenvolver-se com inteira **independência** tanto para o médico quanto para o cliente. Basta a **elaboração de normas** centralizadas, padronizadas e adequadas, nesta organização racional, com dinâmica integrada, mobilização comunitária e execução **descentralizada**.

O hospital não é mais um simples «abrigo» de doentes e sim o fulcro de um Centro Social Integrado e epicentro da Medicina Integral, aquela que abrange a Liberal e a Social, **respeitando-as e incorporando-as**, numa trajetória que se inicia nas Universidades (Operação Rondon, Ensino Integrado etc). Trata-se de decorrência do estado atual da evolução espiritual, cultural, social e tecnológica. Os médicos sòmente poderão encontrar recursos e locais propícios a seus trabalhos, integrando-se e **localizando-se junto a hospitais**, inclusive no setor ambulatorial e da clínica privada. Assim beneficiam-se e favorecem seus clientes. Êste é, no instante, um sentido universal da **EVOLUÇÃO** irrefreável e em «rapidação», apontando reformas urgentes e profundas! Repetimos: explosão espiritual, explosão científica e cultural, explosão atômica, explosão demográfica, explosão tecnológica... Surgirá daí a **GRANDE INTEGRAÇÃO** prevista por Chardin? Sobrevirá a Grande Desintegração pela prevalência do material sôbre o SOCIAL?

— Resta **pouco tempo** aos médicos para se organizarem eficazmente na ajuda à coletividade e ao Desenvolvimento Econômico Brasileiro. Não o fazendo, a Classe Médica permanecerá à margem, esquecida pela dinâmica evolutiva, debatendo-se... No marasmo e se o tempo é curto, o momento passa e o atraso fica! Então o avião «ne décolle pas»... A rapidez do aumento demográfico (o maior do mundo, em nossa Pátria) e o desgaste de materiais e aparelhamentos já tão deficientes e custosos, não podem esperar... Qual o médico recém-formado que pode hoje instalar, só para si, um equipamento de oftalmologia? Onde está a clientela para remunerá-lo? Idem quanto à radiologia e tudo o mais. A resposta está na «Pacem in Terris»: «necessidade de edificação de grande quantidade de organizações capazes de conseguir objetivos que os indivíduos por si só não podem alcançar»...

Encontrar e estabelecer a «unidade dentro da variedade» deveria ser o objetivo máximo da Classe Médica no presente momento, entrando definitivamente, com os hospitais, no «ritmo evolucionista».

Cremos pois que a Nação exige de seus filhos aumento de produção, dos investimentos, de **intercâmbio interno** para que a nova geração encontre condições de vivência! Já no momento, o sertão e os meios rurais estão aguardando... também os caiçaras e favelados!

— «O economista Rubens Vaz da Costa, mostrou, em reunião da OEA, os seguintes índices anuais de crescimento populacional»: V. Boletim da Bemfam, ano II, maio 68, nº 5: Europa Oriental = 0,7%, Europa Ocidental = 1%, África = 2,3%, América Latina = 2,7%. Em decorrência dêstes índices o tempo necessário para **dobrar a população**, naquelas áreas é o seguinte: Europa Oriental = 100 anos; Europa Ocidental = 70 anos; Estados Unidos = 44 anos; África = 31 anos; América Latina = 26 anos; BRASIL = 23 anos! Estará nosso País, dentro de apenas 23 anos, com o dôbro de enfermos, aguardando médicos e leitos hospitalares?

LIVRE ESCOLHA TOTAL

Êste projeto de planejamento não apresenta a mínima colisão com qualquer dos anseios da Classe Médica e com as preceituações do Código de Ética. Esta tem sido sempre nossa intenção e desde a publicação básica, Medicina de Grupo, em 1967, dedicamos um capítulo (pág. 29) especial ao assunto e agora para grande satisfação nossa, verificamos que os representantes de 360.000 médicos no Congresso Médico Social Pan-Americano (V. pág. 29 dêste trabalho) chegam à mesma conclusão. Preconizamos o **aperfeiçoamento progressivo** do Sistema, com as correções necessárias, normas apropriadas e padronização de atividades, por todo território nacional. O presente plano tem por finalidade o **aprimoramento global** de todos os setores: Previdência Social, Setor Privado, Setor Público (Plano Nacional de Saúde). É a conjugação geral de esforços e integração global dos setores.

Os hospitais periféricos metropolitanos (bairros de cidades maiores) assim como todos os núcleos já instalados, caminhariam para o entrosamento e colaboração recíprocos, conservando suas autonomias. Nada impede, como já dissemos naquela publicação (Medicina de Grupo), uma «Livre escolha» prévia (de grupo), outra dentro do grupo, outra de grupo para grupo, outra ainda de grupo para médico isolado. O mesmo se diga para hospital. Assim, qualquer mutuário e previdenciário, estaria garantido pela caixa de seu agrupamento, nas despesas previstas a que tenha direito, em qualquer bairro, qualquer hospital e qualquer ponto do território nacional. Nos grandes centros, o entrosamento das caixas dos grupos poderia ser realizado por um processo semelhante a um «resseguro para a livre escolha» ou simplesmente por entendimento geral com padronização normativa prevendo complementação de custos, pelo usuário, quando transposto o custo a que faz jus. Da mesma forma, para qualquer ponto do território nacional, e até provàvelmente para fora do País, desde que feita a respectiva comprovação do gasto. Pontos de atrito porventura existentes seriam sanados com a instalação progressiva do Sistema, cada vez mais aperfeiçoado, sob supervisão geral dos Representantes dos Hospitais, da Classe Médica e do Govêrno.

Relacionada ao presente assunto, a idéia do «restabelecimento do médico de família», preconizada e endossada pela Associação Médica Mundial, encontra completa guarida no presente planejamento, **que até a incentiva**. Sabendo já, **prèviamente** (livre escolha prévia de grupo), onde encontrar seu médico preferido, que **conta ainda com assessoramento imediato**, num só local, de seus colegas especialistas (quando totalmente aperfeiçoado o Sistema), a «familiaridade» **se restabelece**, atualizada, integralizada e ainda com asseguramento permanente, nas 24 horas dos 365 dias do ano, para qualquer convívio de rotina ou de emergência. **Livra-se** ainda o «médico de família» de «abusos» por parte de determinados parentes e amigos que **não lhe retribuindo**, no sistema isolado, individualista, embora podessem fazê-lo de alguma forma, passarão, no Sistema Grupal, **a retribuir** (através da caixa do agrupamento), quando estarão moralmente compelidos a inscrever-se no grupo de que faz parte «seu médico particular».

A propósito da retribuição médica, lembraríamos um dos itens da Resposta da Associação Médica Brasileira, a questionário apresentado em 1964 pela Associação Médica Mundial e que diz:

Resposta (Item B, letra e, 2º): «Dentro do sistema de remuneração por serviço prestado é **interessante considerar** a possibilidade e a **conveniência** de serem associados o pagamento direto ao médico (1) através de seguro social (2), sendo êste último feito **através de uma organização médica**» (3). (Ver Rev. «Hospital de Hoje», vol. 39, pág. 7, 69). Comentário do autor: é uma das formas de **racionalização** do trabalho médico-hospitalar que vimos propondo neste planejamento. Finalmente, em proposição Aprovada pela Assembléia Geral de Delegados da AMB, em Caxambu, 1968 encontramos: ...3. — «No que diz respeito pròpriamente à assistência médica é preciso levar em conta: A Pessoa do médico é fator essencial **mas não exclusivo** da assistência médica, que exige pessoal para-médico, estruturas administrativas, instalações, equipamentos e produtos farmacêuticos»...

E ainda, nº 3.2: — «Exercida **cada vez mais em equipe** a Medicina Moderna é o resultado do **trabalho inte-**

grado de profissionais de formação muito variada. O Brasil **precisa formar** mais pessoal para-médico, especialmente enfermeiras, para liberar o médico de funções que não lhe são inerentes e **podem ser delegadas** a outros profissionais de formação e pagamento mais baratos» (V. Jornal da A.M.B. — 439, 28-4-69, pág. 8). Comentário: a união destas duas proposições estabelece, lògicamente, o aconselhamento dos «grupos pluriprofissionais», com livre escolha total, conforme se relata no presente projeto de planejamento.

JUSTIFICAÇÃO

1 — **Considerando** que a Nova Etapa Social do País exije reformas urgentes, inovadoras, audaciosas e soluções brasileiras para os problemas brasileiros;

2 — **Considerando** a afirmação de que o Desenvolvimento Econômico Nacional já apresenta condições para poupança interna, necessária à formação de bens de produção, podendo tornar-se auto-sustentado pelo incremento do intercâmbio interno e distribuição harmoniosa dêstes bens e serviços; e a **conclusão** de que êsse Desenvolvimento deve ser imediatamente acelerado inclusive com a disseminação dos referidos bens, no Setor Saúde (Centros Integrados Médico-Hospitalares); e que as novas e indispensáveis construções hospitalares, de elevado custo, não suportam **ônus de amortizações e juros**, aumentando os custos dos serviços, quando poderiam ser edificadas pelo princípio da permutação (mutualidade);

3 — **Considerando** que a tecnologia moderna da presente Evolução Histórica, torna indissociável o problema hospitalar do problema médico; que «saúde é fator de investimento», juntamente com educação, impondo-se como «um direito natural» de todo cidadão brasileiro; que os trinta e um (31) fatôres de expansão econômica recenseados por Denison, iniciam-se por educação **geral** (portanto sanitária inclusive) e inovações tecnológicas, fatos confirmados pelos maiores economistas da atualidade entre os quais Galbraith ao enfocar que «mais vale um dólar ou uma rupia aplicados nestes investimentos que em bens materiais tangíveis» (estradas, usinas, indústrias, etc.); que vivemos a «época do signo social irreversível» — (H. Veiga de Carvalho) e da **patrimonialização** das profissões liberais (René Savatier); e que as nações econômicamente maduras (desenvolvidas) conseguiram esta posição graças à «saúde e educação geral» de suas populações, sendo ambas indissociáveis; e que a rápida recuperação do homem doente é fator Econômico prioritário até relacionado na Ata de Bogotá e Carta de Punta Del Leste;

4 — **Considerando** que se afirma que o Brasil apresenta o maior índice mundial de explosão demográfica, com o maior percentual de **juventude**, portanto com grande «potencialidade de trabalho» no aguardo de seu **inadiável** melhor aproveitamento, permanecendo ainda como «um vasto hospital», alta taxa de mortalidade e calamitoso índice de morbidade e endemias que retiram do trabalho e da produção, apreciável parcela de mão-de-obra recuperável; que se deve **criar condições** de vivência à nova população, e também que, sem saúde **geral**, não pode haver educação **geral**, sem ambas não pode haver Desenvolvimento Econômico e sem êste, não pode haver bem-estar e paz social; que o **tempo é curto**, sem rápidas providências o tempo passa, e momento escapa e o atraso fica, podendo sobrevir calamidade pública se ao aumento de população não corresponder aumento da produção; (V. N. 11)

5 — **Considerando** — que as Fôrças Espirituais (Ordens religiosas) e cooperativas atuando na iniciativa privada, propiciaram a nosso País, em quatrocentos anos, a possibilidade de construção, administração e **manutenção** da maioria de nossos hospitais filantrópicos (cêrca de 2.200 Santas Casas), motivo porque ainda agora nos bastamos no percentual leito-população, embora de forma precária, e principalmente diante da população mais necessitada; e que intentam criar **grupos religiosos-profissionais** para incentivar a dinâmica comunitária, pelo desenvolvimento integral dos homens brasileiros, no desejo de ajudar;

6 — **Considerando** que essas mesmas fôrças e a «energia que dormita no seio de nossas multidões» apresentam-se novamente, em oportuno ímpeto para, em colaboração intensa com a Classe Médica (pela humanização e assistência), incentivar a dinâmica de grupo, as ações comunitárias do **solidarismo** construtivo, e melhor favorecimento da Justiça distributiva, atendendo ao realismo de que «a virtude não medra na miséria» e «não pode haver boa prática da Ética profissional, sem suficiência econômica» e que se deve procurar realizar a «justiça na liberdade, e a liberdade na justiça», no comunitarismo **democrático**, ponte entre o individualismo e o socialismo;

7 — **Considerando** que a Cúpula governamental, com a participação ativa de Ministérios e Setores Militares, vem conduzindo com grande eficiência, o início em escala crescente do saneamento de nosso sertão, por meio de ações comunitárias, na prática sertaneja da Medicina de Grupo, em equipes dinâmicas pluriprofissionais, congregando neste diálogo e «ginkana sanitária» magnífica participação de nossos acadêmicos de medicina (Operação Rondon);

8 — **Considerando** que a Classe Médica Nacional, grandemente sacrificada pela baixa «renda per capita», face à pobreza da coletividade, metade da população excluída do poder de compra, encontra-se em sua grande maioria imobilizada econômicamente, tecnològicamente, e deprimida espiritualmente em estafante encargo, não sòmente por tal ambiência, assim como pelo **teto e limitação intransponível**, do percentual de 1% (um por cento) da RN (verba deficiente e constante econômica) frente ainda à apreciável carência de estímulo e condições favoráveis de trabalho, pelo obsoletismo e insuficiência de hospitais, e que ela **deve** responder a **apêlos** nacionais e internacionais (Latino-americanos) para atuar no binômio medicina-hospital, e que atualmente já se opera o início da migração da maioria dos médicos para os hospitais; também no anseio do «emprêgo único», de maior produtividade;

9 — **Considerando** que essa mesma Classe ainda assim, já se iniciou em mobilização comunitária de grande produtividade acelerada (equipes e grupos), na verdadeira prática da Medicina de Grupo, quer nos centros metropolitanos, promovendo o progresso científico e tecnológico, quer no sertão, pelos grupos dinâmicos da Operação Rondon e Caravanas médicas, evidenciando que o conceito «médico-paciente» **evoluiu** para «médico-paciente-ambiente», da Medicina Liberal para a Social, com preservação da primeira, mantendo a liberdade, dentro do trinômio inseparável Medicina-Patrimônio-Economia, ou Desenvolvimento Econômico, ou ainda, «médicos-hospitais-recursos».

10 — **Considerando** que Congressos, entidades, personalidades e publicações nacionais e internacionais recomendam, com insistência, a prática médica pelo sistema grupal, com **integração** e concomitância de serviço preventivo e curativo, executado por grupos pluriprofissionais, inclusive compostos por dentistas, engenheiros e educadores sanitários, assistentes sociais, obstetrizes e enfermeiros, em **novo padrão** econômico-financeiro e mediante «novas técnicas, novos métodos, novos programas, **novas concepções, novas idéias**» e portanto em **nôvo tipo de organização** (Marcolino Candau, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde); e que em patética advertência, dado o **alto custo** da assistência médico-hospitalar, o prof. Hamburger, no Congresso de Moral Médica de Paris, afirmou, **sem contestação que** se não fôr encontrada solução a êsse problema «breve chegará o dia em que se terá de escolher aquêles que deverão ser salvos»;

11 — **Considerando** que a situação caótica ainda imperante no Setor Saúde brasileiro, que não satisfaz nem ao govêrno, nem ao médico e nem ao paciente, perma-

nece frente a imenso desafio, que lhe exige mais que **dobrar** o números de médicos, enfermeiros, obstetrizes, e hospitais, em **apenas 20 (vinte) anos**, em virtude da irrefreável explosão demográfica que exige ainda, neste curto tempo, aumento substancial da produção nacional; e que «seriam necessários pelo menos também 20 (vinte) anos», de acertada política econômica, em crescimento anual de 6 a 7% (atualmente 5%) para duplicar a Renda Nacional «per capita», e que **mesmo assim ainda não haveria provàvelmente** verba global suficiente (*) para o pagamento condigno dos serviços de **tôda** a Classe Médica brasileira; que por isso, surge a **imperiosidade** de novas formas de **complementações** (não sòmente de unidades de serviços), para pagamento dos médicos, e que poderiam provir da PARTICIPAÇÃO nos investimentos ou patrimônios, dentro da outra verba dos investimentos nacionais; e que essa «participação no lucro das **novas emprêsas hospitalares**» poderá ser até extensiva a enfermeiros e obstetrizes (motivação e estímulo profissional), desde que se criem novas condições; e que é indispensável a edificação de «grande quantidade de organizações intermediárias», grupos de trabalho, entre o indivíduo e o Estado» para defesa da dignidade da pessoa humana e capazes de conseguir objetivos que os indivíduos, por si só, não podem alcançar» (Encíclica Pacem in Terris), e também para a vivência da **liberdade** personalista, para a **qual evolui** a individualista; e que o Brasil precisa de **grande quantidade de pequenos hospitais**, equitativamente distribuídos, ao invés de pequena quantidade de grandes hospitais. Estudo pormenorizado, inclusive com gráficos, abrangendo 1.192 hospitais comunitários, evidencia o menor custo do paciente-dia nos hospitain médios e pequenos comparativamente aos grandes. (V. Rev. Hospital de Hoje, vol. 39, pág. 15, 1969);

12 — **Considerando** que o Sistema **Misto** de Seguridade Social, tem provado internacionalmente ser o que mais produz em benefício coletivo e que se executado por grupos de trabalho propiciará estímulo notável à **iniciativa privada**, em **conjugação** com os recursos do poder público, promovendo melhores condições ao «poder criador das equipes», à racionalização dos serviços, à descentralização administrativa, à desburocratização, à diminuição dos custos operacionais, à dinamização da capacidade nosocomial, ao desempenho **cooperativista**, à formação de pessoal auxiliar de nível inicial, ao aproveitamento prático dos cursos universitários pela utilização eficiente dos **acadêmicos de medicina**, em serviços e aprendizagem recompensada dentro de suas limitações legais; ao realismo e humanismo assistenciais, à «harmonia entre o capital e o trabalho», permitindo no caso brasileiro, sem estatização ou isolacionismo, a **democratização** e **interiorização** da Medicina; e que é imperioso criar-se estímulo e condições de trabalho, aumentando a produção, principalmente para as **novas gerações** de médicos, em ambientes e com retribuições dignificantes; e que tais benefícios à coletividade poderão ser proporcionados e supervisionados pela **integração** da Classe Médica e Hospitalar, do Congresso Nacional, dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Interior; dos Governos estaduais, municipais e Coletividade.

PROPOMOS: o estudo, em caráter urgente, a elaboração normativa e legal correspondente e a concretização imediata, pelos Órgãos responsáveis, do presente PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE, cujo esquema global vai anexado a seguir, e a ser iniciado em «mobilização sanitária geral, por meio de «mutirões locais, de **tôda** coletividade, incluindo «ginkanas sanitárias da juventude», plano êsse que poderá completar o atual PLANO NACIONAL DE SAÚDE, em início de experimentação, e conforme preceitua seu Item V — Implantação do Sistema — quando prevê a possibilidade de revisões ou aperfeiçoamento.

(*) Honorário *médio* mensal em tôrno de NCr$ 2.000,00 por médico.

PROJETO DE ESQUEMA GLOBAL (*)

Característica:	Sistema Misto de Seguridade Social.
Finalidade:	Democratização e Interiorização da Medicina. Centralização normativa e descentralização administrativa. Racionalização do trabalho. Diminuição dos óbices. Diminuição do custo operacional. Criatividade das equipes. Mobilização geral da coletividade (e juventude) para novas Faculdades de Medicina e construções hospitalares. Melhor pagamento aos médicos.
Organização:	Estruturas locais, integradas e versáteis ou (flexíveis), sob a forma de Centros Sociais Comunitários ou Unidades Integradas de Saúde, disseminadas por tôda Nação. Conjugação de esforços: Poder Público, Classe Médica e Coletividade. Organização comunitária integrada.
Distribuição:	INTEGRAÇÃO de tôda problemática sanitária nacional em três componentes: Poder Público, Binômio Médico-Hospitalar, Coletividade. **Participação** do percentual demográfico geral em: Até 20% da população como mutuários específicos da Classe Médica, preservando a clínica particular, os restantes 80% a cargo do Poder Público, atendidos em convênios com a mesma classe médica em seus diversos locais de trabalho. Incluem-se aqui os indigentes que estarão sob responsabilidade daqueles dois organismos (Poder Público e Classe Médica). Igualmente assim, os economicamente inativos. Independência das partes, em cooperação recíproca. Base legal: Decreto-lei nº 73, de 22-11-66, quando regulamentado e inovado. Possibilidade da mesma distribuição operar-se nos percentuais de 10% (dez por cento) e 90% (noventa por cento) respectivamente.
Poder Público:	Previdência Social: convênios diretos (hospitais ou grupos médicos-emprêsas) até 75% desta faixa; convênios indiretos (INPS-Hospitais) até 25%. Convênios com grupos médicos em hospitais ou clínicas hospitalares, nas normas da legislação vigente — Decreto nº 66 — com atualizações permanentes, e melhoria de condições visando melhoria do padrão de atendimento. Ainda a cargo do Poder Público: Hospitais-Escolas, Hospitais-Sanatórios, Institutos de Pesquisas, facultando-se também à iniciativa privada esta participação.

(*) Apresentado em sessão especial da Comissão de Saúde da Câmara Federal em 14-8-68.

Classe Médica:

Execução de serviços em seus **atuais e futuros** hospitais, suas atuais e futuras clínicas e suas futuras unidades integradas de saúde com aproveitamento das instalações já em exercício, de posse de iniciativas particulares, ou do poder público, sem prejuízo de direitos adquiridos. Grupos gerais ou especializados. Estáticos e dinâmicos (Operações Rondon e Caravanas Pluriprofissionais). Extensão de atividades: a partir das Universidades (ação educativa) até preparação de pessoal auxiliar (paramédicos e cooperadores). Estágios e Cursos de preparação e especialização nos setores médico e administrativo. Extensão dos serviços de previdenciários a **todos** os elementos da Classe Médica participantes dos convênios. Prosseguimento dos atuais hospitais centrais de tradição, com possibilidades de evolução para Faculdades de Medicina (Ver Aditamento).

Hospitais:
Setor Subsidiário da Classe Médica

a) Metropolitanos (centrais e periféricos). Aproveitamento da rêde hospitalar tradicional e criação de **Centros Comunitários Integrados** providos de hospitais, nos bairros, por meio de «mutirões locais» por equipes pluriprofissionais com mobilização regionalista da juventude e coletividade.

b) Interioranos: Hospitais Regionais e Clínicas Hospitalares (conjugadas com Santas Casas ou hospitais filantrópicos), dinamizando suas instalações e propiciando-lhes recursos técnicos e econômicos.

c) Sertanejos: assistência por unidades móveis partindo do centro (Op. Rondon e Caravanas), intermitentes, ou da periferia (hospitais regionais e clínicas hospitalares avançadas), em ação permanente em seus respectivos raios de extensão. Hospitais flutuantes nas regiões ribeirinhas.

d) Hospitais-Sanatórios, Institutos de Pesquisas, bem como Hospitais-Escolas como elementos de preparação, em conjunto com os supra referidos, no desempenho da execução global dos serviços.

e) Formação do «espírito de equipe» e «comunitário» **desde os bancos universitários** (adaptação dos currículos), saindo já estruturados das faculdades os «futuros grupos» que se localizarão nos bairros ou no sertão, para aumento da rêde hospitalar (novas construções). INTEGRAÇÃO universitária «a priori» (Rondon) e «a posteriori» no planejamento.

Coletividade:

Participação ativa no custeio dos serviços: verba da Classe Médica e verba Previdenciária. **Construção**, atualização e manutenção dos hospitais **sem ônus** de amortizações e juros para as sociedades, nas verbas principais (permutação por serviços). Contribuições de forma prevista no item («Distribuição = 20% e 80%»). Formação de grupos de trabalho locais em «mutirões» para **produção acelerada, de bens e serviços** congregando todos seus elementos. Serviços de melhor padrão. Estímulo criador. Motivação. Melhor confôrto pela proximidade dos atendimentos.

Custeio e Financiamento:
Binômio Médico-hospitalar

1 — Contribuição direta de 20% da população à Classe Médica para:
   a) atualizações e construções hospitalares como patrimônios específicos (jóias) em permutação de serviços (mutualidade ou pré-pagamento)
   b) assistência médico-hospitalar: taxa de manutenção ou mensalidade permanente, correlacionada à correção monetária, reunida em caixa única. Índices estatísticos, cálculos atuariais, tabelas da classe médica para as diferentes categorias econômicas desta faixa de 20%. Pagamentos por unidades de serviço.

2 — Convênios relativos a 80% da população: Previdência Social, Govêrno Federal, Estadual, Municipal.

3 — Financiamentos federais, estaduais, municipais e privados, parciais; importação e aquisição de equipamentos — RX, ambulâncias etc.

4 — Estímulos fiscais: diminuição progressiva de tributações e destinação de quota do impôsto de renda para indústrias de equipamentos hospitalares condicionadas à contraprestação de financiamentos rentáveis, a prazo longo, sob contrôle do poder público e da classe médica.

Atrativos:

a) **Para o Poder Público** (aumento da produção): desburocratização, descentralização e alívio de verbas, com racionalização do trabalho.

b) **Para a Classe Médica:** estímulos permanentes; asseguramento de redistribuição territorial dos profissionais (alívio de concorrência nos grandes centros e melhoria de condições dos mesmos). Garantias **patrimoniais** sem ônus financeiros (amortizações imobiliárias). Alívio nos infortúnios inclusive de familiares dos médicos e condições de aposentadoria. Aceleramento do

progresso tecnológico mais acessível a todos os profissionais. Redistribuição condigna pela participação em **duas verbas nacionais** (1% da RN e Investimentos), enquanto nos demais planejamentos sòmente recebem na primeira verba citada. **Retribuição** simultânea por quatro fontes básicas: salários (plantonistas) + honorários (unidades de serviço) + utilidades (consultórios, aparelhamentos etc.) e lucros (exclusivamente hospitalares). Atualmente só recebem por uma fonte, dentro do limite da RN. Possibilidade realista de atendimento do Código de Ética. Autocontrôle. Independência. Participação. Formação do espírito de equipe e aumento da criatividade. Palavras do Prof. Zerbini sôbre as equipes e suas chefias: «um chefe de equipe deve permitir a todos a realização de tudo. É mais importante um chefe que não executa, mas supervisiona, do que um que quer fazer tudo sòzinho. Ao criar o espírito de equipe, êle deixa com que todos trabalhem»... «É muito melhor assim, porque êle conta com muitos e não fica sòzinho»... O Prof. José Reis, citando o livro de Fred Fiedler, sôbre lideranças e comportamentos dos grupos: «De um modo geral o desempenho criador não pode ser comandado, razão pela qual os grupos criativos não podem sujeitar-se a direção semelhante à dos grupos de trabalho comuns»... «**O ideal é criar condições** para a máxima criatividade dos grupos, onde necessário o trabalho dêstes».

c) **Para a Coletividade:** Atendimentos com suficiência, realismo, humanismo, motivação, PARTICIPAÇÃO.

CONCLUSÕES DÊSTE ESQUEMA

Possibilidade de evolução de outros planos para o Plano «Brasileiro», ou inclusão dêste, como complementação, no Plano Nacional — planejamento realista e integrado. **Solução brasileira** e versátil, para problema brasileiro, abrangendo as três práticas médicas: Liberal, Social, Integral. Embora em independência, **auto-contrôle** e auto-financiamento, o Binômio Médico-Hospitalar seria **parte integrante** do Centro Social Integrado e Comunitário da localidade, gerido pelos elementos de cúpula de todos os setores da vida social. Possibilidade de **verbas adicionais** (financiamentos, bôlsas etc). Alívio de encargos fiscais. **Racionalização** de verbas e serviços.

ADITAMENTO

Entrosamento — Conforme prevê o item V, Implantação do Sistema do Plano Nacional de Saúde, sôbre possibilidade de revisões e, no intento de incrementar neste setor o Desenvolvimento Econômico — «auto-sustentado» — referido pelo Exmo. Sr. Ministro do Planejamento, propõe-se as seguintes inovações para o citado entrosamento:

1) Preservação da verba previdenciária, para **convênios** com grupos médicos, associações previstas em lei, e execução parcial dos serviços na seguinte possibilidade: até 75% para convênios **de forma direta** (grupos médicos-hospitais-emprêsas); até 25% para convênios indiretos (INPS-hospitais-médicos) ou para atendimento em hospitais pilotos, próprios desta instituição (estudos para cotejo de cálculos estatísticos e de custos operacionais).

2) Dentro das Comunidades de Saúde, sociedades civis, sem fins lucrativos, previstas no PNS, seriam integrados os Centros Sociais Comunitários (sugeridos neste PBS), nos bairros de metrópoles maiores e em cidades interioranas e, dentro dêstes Centros, passariam a funcionar os **hospitais dos médicos** — HCMs —, sociedades anônimas ou cooperativas ou outras, de suas propriedades. Êstes hospitais (*), auto-controlados pelos médicos e pela Classe Médica, com independência, sujeitos porém a normas gerais, anuências e fiscalizações indispensáveis. Nesta forma, os médicos obteriam, além do recebimento da verba nacional, no **limite** de 1% da RN, também PARTICIPAÇÃO, utilidades (consultórios, aparelhamentos etc.) e lucros **exclusivamente** hospitalares (verba dos investimentos nacionais).

3) Nas cidades interioranas, de recursos menores, da mesma forma passariam a funcionar as **clínicas hospitalares dos médicos** — ClHMs —, **pequenas instalações**, de custo reduzido, ambulatoriais, com pronto-socorro, localizadas ao lado ou nas proximidades das Santas Casas de Misericórdia, ou hospitais filantrópicos, aquelas como patrimônio dos médicos, dinamizando os referidos hospitais com recursos técnicos e econômicos: hospitalizações remuneradas da clientela particular, da clientela mutualizada (pré-pagamento) e dos convênios da Previdência Social (inclusive seguro-rural), além das verbas subsidiárias que ambas aquelas instituições possam auferir de outras fontes (financiamento para instalações, aparelhamentos etc).

4) Preservação do direito de livre-escolha, médica e hospitalar, em nôvo sentido: grupo-médico ou profissional isolado e não sòmente no sentido estrito de profissional isolado (livre escolha integral = prévia e futura). Respeito à relação médico-paciente por normas e regulamentações apropriadas (V. publicação Medicina de Grupo).

5) Extensão do Plano de Saúde, considerado socialmente, a **tôda** população, inclusive à indigente, e a que se encontre em locais afastados, estas últimas atendidas por equipes móveis (intermitentes) do centro para a periferia ou permanentes (as unidades fixas mais avançadas, em seus respectivos raios de ação).

6) Reserva da faixa de até 20% da população para entendimento direto com a Classe Médica (sem interferência estatal), correspondentes às classes C (12%) e D (8%) de maior renda, citadas no PNS, computando-se aqui o contingente específico de sua clientela particular, avaliano em tôrno de 5% (clientes isolados de médicos isolados).

7) Possibilidade de aproveitamento de grandes hospitais centrais, dentro de um plano sistematizado, para transformação em **Faculdades de Medicina**, com atendimento de indigentes, desde que esvasiados de sua clientela contribuinte, desviada para os bairros em que residem, e atendidas em convênios nos hospitais dos médicos, dos Centros Sociais Comunitários das Comunidades de Saúde, previstas no PNS, em 106 ou mais Áreas de Saúde. Não apregoamos disseminação indiscriminada de faculdades e sim sua instalação mediante criterioso planejamento.

8) Estudos específicos para os grandes centros como: Pôrto Alegre, Curitiba, São Paulo, Guanabara, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza etc, para rápida

(*) Da nova rêde em expansão, respeitando a organização atual, que seria inovada (V. Nova Meta Hospitalar).

formação de hospitais periféricos, da Classe Médica de atendimento integral (trabalho preventivo e curativo concomitantes), mantidos pela coletividade (mutuários e convênios previdenciários, federais, estaduais e municipais). Aproveitamento de hospitais centrais, nas indicações do item anterior para novas Faculdades de Medicina. **Integração** dos atuais hospitais.

9) Regulamentação de estágios, cursos, bôlsas, caravanas, no setor universitário e nas diferentes unidades hospitalares, centrais ou periféricas, para elevação do progresso técnico-administrativo e sob supervisão da Cúpula da Classe Médica, Representantes dos hospitais, Ministério da Saúde e outros.

P.S. — **Ação Conjunta dos Médicos e Hospitais já existentes.**

REFERÊNCIAS

Organograma, esquemas, quadros, estudos estatísticos, base jurídica, conceituação doutrinária, literatura etc., ver publicação:

Medicina de Grupo — Fato Nôvo — Editôra Mestre-Jou, Rua Martins Fontes, nº 99 — São Paulo — Rua Senador Dantas, nº 19 — Rio.

ARGUMENTAÇÃO ADICIONAL COMPROBATORIA

1 — **Experiência dos Médicos Europeus:**

Em novembro de 1967, à pág. 102, a Revista «O Médico Moderno» publicou um resumo da experiência européia, conforme artigo elaborado na revista americana «Medical Economics», onde são apontadas algumas **linhas mestras** de uma política de saúde, na opinião dos médicos de vários países consultados.

Apresenta seis tópicos fundamentais apontados por aquêles setores (de vultosa experiência, como bem o sabemos) entre os quais o seguinte: «A clínica médica **exercida por grupos** de profissionais em centros médicos bem equipados, **deve receber o máximo apoio** e assistência financeira». «Tais conselhos», acrescenta o articulista de OMM, «e o alerta que êles representam, derivam de informações e da experiência recolhida nos principais países da Europa, cuja situação no setor de assistência médica é analisada com pormenores na revista citada». (Os grifos são nossos).

2 — **Orientação dos médicos norte-americanos:** O jornal médico «O Pulso» em edição de 2 de novembro de 1967, nº 258, traz a seguinte notícia: «O movimento médico, digo, os movimentos de médicos americanos que **trabalham em hospitais** em regime de **tempo integral**, aumentou seis vêzes em correspondência com os que trabalham em clínicas particulares, informa o Medical Economics. Em 1966 o número de médicos em hospitais aumentou de 8%. Na clínica privada — geral e especializada — o aumento foi sòmente de 1,3%. A maior percentagem de **aumento de salário médico**, no último ano, foi entre clínicos gerais **que se transferiram** para serviço de tempo integral em «salas de emergência» — unidades de clínica geral **em hospital**» (Os grifos são nossos).

Comentário do autor: Igualmente no Brasil, fenômeno idêntico acha-se em andamento, fato mais recomendável aqui em que a renda «per capita» na população é 15 vêzes inferior à da americana do norte. Nos hospitais, além de obterem maior clientela e rendimento, os médicos auferem apreciáveis economias e complementações nas utilidades, sem despesas, na maioria das situações: consultórios, auxiliares, instrumental, vestiário simplificado, aproveitamento de tempo ocioso, progresso técnico-científico, etc...

3 — **O Prof. Marcolino Candau**, o notável brasileiro que é pela terceira vez, para orgulho nosso, conduzido à Diretoria Geral da Organização Mundial de Saúde, discursando por ocasião de seu recente ingresso na Academia Brasileira de Medicina Militar (V. «Tribuna Médica», nº 332 — Nov., pág. 94) — usou das seguintes expressões:

«Os planos de saúde deverão necessàriamente elaborar os programas de educação do pessoal sanitário e definir as tarefas a serem executadas **pelos diversos membros da equipe**. A técnica é certamente internacional mas **sua aplicação deve ser adaptada** às diversas situações locais.

Os países em desenvolvimento **devem adotar novas técnicas, novos métodos, novos programas e novas concepções**, correspondentes aos problemas a serem resolvidos». A seguir: «é necessário reexaminar as funções dos diferentes membros da equipe de saúde»... «**é possível aumentar consideràvelmente o rendimento do médico** utilizando diversos meios que a técnica moderna põe a sua disposição e que são **relativamente simples e pouco onerosos**, sobretudo se comparados com o custo de treinamento de um médico. **É pela aplicação de novas idéias** que chegaremos a resolver os problemas que parecem ainda insolúveis», afirma aquela ilustre personalidade. (Os grifos são nossos).

4 — **IV Conferência Nacional de Saúde:** Nesta recente Conferência, realizada com a presença dos Srs. Presidente da República, Ministro da Saúde, Diretor Geral da OMS, entre outras ilustres personalidades, 400 autoridades, durante seis dias, em quatro grupos de trabalho, debateram problemas dêste setor. Da Revista «O Médico Moderno» (Dez. 67, pág. 31) extraímos as seguintes afirmações surgidas naquele importante conclave:

...«os programas de saúde em nosso país devem ser desenvolvidos por **equipes pluriprofissionais**, cuja composição variará em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatôres — sócio-econômicos, evolução científica e tecnológica»... «...presentemente no Brasil é indubitável que a **formação profissional ainda não está sendo orientada** para a solução dos problemas de saúde do país»... — «...**importância do recrutamento local** e que seja feita uma **descentralização do treinamento**»... «...**existem na realidade recursos potenciais de treinamento**...» «...**assistência** técnica financeira aos órgãos locais e regionais de saúde, que **revelem capacidade** para organizar eficientemente centros para administração do treinamento»... «...**realização de convênios** entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social, e instituições estaduais, municipais e **particulares** da saúde, num **esfôrço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias**», «...participação ativa das Universidades e Escolas Superiores no desenvolvimento desta política»... «aprimoramento da **metodologia de trabalho e da tecnologia adaptada** à problemática regional e na produção adequada de recursos humanos necessários à implementação dos programas de saúde»... «...importância do planejamento universitário, da **reformulação dos currículos** e sua adequação ao mercado de trabalho e da criação de **centros de desenvolvimento comunitário** assim como da integração das atividades assistenciais nos programas de ação governamental em **consonância com a realidade econômica brasileira**»... (Os grifos são nossos).

Comentário do autor: Haveria mais que dizer, ou a resposta já se encontra implícita na prática da Medicina de Grupo, como a vimos sugerindo há alguns anos, para todos os setores: particulares, públicos e universitários, no aproveitamento de sua versatilidade tão peculiar.

5 — **Questão Hospitalar no Brasil — Influência das Ordens Religiosas:** Devemos saber, que nosso país ostenta com o México, dentro de todo o Continente Americano a primazia na criação de hospitais. O Prof. Ernesto de Souza Campos, discorrendo sôbre «História da Medicina e dos Hospitais» no número de Agôsto/67 da Rev. da Associação Médica Brasileira (vol. 13 nº 8, pág. 296) leciona da seguinte forma: «O primeiro hospital americano, instituiu-se na América Latina, por obra de Cortez, no México. O segundo erigiu-se no

Brasil, no atual pôrto de Santos, por iniciativa de Braz Cubas. Estabeleceu-se em conformidade com as Casas de Misericórdia portuguêsas. Data de 1543»... A seguir: «Segundo Mac Eachern, o primeiro hospital, nos Estados Unidos, foi criado para socorrer soldados enfermos em 1.663. O Philadelphia Geral Hospital é considerado o mais antigo entre os que se formaram nos primeiros tempos da grande nação setentrional»... E ainda: «No Brasil, tais hospitais se estabeleceram, depois de Santos, nas capitais das províncias e depois pela Interlândia. É rara a cidadezinha do interior que não possua sua Santa Casa de Misericórdia».

Comentários do autor: Referimo-nos a êste fato porque assim como as **ordens religiosas**, em ação **comunitária** incipiente, já nos idos tempos, concorreram substancialmente para a criação, funcionamento e manutenção destas 2.200 Santas Casas (motivo porque ainda hoje nos bastamos teòricamente no percentual leito-população), temos razões para acreditar que, nesta **Nova Etapa Social**, um fenômeno semelhante poderia ocorrer, no esfôrço conjugado entre elas, a classe médica, a coletividade, e o setor governamental federal, estadual e municipal. Êste é o sentido de **integração geral** que vislumbramos na evolução desta problemática prioritária: não é sem propósito, que nos dias atuais se reúnem os Bispos Brasileiros para traçar um plano trienal que visa: «Orientar e estimular os religiosos a participarem das lutas pelas reformas das estruturas sociais»; «maior participação dos religiosos na vida das cidades, passando a viver mais afastados dos conventos e seminários e **integrados** nas reivindicações e alegrias do povo» (V. «Fôlha de S. Paulo», 6-1-68).

Também, Congregações de freiras se reúnem para melhor conhecimento da «Dinâmica de Grupo». Administração e Planejamento. Foi o que se desenvolveu recentemente no conclave promovido no Colégio Imaculada Conceição, na Guanabara, em curso organizado pela seção Regional da Conferência dos Religiosos do Brasil. Os Maristas (V. «O Estado de S. Paulo», 11-2-68) recentemente reuniram-se em Brodosqui, para estudar e sentir qual o protótipo de irmão marista para a época atual.

E êles são 1.500 em todo o Brasil, número apenas superado pela Espanha e mantêm dezenas de colégios em todo o território nacional.

6 — **Ação Comunitária: Preparação técnica:** — Vemos na Ação Comunitária a meta do momento. E entre seus vários participantes, além dos médicos e religiosos com a cúpula local, constituirão elementos de relevância os **educadores sanitários e assistente sociais** no trabalho conjunto de arregimentação e relações públicas. A conscientização dêste fato já se encontra até despertada. Recentemente encerrou-se um curso de Planejamento em Desenvolvimento de Comunidade, na Capital paulista, promovido pelo SESI, com fornecimento de certificados a nutricionistas, educadores sanitários e assistentes sociais, para habilitá-los a uma perfeita atuação nas unidades comunitárias para promoção da melhoria das condições de saúde locais. Nestes dias (entre 5 e 9 de fev., 1968) a Diretoria de Educação Sanitária de Fac. de Higiene e Saúde Pública de S. Paulo realizou, sob patrocínio da OMS e OPAS, seções de educação sanitária onde se destacou a focalização de atuação grupal no meio da coletividade.

Em São Paulo já se pratica a ação comunitária em bairros: Existe por ex. a Ação Comunitária Penhense (V. «O Estado de São Paulo, 11-2-68) que constitue a primeira tentativa bem orientada para aperfeiçoamento do comunitarismo, fundada em 1961 por iniciativa de uma equipe de assistentes sociais. Incentiva-se assim o «espírito de comunidade».

7 — **Operação Rondon:** já ficara implicitamente prevista e referida no decorrer de nossa explanação, nas páginas que elaboramos sôbre Medicina de Grupo (Fato Nôvo, págs. 33, 60). No quadro geral de unificação e na citação da versatilidade dêste método de trabalho, situamos ali os «grupos sertanejos», em boa hora incentivados pelo maravilhoso espetáculo que assistimos no momento. Ninguém mais duvida, nesta altura dos acontecimentos, da imensa utilidade e dos enormes benefícios que esta ação comunitária virá trazer ao equacionamento e à ordenação da problemática médica hospitalar brasileira. Implantada e desenvolvida a Medicina de Grupo pelos mais longínqüos recantos desta nação, com a disseminação de novas **unidades integradas de saúde**, espalhando novos investimentos por todos os recantos, e oferecendo assistência e local de trabalho à nova população, os futuros «rondonianos» irão, todo ano, em seus estudos práticos e suas observações diretas, em todos os períodos de férias escolares, encontrar no sertão, já instalados, os **postos avançados** onde se adestrarão, com grande proveito, nestes estágios temporários. Algumas equipes trabalham em verdadeiros «hospitais flutuantes». Não seria êste o mais eficiente recurso para o desbravamento de nossa Amazônia? Já de alguns anos esta mocidade (e por isso nosso otimismo pela «nova raça») vem dando mostras evidentes do desejo desta expontânea **colaboração social, apressando a aplicação** de sua valorosa mão-de-obra em prol do desenvolvimento econômico. Também, a espantosa «capacidade de adaptação» de nosso trabalhador urbano e rural tem sua manifesta evidência em todos os setores entre os quais: indústria automobilística, transportes e comunicações, onde, «da noite para o dia» se transformam em eficientes obreiros.

Apenas um ano após a nossa segunda proposição vemos, com grande prazer, a implantação das unidades polivalentes e hospitais, inclusive flutuantes, no nôvo planejamento integrado dêste Estado. Os estudantes de medicina de S. Paulo, por ex., já por duas vêzes, em Campinas e Marília, reuniram-se em Congresso na promoção das ligas médico-sociais, em debates por programas de assistência, e pormenores técnicos, de como desenvolver melhor o propósito de colaborar para a melhoria das condições sanitárias do país (V. «Fôlha de S. Paulo», 28-12-67).

FINANCIAMENTO DO SISTEMA (V. GRÁFICO)

1) Clínica Particular (3 a 5% da população global = faixa atual);

2) Mutuários: de 5-7 a 15% da população global: financiadores das obras e aparelhamentos em troca de serviços médico-hospitalares. Fornecimento de duas verbas: a) correspondente a jóia, para investimento patrimonial (reaparelhamento ou construção); b) taxa de manutenção ou mensalidade, relacionada à correção monetária, para o auto-financiamento desta comunidade mutuária (unidades de serviços para os médicos, consoante tabela prévia e **leitos-dias para os hospitais**). Já nos referimos que, por **comprovação estatística** de nossa apuração, nesta faixa, a ocupação permanente de leitos no índice 1/1.000, libera ⅔ ou ¾ da capacidade hospitalar para convênios e clínica privada;

3) Previdência Social: nos âmbitos federal (INPS), estadual, municipal e sob a forma de **convênios** (diretos = 75%, indiretos = 25%). Ver publ. «Medicina de Grupo»;

4) Outros financiamentos, nacionais e internacionais: bôlsas, financiamentos para aparelhagens, quota do Impôsto de Renda, Fundo Nacional de Saúde.
OBS.: Atendimento da indigência nos Hospitais — Escolas centrais e filantrópicas dos três setores: metrópole, interior e sertão.

5) **CLIENTELA DOS HOSPITAIS PERIFÉRICOS** (Centros Comunitários) e dos Centros Integrados (Rurais):

1) Clínica Particular (faixa mínima);

2) Mutuários (financiadores da obra);

3) Convênios da Previdência Social (diretos e indiretos);

4) Convênios Municipais (Funcionários, operários, Pôsto de Pronto Socorro);

5) Convênios Estaduais (Funcionários, operários, Pôsto de Saúde);

6) Outros eventuais contratos (particulares);

7) Indigentes: atendidos no Pôsto de Saúde (Estado) ou Pronto Socorro (Prefeitura) funcionando neste mesmo local único (convênio).

Apoiados por tôdas estas faixas de clientes, os médicos sentiriam estímulo e obteriam pagamento condizente (racionalização do trabalho) para se localizarem no Interior, promovendo a Interiorização da Medicina, que elevará substancialmente a **produção** rural.

OBSERVAÇÃO:

a) Cada hospital integrado metropolitano, interiorano ou sertanejo, teria seus **leitos-dias ocupados e pagos** pelas seguintes categorias: clínica particular (contingente mínimo), mutuários, convênios (federais, estaduais e municipais). Além disso, convênios, **em suas instalações**, para o Pôsto de Saúde do Estado e Pronto Socorro da Prefeitura. Nas grandes metrópoles, como por exemplo, a Grande São Paulo, poderiam ser erigidos, neste sistema, de 30 a 40 pequenos hospitais comunitários integrados, nos respectivos bairros que os comportem, mediante mobilização local: Secretarias de Saúde e Promoção Social do Estado e Município, Sociedades de Bairros, setor religioso, mobilização da juventude, dos médicos e administradores hospitalares. Atuação direta dos assistentes sociais e educadores sanitários. **Sem qualquer prejuízo** para a rêde hospitalar já existente, face à enorme demanda proveniente da explosão demográfica em curso.

b) A construção pura e simples de **Unidades Integradas de Saúde**, sem a competente **participação** da comunidade, mobilizada e motivada, **também não resolve** o problema local, como bem evidenciou, na Comissão de Saúde da Câmara Federal, o Sr. Deputado Justino Alves Pereira, médico do Paraná, onde tais construções acabaram derivadas para outras ocupações e finalidades estranhas ao Setor Saúde! Esta informação prática vem apoiar o ensinamento do Prof. Jarbas Karman quanto ao **nôvo conceito** de unidades sanitárias: «Por isso, as novas unidades sanitárias terão **forçosamente** que se apresentar diferentes em sua constituição, seu programa, sua concepção. A polivalência é um dêsses fatôres» (Ver Medicina de Grupo, pág. 62). Aliás, desde 1965 já dizia êle: «Em hospitais pequenos e médios, o melhor recurso é concentrar os serviços esparsos» (Ver Médico Moderno, out. 65, pág. 28). Daí deriva-se ainda a maior eficiência e melhor rendimento econômico da **construção horizontal**, também por êle apregoada em coincidência com o apurado desde nossos primeiros estudos e sugestões, e que se ajusta por completo à integração prevista no presente planejamento (PIBS). Anote-se ainda o seu possível aproveitamento como base dos «campus universitários avançados» (no interior e sertão), que propiciam o incremento do «espírito comunitário» desde as universidades, no **nôvo conceito** de Universidade Dinâmica.

LEGISLAÇÃO DA REVOLUÇÃO BRASILEIRA

Além do Decreto-lei nº 66, de 22-11-66 que, ao unificar a Previdência Social, em seus artigos 12 e 14 prevê a organização dos grupos médicos, na mesma ocasião, a Classe Médica Nacional e os Hospitais obtiveram uma possibilidade **inusitada**, para sua definitiva emancipação moral e econômica, através o Decreto-lei nº 73, art. 135 que assim preceitua:

Art. 135 — «As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais **médicos** e paramédicos ou por **estabelecimentos hospitalares** visando institucionalizar suas atividades para a prática da **medicina social** e para melhoria das condições **técnicas** e **econômicas** dos serviços assistenciais, isoladamente ou em **regime de associação**, poderão operar **sistemas próprios** de pré-pagamento de serviços **médicos e/ou hospitalares, sujeitos** ao que dispuser a regulamentação dessa lei, às resoluções do INPS e à fiscalização dos órgãos competentes».

OBSERVAÇÃO:

Em nossa exposição na Comissão de Saúde da Câmara Federal, em coerência com as **conclusões** de nossos estudos, propuzemos nôvo parágrafo ao presente artigo, com a finalidade de **aumentar o campo** de atividade e sobretudo promover maior estimulação à Classe Médica e Paramédica, com vistas aos bairros citadinos e sertão desprovido, e nos seguintes têrmos:

Base legal: inclusão de parágrafo único, no Art. 135 do Decreto-lei nº 73 de 22-11-66, nas seguintes condições: § Os sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares previstos neste artigo, poderão ser estabelecidos em associações lucrativas de grupos médicos, para atualizações, novas construções hospitalares e melhor remuneração dos profissionais, quando integradas no Plano Nacional de Saúde, sujeitas à aprovação prévia pela Superintendência de Seguros Privados (Órgão do Ministério da Indústria e Comércio), bem assim como às fiscalizações dos órgãos competentes.

REFERÊNCIAS

Organograma, esquemas, quadros, estudos estatísticos, base jurídica, conceituação doutrinária, literatura, etc., ver publicação:
Medicina de Grupo — Fato Nôvo — Editôra Mestre-Jou, Rua Martins Fontes, nº 99 — São Paulo — e Rua Senador Dantas, nº 19 — Rio.
Brasília, 14 de agôsto de 1968.

PLANO LATINO-AMERICANO

O mesmo projeto do PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE, conforme foi apresentado e apreciado na Câmara Federal (Brasília 14-8-68) e I Convenção Paulista de Hospitais (Campinas 12-10-68), publicado na revista Hospital de Hoje, n. 37, ano XIII, 68, sugerido à Escola Superior de Guerra (Grupo nº 2-SP, 68),e composto consoante princípios apregoados na publicação **Medicina de Grupo** (Fato Nôvo) Editôra Mestre-Jou. 1967, também na IV Conferência Nacional de Saúde (Rev. O Médico Moderno, dez./67, pág. 31 e Tribuna Médica, out./68, pág. 46) e ainda pelo X Congresso Médico-Social Pan-Americano, (V. Rev. O Médico Moderno, março/69) com a presença de 400 técnicos naquela, e 18 Países Sul-Americanos, representando 360.000 médicos, neste último, pela sua VERSATILIDADE peculiar, pode adaptar-se à maioria das nações,

PORQUE:

1) Além do fato de serem semelhantes os problemas sanitários Latino-Americanos, o citado plano firma-se em **bases estruturais** de elevado gabarito, com alicerce filosófico próprio — Evolução Natural — e cuja fonte está nas referências supra citadas, nas experiências práticas já em curso no Brasil e exterior, e que inclusive fornecem dados preliminares, altamente favoráveis para ser enfrentado com otimismo, o desafio pessimista do ano 2.000, na luta pelo «desenvolvimento acelerado». Estabelece fé e esperança no primado do trinômio «Saúde — Trabalho — Produtividade» (OMS/1969).

2) Apresenta inusitada **versatilidade** que permite sua dinâmica tanto em regiões ricas quanto nas pobres, si-

multâneamente estático e dinâmico em sua **integração geral**, abrangendo todos os setores sociais e sempre na dependência das mesmas condições locais.

3) Mostra apreciável messe de **resultados práticos**, entre êles a Operação Rondon que «se enquadra com perfeição em sua dinâmica», integrando o sertão à Universidade, assim como caravanas pluriprofissionais, hospitais flutuantes, assistência itinerante, além de núcleos e serviços metropolitanos e interioranos incipientes, já em atividade, no aguardo de **aperfeiçoamento**, sob normas padronizadas com «centralização normativa em descentralização executiva».

4) Está em **sintonia com a Evolução Global** — em sentido integrado de todos os setores das atividades humanas: não preconisa desintegrações ou mutilações e sim congraçamento e unificação. Incorpora totalmente o princípio da «livre escolha» e Medicina Liberal, na Medicina Social, rumo à Integral, na concomitância do trabalho preventivo com o curativo, a partir dos bancos acadêmicos.

5) É um planejamento de **justiça social consentida** (não imposta) que propõe melhor remuneração aos médicos e auxiliares e onde as pessoas de recursos auxiliam as desprovidas: a cúpula social suficientemente **motivada** mobiliza-se contribuindo para a humanização do atendimento das classes inferiores: 10 a 20% da população (parte de maior renda) congrega-se em sistema de **mutualidade**, assim como a **classe patronal** no Seguro Social em complementações de custos, propiciando reformulações, reequipamentos, edificações, dinamizações hospitalares (em troca de serviços) e que beneficiam diretamente o percentual remanescente, na base de **achados estatísticos** altamente promocionais (comprovação matemática) e compondo-se ainda com as Rendas Nacionais das Nações, atendendo suas delimitações de verbas.

6) Estabelece o princípio da **PARTICIPAÇÃO**, que gera estímulo e motivação, cooperação essa que pode ser paulatinamente ampliada para arregimentação global, cooperativismo, provocando apreciável **aumento da produção**, mesmo porque atende a um problema fundamental: interiorização do binômio-médico hospitalar, alavanca central das reformas agrárias.

7) Integra-se com **problemas paralelos** no momento quase insolúveis como o preparo «substancial» de pessoal adequado ao setor e campo de «treinamento racional» do setor universitário. Saúde e Educação como investimentos prioritários na formação da «sociedade industrial humanizada (Galbraith), afastando-se da «estatizada». O homem «criativo» substituindo o homem «automatizado».

8) Por ser um Sistema Misto de Seguridade Social, união do setor público ao setor privado, na Coletividade, estabelece a **democratização, interiorização e integração** dos serviços de saúde, contribuindo preponderantemente para o Desenvolvimento Econômico (auto-sustentado), Paz Social e Segurança Nacional das Nações.

Observação: Ver em anexo os 28 itens propostos no X Congresso Médico-Social Pan-Americano (V. Rev. o Médico Moderno março/69, da qual foram extraídos).

Nova argumentação adicional, comprovando o acêrto dos princípios apregoados pelo PIBS, princípios êstes já assinalados, desde 1965 pela OPAS e RSP, em relatório especial ao afirmar a «semelhança dos problemas médico-hospitalares em tôda América Latina». (Ver Publ. Medicina de Grupo), Editôra Mestre Jou-SP.

CONCLUSÕES DO X CONGRESSO MÉDICO-SOCIAL PAN-AMERICANO, reunido recentemente, a 5 de setembro de 1968, em Assunção, Paraguai, constituído por representantes de **18 países** dêste Continente congregando representantes de 360.000 profissionais sob presidência do Prof. Dr. Dario Isasi Fleitas. — Extrato de publicação da Revista «O Médico Moderno», março, 69, págs. 15/26.

1) ...**Remuneração condizente** com as exigências da formação profissional e responsabilidades sociais do médico...

2) ...**A Segurança Social** representa um anseio de justiça social com «o qual o médico deve identificar-se», contribuindo para a orientação, avaliação e «planificação» dos serviços através dos meios disponíveis à organização gremial»...

3) ...**Criação de planos e «incentivos»** para corrigir a «distribuição geográfica «dos médicos...

4) ...Para desempenhar com plenitude a sua «função social» é necessário que se procure **suprimir os «problemas econômicos»** que freqüentemente afetam a profissão...

5) ...A plenitude da **«personalidade»** do médico sòmente é alcançada se ela está impregnada do profundo **«sentido social»**...

6) ...**É** necessário que o médico viva livre de «problemas econômicos» e sob o amparo de Leis que «assegurem sua **integração**» estável na sociedade à qual pertence...

7) ...**É o médico que se encarrega de fazer** «efetiva a planificação e execução» dos programas de saúde...

8) ...Atenção fundamental aos **«estudos práticos e realistas»** dos problemas médico-sociais de cada país e às medidas comuns mais eficazes para «solução dos problemas»...

9) ...**Intercâmbio** de «idéias e experiências» sôbre os problemas que preocupam os «médicos organizados» do Continente...

10) ...**Crise «moral e ética»** que tem seu «ponto crucial» na angústia econômica de médico...

11) ...Êstes problemas cruciais para a América «que tenta desenvolver-se», requerem uma **«nova perspectiva»** para o médico americano, baseada em um «ordenamento» em relação ao exercício profissional, privado, «em instituições de seguro social», em Ministério de Saúde Pública, «em organizações sanitárias municipais, estaduais, **Faculdades de Medicina** e até mesmo em organizações internacionais», ... com o estabelecimento de «normas de cujo cumprimento surgirá **uma classe médica hierarquizada**, de elevada moral e de ética sólida, recomendando-se uma «sólida união gremial»...

12) ...Mesmo nos sistemas de «seguros estatais» ou sistemas de «seguro médico», a **livre escolha** deve ser uma realidade...

13) ...A «grande transformação» que sofre a sociedade, condicionada pelo **«progresso acelerado»**, ocasiona «uma mudança na fisionomia do médico»... Nos países da América Latina os problemas médico-sociais adquirem maior relêvo pelo subdesenvolvimento e pela dependência econômica, que condicionam uma «renda per capita muito baixa», a fome e a miséria que limitam a capacidade produtiva gerando o conhecido «círculo vicioso», sério obstáculo para o desenvolvimento...

14) ...**Grande maioria da população não tem acesso** «à mais elementar atenção médica, como ocorre nos setores rurais, contrastando com as conquistas mais avançadas da Medicina...

15) ...O médico «tem de aproveitar a **«solidariedade profissional»**, que nasce das realidades, para defender a plenitude de seus direitos, tanto frente a outros setores da sociedade, como frente às «instituições empregadoras»...

16) ...Necessidade de «solidificação» e **«fortalecimento gremial»** do médico latino-americano, para fazer respeitada a sua dignidade humana e profissional...

17) ...Estendendo o «conceito à **livre escolha de grupos**» (pág. 20, linha, 25) ou «equipes médicas», quando as «necessidades técnicas» o exigem...

18) ...A existência de entidades médicas de filiação obrigatória, de gestão **«plenamente democrática»**, «au-

tônomas» e representativas da classe médica como tais...

19) ...Todos os **médicos «rurais»** devem contar com uma «conveniente assessoria»... O Congresso resolveu ainda: que a designação para as zonas rurais seja sempre por pares ou **«grupos de médicos»**, para evitar o «isolamento» profissional...

20) ...Os sistemas de seguro social, etapa superior dos seguros parciais, estão intimamente «ligados com o nível de vida da população» e com a estrutura sócio-econômica do país e representam um anelo de **«justiça social»** com o qual o médico, em sua condição de defensor da saúde, «deve identificar-se plenamente»...

21) ...Por estas razões recomendaram a organização racional de serviços nacionais de saúde «unificados» e obrigatórios, «que **integrem os serviços atualmente existentes»**, nos setores públicos e «privados»...

22) ...Recomendam unânimemente que tais serviços «sejam autônomos e autárquicos, integrados pelas partes diretamente interessadas: **Estado, beneficiários, empregadores** e profissionais **médicos»**...

23) ...Recomenda que os serviços assistênciais dos **«sistemas de pré-pagamento»** se efetuem por intermédio das **entidades «médico gremiais»**, por organismos criados e controlados por estas...

24) ...A distribuição de profissionais é um problema continental, cuja solução «depende de incentivos humanos, científicos e econômicos» que «motivem os médicos no sentido da **descentralização»**...

25) ...Reiterando esforços da III Conferência Mundial de Ensino Médico, recomenda a solução dos problemas de saúde dos povos, pela **«coordenação de recursos»**... Dentro desta concepção as **«Faculdades de Medicina»** cumprem uma função de transcendental importância, preparando o «pessoal capacitado» para resolver os «problemas específicos de cada comunidade»...

26) ...O imperativo da hora atual **«faz urgente uma planificação»** e uma «utilização racional» e ordenada de todos os recursos disponíveis... uma coordenação de propósitos em nível nacional, através da qual as «distintas instituições» participantes «decidam unificar» seus esforços, «ainda que permaneçam mantendo sua individualidade «administrativa» e sua «independência financeira»...

27) ...**Nosso problema mais grave** contudo, é a distribuição dos profissionais...

28) ...A tendência marcante social que «domina a perspectiva» médica na América Latina, «deve ter» **contrapartida** no FORTALECIMENTO DA ATIVIDADE ASSOCIATIVA...

Observação do autor destas notas:

Tôdas as presentes citações e recomendações estão reunidas e fazem parte integrante do Plano (Integrado) Brasileiro de Saúde, que por grande coincidência, era na mesma ocasião (14-8-68 e 12-10-68), apresentado perante a Comissão de Saúde da Câmara Federal (Brasília) e I Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo e Federação Brasileira de Associações de Hospitais (Campinas). Posteriormente sugerido ainda à Escola Superior de Guerra, através do Grupo de Trabalho nº 2 — SP.

Em tempo: Conjuntamente com o referido X Congresso Médico-Social Pan-Americano, desenvolveu-se a IX Assembléia da Confederação Médica Pan-Americana.

ADVERTÊNCIA

Três Mestres e Homens de Estado respondem aos que «vivem» mas não se «adaptam» à atual evolução: transição da «civilização capitalista»; para a «solidarista» em trânsito para a civilização integral».

MINISTRO JARBAS PASSARINHO:

«O verdadeiro desenvolvimento só será obtido quando conseguirmos fazer chegar aos muitos que são pobres, determinados recursos que agora só chegam aos poucos, que são ricos»...
(De publicação da Imprensa Paulista).

PROF. WALTER LESER: (Secretário da Saúde)

«Em São Paulo, estudos mostram que os avanços alcançados no progresso de criação do complexo industrial do Estado, bem como nos campos da produção de energia e transportes ultrapassaram largamente os referentes à Educação e Saúde» ... A seguir: **«Já se fazem sentir** nas atividades diretamente geradoras de riquezas, as deficiências educacionais e sanitárias»... e depois ... «Por êsses motivos o Governador Abreu Sodré colocou a Educação e a Saúde em **posição prioritária** no seu plano de Govêrno»...
(V. «Fôlha de São Paulo», 8-3-69).

MINISTRO HÉLIO BELTRÃO:

«Bons Planos de Govêrno não bastam, nem são capazes de operar, por si, o desenvolvimento. Planos medíocres «podem alcançar» resultados surpreendentes e planos excelentes «podem ter resultados medíocres»...
(V. «Problemas Brasileiros», nº 68, pág. 43).
Do Autor: Confirma-se aqui a «centelha filosófica» de Marcel Proust: às vêzes, «das pequenas coisas surgem as grandes»... Êste foi o **estímulo** que nos impulsionou...

PREVISÕES (Futurologia)

Livro recente do Prof. Jean Bernard — «Reflexões para 1985» —, suplementado pelo economista Fourastié, depois de entrevistadas 350 personalidades do mundo médico, científico e social, traz as seguintes e resumidas **conclusões:** Clínicas semelhantes a Mayo, dos EUA, seriam instalados em **várias cidades**, para erradicação de qualquer doença em estágio inicial. Cérebros eletrônicos decidiriam sôbre a oportunidade ou não de cirurgia, chances de sobrevivência, além de registrar curvas de temperatura, tensão arterial e ritmo respiratório. Decifrariam também eletrocardiogramas e eletroencefalogramas, estabelecendo a natureza da lesão».

A seguir... «O médico em 1985, dividiria com três colegas, **Clínica de Grupo**, uma das 5.000 existentes no país»... (V. «O Pulso», nº 301 em 28-9-68).

Comentários: Exatamente o que propõe o presente planejamento quanto à disseminação de **pequenos grupos médicos** e pluriprofissionais integrados por todo território nacional, hospitais integrados nos bairros das grandes cidades, clínicas especializadas centrais, algumas já operando o contrôle eletrônico.

John Danielson, do Evanston Hospital (Chicago), Presidente da Associação de Hospitais dos EE.UU.: «O hospital do futuro será uma parte de um **sistema regional** que surge como um centro de saúde de **grande alcance**, que proporciona assistência intensa, **constante**, reabilitativa, preventiva e **social a tôdas as categorias** de pessoas!... (V. Rev. Vida Hospitalar, nº 5/6, 1969, pág. 48).

A saúde no Mundo de Amanhã — V. John Anderson, «Tribuna Médica», nº 346, jan. 69, págs. 15/16.
...«Êste (o médico) trabalhará **num centro de saúde** moderno e ao falar com o cliente, está vendo-o ao mesmo tempo pelo telefone com televisão»...

...«O homem dispõe de muito mais tempo, para **dedicar às atividades de grupo** e da família, e em conseqüência disso, as atividades humanas mostram um conteúdo mais rico»...

RESUMO

1 — Com base em longa vivência no Setor Saúde, estudos e pesquisas a que se dedicou, particularmente nos últimos seis anos, a partir do alvorecer da atual Revolução Brasileira, e instado por múltiplas circunstâncias, entre as quais, o sentido evidente da Evolução Social demarcando uma Nova Etapa Social, com profundas transformações de **idéias e fatos**, dando seguimento a novos conceitos ou nova tecnologia, nova tecnocracia e nova tecnosofia, inicia o autor a titulagem de seu Relatório, com a transcrição de diversas «frases-conceitos» procurando demonstrar, já «a priori» a integração dos assuntos a serem abordados. Intenta, por outro lado, estabelecer uma resposta, compondo opiniões e conceitos de mestres técnicos e sábios, **apêlos nacionais e internacionais**, particularmente os realizados desde 1965 em S. Paulo, pelo Exmo. Sr. Ex-Ministro da Saúde, Prof. Raymundo de Brito; no Rio, pelo então Sr. Secretário Geral da OEA, José Mora; e no Vaticano por SS. Papa Paulo VI, êste último instando por reformas urgentes e **inovadoras.**

2 — Apresentando seu trabalho relata sua crença numa Evolução Global dominante em todos os setores sociais e procura justificar que o progresso científico e humanístico não se contrapõem, quando Ciência e Cristianismo caminham lado a lado numa trajetória tendo por via o **«amadurecimento do cérebro humano»** que vem demonstrar, talvez dentro de uma Filosofia Cósmica, ser o homem «criado a imagem e semelhança de seu Criador» (no plano espiritual) igualmente «objeto do melhor investimento econômico» da presente época (no plano material). Haveria assim um **sentido coerente** entre o caminhar da citada Evolução e o desenvolvimento da mente humana, preparando-a para entrar, dentro em pouco, no Nôvo Milênio. A rapidez do processo evolucionista no Setor Saúde vem congregar expressões até então quase totalmente divorciadas. Surgem novas interpretações para os têrmos Saúde, Hospital, Saneamento, Universidade («Universidade Dinâmica Integrada») e até Fôrças Armadas («Nova Classe Produtora») particularmente nos países pobres, com impactos ou desafios que estabelecem obrigações sociais e novos deveres individuais que se resumem na palavra INTEGRAÇÃO. São as alternativas para curto prazo, trazidas pela explosão demográfica que encurta, em tôda a América Latina, um período de meio milênio «para apenas 23 anos». Sobreleva notar nesta «rapidação» o imenso óbice, em que pesem os progressos tecnológicos, do «nôvo preço da saúde», que vem encontrar **completamente despreve**nidas as Coletividades de baixa renda «per capita», como acontece no Brasil e tôda a América Latina. Como premissa, apregoa nesta emergência a Organização Comunitária Integrada.

3 — Analisa a seguir num período de quase dois milênios, a persistência do conceito «mens sana in corpore sano», agora interrelacionando — Saúde, Desenvolvimento Econômico e Segurança Nacional. A partir de afirmação do Apóstolo dos Gentios (67 D. C.) até o atual dirigente do Vaticano, portanto de «Paulo a Paulo», alinha vinte afirmações e conceitos para chegar a conclusão inicial da **«fórmula popular»**, para o Desenvolvimento Econômico: Saúde **coletiva** + Educação **coletiva** = Boa Nutrição + Investimentos + Desenvolvimento Econômico Harmonioso + Paz Social + Segurança Nacional. Fórmula esta, derivada da seguinte composição: «Onde há miséria, não medra a virtude (S. Paulo) e não havendo renda «per capita» suficiente (S. Tomaz de Aquino), surgem as insurreições violentas (McNamara). E também, **a doença gera a** fome e a miséria (Chadwick, Belizário Pena, Miguel Couto), ambas abaixam a «renda per capita», provocam as insurreições violentas, afetando a Paz Social e a **Segurança Nacional** das nações. Chama a atenção, em especial, para os últimos e mais atualizados estudos sôbre a influência da enfermidade (nas crianças) determinando retardamento mental por desnutrição concomitante (Carta de Punta Del Este, Equipe de Pesquizadores do Hospital das Clínicas — SP. — Brasil — Prêmio Pfizer, 1969, publicação recente de livro por equipe chefiada pelo Dr. Stanislau Krynski — SP. Brasil, além das observações de Davison e Dobbing, do Charing Cross Hospital, de Londres), procurando evidenciar assim a importância do **planejamento local integrado**, visto achar-se então a saúde até em posição prioritária sôbre a educação. Tem-se que recuperar a mente infantil ao encaminha-la aos estudos, e o abandono desta conduta determinará, em futuro próximo (explosão demográfica com preponderância juvenil) o aparecimento de um imenso exército agitador na América Latina, confirmando integralmente a advertência do Apóstolo São Paulo. Esta **recuperação sanitária global**, do indivíduo e do meio, seria operada com mobilização imediata de **grupos pluriprofissionais integrados**, como apregoam os técnicos (IV Conferência Nacional de Saúde, X Congresso Médico-Social Pan-Americano), sobretudo nos bairros das grandes metrópoles e ambiente rural, êste quase totalmente abandonado até o presente momento. Tudo mediante planejamento integrado, com recrutamento local, seguindo o saneamento de base (ambiental) ao lado do saneamento individual (prática médica preventiva e curativa concomitantes) **para facilitar a penetração educacional.**

4 — Num capítulo destinado a mostrar o óbvio do «saneamento ao desenvolvimento» e colocando-se em posição otimista, procura advertir sôbre **viabilidade de um rápido progresso** social no Brasil e América Latina, desde que se atenda aos ensinamentos da Evolução Global, e se mobilizem e integrem esforços de forma acelerada citando, neste particular, a nova filosofia do Plano Estratégico de Desenvolvimento (Brasileiro) na explicitação da palavra do Secretário Geral do respectivo Ministério, Sr. João Paulo dos Reis Velloso. Procura-se assim, de maneira fàcilmente compreensível, demonstrar a importância do «intercâmbio interno» e do «auto-sustento» para o aceleramento do crescimento econômico, mais uma vez na evidência de que o «melhor dos investimentos é o realizado no ser humano», e, da imprescindibilidade de rápida recuperação do setor rural, futuro e próximo mercado produtor e consumidor das trocas internas e internacionais. O autor refere-se aqui ao «grande êrro» relatado por Pio XII, com profundas repercussões na **civilização e na cultura**, o chamado «êrro essencial do desenvolvimento», quando se transformou o setor agrícola em simples anexo do industrial. Por isso, pagam elevado tributo particularmente as nações em desenvolvimento como o Brasil que agora, embora tardiamente, tenta de forma resoluta «recuperar o tempo perdido». Ambos os setores devem caminhar paralelamente e integrados. Êste constitue **um dos pontos principais** do projeto de planejamento, a seguir divulgado pelo autor.

5 — Reportando às atuais Perspectivas, Desafios ou Impáctos, resume o expositor o quadro médico-hospitalar de sua Pátria iniciando a sugestão de uma proposta de alívio, já divulgada em publicação anterior (1967) sob o nome Medicina de Grupo — Fato Nôvo, e que veio posteriormente se condensar no presente projeto de planejamento, objeto dêste relatório, com a denominação de Plano Brasileiro Integrado de Saúde e que salienta a importância do Binômio Médico-Hospitalar na presente Evolução Social. Planejamento êste já exposto à Comissão de Saúde da Câmara Federal (14-8-68) à **I Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de S. Paulo** (12-10-68) e sugerido, por

Grupo de Trabalho, à Escola Superior de Guerra do Brasil (1968).

6 — Descrevendo a atual Odisséia Hospitalar, na iniciativa privada, por decorrência do alto custo da saúde em coletividade pobre, obstando as atualizações e re-equipamentos, agravados pelo baixo percentual de ocupação dos leitos, com enorme carência de pessoal adequado, frente ainda aos **novos encargos sociais** dêstes «quartéis generais» do Desenvolvimento Econômico, diante do impacto da explosão demográfica que exigirá, a curto prazo, o dôbro do total de leitos, procura chamar a atenção da Classe Médica, das **Associações Hospitalares**, do Govêrno, da Previdência e da Coletividade, para a inadiável necessidade de compreensão entendimento e união recíprocos, na mobilização geral que deverá enfrentar tais óbices. Para tanto, apregoa a seguir uma **Nova Meta Hospitalar**, com a incorporação voluntária e integração geral de tôda rêde hospitalar existente, de forma a criar-se condições favoráveis a sua subsistência, bem como à criação de novos e pequenos hospitais, equitativamente disseminados por tôda nação, quer nos bairros metropolitanos, quer no interior ou na borda do sertão. Como resultado de suas pesquisas e observações pessoais, traça uma **forma inicial de orientação**, com base nas conceituações expostas, em preceituamentos doutrinários, legais e com apoio estatístico, procurando **concretamente** favorecer a **aplicação prática** e imediata de seus estudos.

7 — Numa introdução, relata algumas das razões de sua composição, conclamando a Classe Médica a organizar-se urgentemente em **grupos de trabalho**, versáteis, estáticos e dinâmicos, juntamente com os hospitais, de vez que sòmente assim estaria agindo dentro do **«ritmo evolucionista atual»** e obtendo condições mínimas de melhoria no trabalho, escapando da retribuição aviltante em que se vê prêsa, face à baixa renda «per capita» da população.

Por artifício suficiente baseado em estudos estatísticos e determinações legais, propõe à sua classe e aos hospitais, uma forma de **fugirem da inelasticidade** de verbas públicas e mesmo das **constantes econômicas internacionais:** 4 a 6% para o Setor e 1% da Renda Nacional para a Classe. Seria a participação do Binômio Médico-Hospitalar em outra verba, **a dos investimentos**, onde por um sistema de justiça social (distributiva) poderiam ser **obtidos financiamentos** e complementações de custo, fora daquelas constantes acima relacionadas. Estariam assim também incrementando o Desenvolvimento Econômico pela disseminação de novos investimentos por todos os recantos nacionais, **sem onus de amortização e juros.** E tudo poderia ser realizado sem o mínimo deslize ao Código Deontológico da Classe, desde que ela mesma se dispuzesse a organizar-se, dentro de todos os padrões morais, constituindo os grupos comunitários integrados na moderna prática da Medicina de Grupo, **democratizando e interiorizando** a Medicina.

8 — Alinha a seguir sob o título: Falam os Mestres, os Técnicos e o Sábio, uma série de afirmações de personalidades, do mais elevado gabarito, citando as fontes, e em abono das idéias que preconiza, atingindo doutrinàriamente a cosmogênese de Teilhard de Chardin, em grande evidência nos dias de hoje, quando predissera aquêle sábio a evolução da humanidade no sentido da INTEGRAÇÃO. Virá uma integração ou desintegração na passagem do nôvo milênio?

9 — Entra a seguir na interpretação da **dinâmica de grupos**, como a imagina, adaptada ao Setor Saúde, conduzida pela «idéia fundamental» da Medicina de Grupo, com livre escolha total (em nôvo conceito, confirmado recentemente no X Congresso Médico-Social Pan-Americano, em Assunção, Paraguay) mediante racionalização do trabalho, centralização normativa e descentralização executiva, concomitância de serviço preventivo e curativo simultâneamente estatístico e dinâmico (Operação Rondon e Caravanas Pluriprofissionais), integrada à Universidade e todos os setores sociais públicos e privados. Aponta sua inadiável implantação (já parcialmente executada por alguns setores públicos e privados) **convidando a Classe e os Hospitais** a encontrarem uma «unidade dentro da variedade», resposta ao conselho da Encíclica **Pace in Terris** sôbre a necessidade de disseminação de grande número de organizações, intermediárias entre o individualismo e o estatismo, para «conseguirem aquilo que o indivíduo por si só não pode atingir» (nº 24). Seriam as **incrementadoras do intercâmbio interno** tão necessário ao rápido crescimento econômico nacional. Apresenta a citação de Rubens Vaz da Costa, na OEA, onde se demonstra estar o Brasil em primeiro lugar na escala mundial em explosão demográfica (apenas 23 anos para dobrar a população). Daí a exigência de medidas **urgentes e inovadoras** (Paulo VI).

10 — Transcreve a seguir o «Manifesto de Brasília», doze considerandos que elaborou em justificação e que apresentou à Comissão de Saúde da Câmara Federal, condensando todo arrazoado do projeto de planejamento, apresentado conjuntamente com organograma e esquema global de aplicação. Considerações publicadas na Revista Hospital de Hoje, nº 37, 1968, sob o título «Plano Brasileiro de Saúde» — Binômio Médico-Hospitalar. Pelo gráfico esclarecedor da **integração geral** de todos os setores, verifica-se sua distribuição básica em 3 elementos de ordem: as **metrópoles** (capitais de Estado), o **interior** (cidades intermediárias) e **sertão**, estando todo Sistema intimamente integrado, inclusive com as Universidades agora em sua nova conceituação (Universidade Dinâmica e Integrada) que propicia um **aproveitamento precoce** da mão-de-obra, em ambientes desprovidos (Operação Rondon, **Campus** avançados, Caravanas Pluriprofissionais etc). Relaciona em seguida, como prevê o financiamento de todo Sistema: Até 20% da população, na sua cúpula, ou parte de maior renda, em sistema de **mutualidade** (comprovação estatística), financiando a rêde hospitalar por meio de duas verbas (jóia e mensalidades) em troca de serviços médico-hospitalares, **sem ônus de amortizações** e juros nestes investimentos. Restante de 80%, na Previdência Social (federal, estadual, municipal) em convênios com o binômio médico-hospitalar (capital, interior e sertão) preservando o remanescente mínimo atual do percentual de clínica privada (3 a 5%); como seria distribuída a clientela (acesso de todos os médicos a tôdas as faixas da população) e a Legislação Revolucionária correspondente, tanto para a Previdência Social (Dec. nº 66) quanto para a iniciativa privada (Dec. nº 73).

11 — Resume, em oito itens, a argumentação favorável **à extensão do mesmo Sistema Integrado a tôda América Latina**, com base nas conclusões técnicas já conhecidas da «semelhança dos problemas sanitários em todo Continente Centro e Sul Americano». Com as adaptações lógicas determinadas pelas situações de cada país, o esquema global dêste Planejamento Integrado poderia servir aos vários países em situações sanitárias semelhantes.

12 — Completando seus estudos, apresenta os 28 itens que extraiu de publicação recente (Rev. O Médico Moderno, março-69, págs. 15/26) relacionados a afirmações, declarações e anseios levantados no X Congresso Médico Social Pan-Americano, realizado em Assunção, Paraguai, set. de 1968 e que **coincidem** integralmente com as idéias compostas no **projeto de planejamento**, objeto do presente Relatório. Confirma-se desta forma que os desejos dos 360.000 médicos representados naquele Conclave, são com tôda probabilidade, os mesmos dos 40.000 médicos brasileiros, **quando se tornem cientes**, todos êles, da existência, natureza e finalidade **das idéias condensadas** neste Plano Integrado Brasileiro de Saúde, inteiramente versátil com aplicações práticas já em curso no Brasil (Op. Rondon, Universidade Dinâmica, Grupos iniciais no aguardo de aperfeiçoamento etc).

13 — Concluindo, o autor cita três manifestações de mestres e homens de Estado brasileiros, com relação às idéias propostas; alguns dizeres sôbre futurologia no Setor Saúde, presentindo, nos Centros Médico-Hospitalares do futuro, o uso cada vez mais crescente da Eletrônica e Cibernética, pelo que se põe em evidência a implantação progressiva do **trabalho associado** ou da **Associativização** da Medicina. Preferimos o têrmo associativização que melhor se adapta ao sentido de «trabalho associado», nas sugestões dêste planejamento. Enquanto «socialização» sugere «contrôle Estatal» (V. Prof. Cesarino Jr., Medicina de Grupo, pág. 123), a nova expressão traduz melhor o anseio de independência, autocontrôle e democratização apregoados por êste PIBS. Esta associativização vem **suavizar** ainda, a crescente tendência nacional e internacional da **imperiosa** intervenção Estatal, no campo da Saúde. Ela permite colocar «de igual para igual», mediante convênios adequados, o binômio médico-hospitalar e o Poder Público, ambos conscientes da verdadeira situação a enfrentar. Aflora-se assim, a decorrência de uma **linha evolucionista**, em que se sucede nos tempos, a Medicina Liberal, a Social e a Integral.

14 — O projeto exposto neste Relatório já foi apresentado à Comissão de Saúde da Câmara Federal, Brasília, em seção especial a 14-8-68; também à I^{a} Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo (12-10-68) e sugerido, no mesmo ano, à Escola Superior de Guerra, pelo grupo paulista de trabalho de n° 2. Finalmente, dois ofícios, aqui transcritos, um da Secretaria de Saúde do Estado de S. Paulo, outro do Ministério de Saúde do Brasil, notificam o interêsse com que está sendo aceito e estudado êste projeto de planejamento (PIBS) por parte dos respectivos técnicos.

Secretaria da Saúde: Of. GS-1123/69 (2-5-69).

Devidamente despachado pelo Senhor Governador, veio ter às minhas mãos, um exemplar da revista «Hospital de Hoje», oferecido por Vossa Senhoria a Sua Excelência, publicando às páginas 15/20, o magnífico trabalho de sua lavra, intitulado «PLANO BRASILEIRO DE SAÚDE - BINÔMIO MÉDICO-HOSPITALAR». Conforme determinação do senhor Governador, tomei ciência do referido trabalho, cabendo-me esclarecer ter sido êle devidamente apreciado não só por mim, mas também pelos técnicos que estudam a situação atual e as perspectivas futuras no campo da saúde.
Valho-me do ensejo para reiterar-lhe os meus protestos de estima e distinta consideração.

Walter Leser — Secretário de Estado

Ministério da Saúde: No momento da revisão final dêste Relatório, o autor acaba de receber, o ofício n° 109/69 (22-7-69) do Sr. Supervisor Geral de Saúde Individual:
«Acusando recebimento da correspondência 025.561 de 2-6-69, endereçada ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República e encaminhada a esta Supervisão, informo que o Plano Nacional de Saúde, em sua etapa inicial de experimentação, vem obedecendo a um planejamento pré-estabelecido, **o que não impede**, entretanto, seja devidamente apreciada a sugestão de V. S^{a}, **numa segunda** fase dos trabalhos de implantação.»
Na oportunidade, reitero a V. S^{a}, meus protestos de elevada estima e consideração, Fernando Guedes Corrêa Gondim, Supervisor Geral de Saúde Individual.
Obs. do autor: O ofício resulta de oferecimento de nossos trabalhos ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República, que nos enviou telegrama de agradecimento e notícias de seu encaminhamento.

REFERÊNCIAS SÔBRE A PUBLICAÇAO MEDICINA DE GRUPO (1967)

Publicação: Medicina de Grupo — Fato Nôvo — Editôra Mestre-Jou, Rua Martins Fontes, 99 — S. Paulo. Rua Senador Dantas, 19 — Rio.

Prof. Walter Leser (Secretário da Saúde do Estado de São Paulo (Ofício em 26-12-67): ...«Felicito Vossa Senhoria pela magnífica obra, de grande alcance para o setor médico-hospitalar brasileiro».

Prof. Afiz Sadi (Clínica Urológica da Escola Paulista de Medicina) ...«Seu livro é brilhante, autêntico, documentado, acho mesmo que os podêres públicos especializados deveriam lê-lo (carta).

Prof. Edmundo Vasconcelos (Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo): ...«Excelente livro que li com muito prazer e grande proveito. Meus parabens pela excelente focalização do problema» (Carta).

Prof. José Reis: ...«O livro analisa o problema e, para fazer essa análise, apresenta uma série de dados estatísticos de grande relevância. Vale a pena ler e meditar» («Fôlha de S. Paulo», 14-2-68).

Prof. Ruy de Almeida Barbosa (Faculdade de Direito de Campinas — Deputado Federal): ...«Nesse magnífico Ensaio é apontado no que diz respeito a uma das exigências fundamentais do homem — a saúde — o verdadeiro caminho para a **conciliação entre duas** concepções filosóficas conflitantes em quase todos os países, e de cujos efeitos não se escusa o nosso. À margem do aspecto restrito ao campo da Medicina, há muito que aprender em sua obra. Ela insere lições e proclama princípios capazes de resolver a delicada questão social de nossos dias» (Carta).

Prof. Herculano Pires: ...«Para que o leitor tenha uma idéia da razão de ser dêste livro, convém repetir alguns de seus dados. Temos atualmente no Brasil 40.000 médicos e precisamos de 80.000. Temos 2.850 hospitais e precisamos dobrar o número em 20 anos. Não há recursos oficiais, nem **condições populares para a manutenção**, em **condições profissionais dignas**, do número atual de médicos. Como se vê, Medicina de Grupo, é um livro que precisamos ler urgentemente, todos nós» («Diário de S. Paulo», 17-1-68).

Ministro Jarbas Passarinho: «Cumprimentando-o pela excelente composição agradeço sensibilizado remessa exemplar Medicina de Grupo» (Telegrama).

Deputado Federal Breno da Silveira (Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Federal) ...«Tendo em vista o magnífico trabalho desenvolvido por Vossa Senhoria sôbre Medicina de Grupo, esta Comissão decidiu convidá-lo para uma palestra, oportunidade em que poderão ser debatidos os problemas ligados à saúde e a Classe Médica, com vistas ao Plano Nacional de Saúde» (Ofício em 27-6-68).

Observação: comparecemos a Sessão Especial, realizada no dia 14-8-68, das 15 às 18 horas conforme consta dos anais daquela Comissão.

Prof. Deputado Federal Antonio Geraldo Guedes (Bancada Pernambucana): Discurso no plenário geral da Câmara dos Deputados (V. Diário do Congresso Nacional, Seção I, terça-feira, 12-3-68) e comunicação da requisição da obra, por parte do Sr. Presidente da Câmara, para a biblioteca daquele legislativo.

Escola Superior de Guerra — Associação dos Diplomados — Delegacia de São Paulo, Grupo n° 2 — «Trabalho de Grupo» — Equipe: Dr. Wilson Fry, Dr. Miguel Centola, Major Ivan Marinho, Prof. Afiz Sadi, Dr. Marcílio da Silva Proa, Dna. Zulmira de Barros, Dra. Gilda A. V. Schmeling, Dr. Alexandre Zuanella, Dr. Miguel Chamma Netto, Dr. Haroldo Taranto Reis e Eng. Nelson Luiz Tarricone: V. Conclusões, pág. 19: letra f) «No Brasil poderia ser tentado um plano baseado nos estudos do Dr. Fairbanks Barbosa, no qual participam o Estado, as Empresas, as Organizações Religiosas, e a parcela mais aquinhoada do povo». **Obs. do**

Autor: com integração de todos os setores sociais e abrangendo a totalidade da população, sem qualquer exceção, mobilizando tôda Classe Médica Nacional em grupos autônomos de trabalho. No referido relatório foi examinado, em síntese, o esquema geral do planejamento citado, além de outros problemas relacionados ao Setor Saúde.

Centro Acadêmico Adolfo Lutz, Fac. Med. Un. Campinas: «A Diretoria dêste Centro vem agradecer a V. Sª a doação do exemplar de sua obra «Medicina de Grupo», feita à nossa biblioteca e que vem enriquecer o nosso patrimônio bem como **contribuir de forma inestimável** à formação profissional dos associados dêste Centro Acadêmico. (Of. nº 1/68 — Vicente Augusto de Carvalho, Presidente; José Roberto Colombo, 1º Secretário).

Obs. do autor: Pretendemos agora, enviar o presente relatório a todos os Centros Acadêmicos de tôdas as Faculdades de Medicina.

SUMMARY

After 50 years of personal experience in medicine, in various environements (urban, hinterland, backwoods), in the public sector as well as in the private, and after 6 years of studying and research as Clinical Director of the «Hospital e Maternidade São Luiz», in São Paulo, with a limited number of mutuaries for the last 4 years, the author presents now an «integrated planning project» encompassing the whole of the community. In 1967 he wrote a book, «Medicina de Grupo — Fato Novo» (Group Medicine — A New Fact), and now this «Plano Integrado Brasileiro de Saúde» — PIBS (Brazilian Integrated Plan of Health), ment to respond to afflictive appeals of Latin-American nations, chiefly in the present decade. And he purposes to suggest it to improve the present «Plano Nacional de Saúde e Previdência Social» (National Plan of Health and Social Security) of his country. He claims for an intimate cooperation of the medical class, gathered in groups of integrated work scattered throughout the country, with a new concept of free choice in medical and hospitalization matters, working together with hospital managements and Social Security Service, in an unitary mobilization with all the sectors, both public or private. It is an eclectic system of insurance. It would be the definitive and organized implantation of Group Medicine (group dynamics), democraticly established by private iniciative in intimate collaboration with public power. PIBS would operate in the three basic environements: urban, hinterland and backwoods. Since the amounts allocated on Health Sector by an international standard, are limited in an unelastic form (4% to 6% to the sector with only 1% to the physicians) difficulting, in general, the scientific and thecnologic evolution for both physicians and hospitals. In poor countries, everything is depending on the national revenues and Economic Growth, what causes the lack of 50% of the necessary assistance to the population, mainly on rural environements and in slum districts of big cities. The author intends, in the planning, gathering opinions from experts, technicians and scholars, including practical observation of his own, to propose a total solution for the problems.

For the medical class he suggests its congregation in integrated groups of work, pluriprofessional groups, association of prophylactic and therapeutic services, static and itinerant, according to the possibilities of regional mobilizations. The plan also suggests a form of participation of the professional in investiments; this would mean another source of funds allocated to the Health Sector. It would come out of investiment money. For hospitals, its integration with the medical class represents reequipments and new constructions with funds provided by mutuaries belonging to top social classes, with no dependance of public iniciative.

The funds would be gathered by private enterprise in form of «financing without charge of repayment and interests». There would be also excess of beds for agreements with Social Security.

There are already brazilian laws about the subject (Decretos Lei, numbers 66, 73 and others). Preferring the denomination «associativation» of medicine, the author proposes this project, in autonomous organization, with self-control and self-management, according to all ethical precepts of the medical class, in a democratization and expansion of assistence, bringing all over the coutry medical and hospital care. This would be attained by the use of adequate principles of centralization or normative standardization and executive decentralization.

It should be mentioned that ideas spoused by the author in the last few years are partly adopted in Brazil by enterprises as: «Operação Rondon» (periodic caravans of students of all fields to the backwoods bringing all kinds of assistence), medical caravans (Aragarças), Social Civic Actions (Campinas, Amparo), Hospital of Indian Group (Bananal) and New Integrated Health Units (based in a new conception, they are already in construction in the states of São Paulo and Amazonas).

All these facts are awaiting for integration, total organization, development and rapid dinamization, all of what should be done according to the phylosophical principles professed by the author, expressed by the author, expressed by his use of the therm «Evolution» and by his Christian moral.

For Latin-American countries with similar sanitary problems, he suggests the employement of same methods, once made adequate adaptation, that would be also the sanitary basic requirements for agrarian reestructurations.

PIBS offers an alternative to physicians, besides statization and professional socialization; the plan shows also the importance of the Health Sector as a priority factor on battle against underdevelopment; asks for savings, more internal interchange. Proclams the Social Justice, since proposes the possibility or **all physicians** assist to **all strata of society**, in a system of free-choice based on their voluntary contribution of small part of the population, 20% of the highest economic pattern, with consequent excess of beds that would be put at service of Social Security, without overcharging public expenditures.

Not beeing scholar or thecnician, yet helped by them, by his personal experience as a link in four successive generations of physicians, and by trying to arrive at a «snap-shot» of one face of social evolution, the author appeals to everybody's cooperation to divulge quickly this project of planning, since there is very short time for the poor countries to efficiently organize their Health Institutions. The only means to concretize this aim is the «Integrated Comunity Organization».

The project has beem presented to the Health Commeettee of the Brazilian Parliament in a special session on August 14, 1968. It was also presented at the 1st Convention of the Hospital Association of the State of São Paulo (november 12, 1968), and suggested, in the same year, to the «Escola Superior de Guerra», by the work group number 2 of São Paulo.

Finally two official letters — in Portuguese in the article — one from Health Secretary of the state of São Paulo and another from brazilian Health Ministery, notifies the attention deserved by the PIBS from the technicians.

CICLO DINAMICO DA SAÚDE COLETIVA

DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

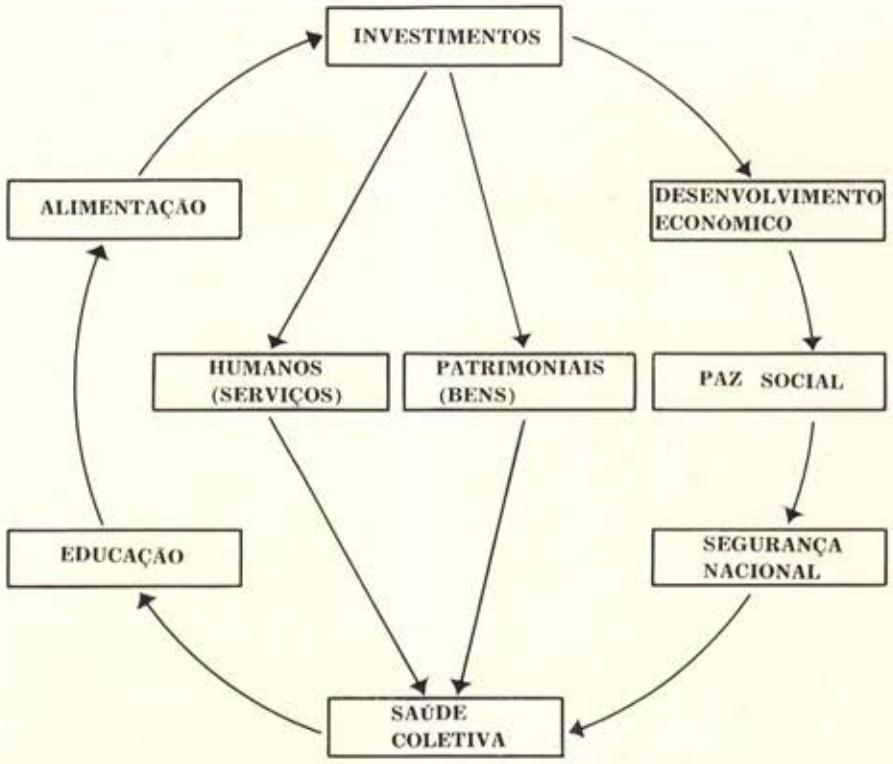
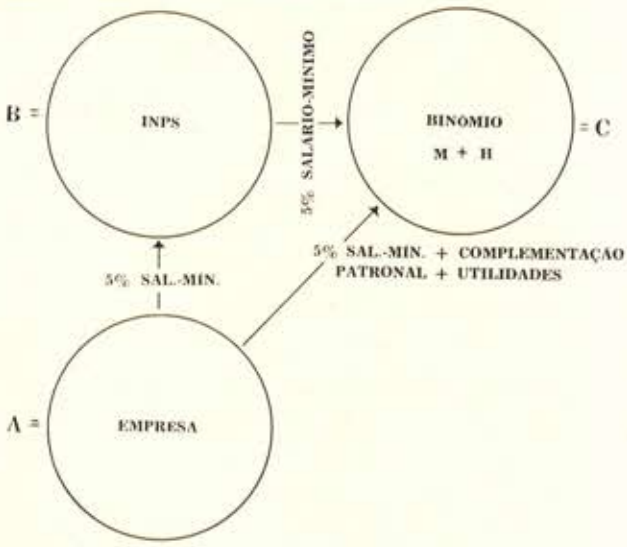


Gráfico do PIBS — Elaboração: Renato F. Barbosa

Resposta ao Ciclo Econômico da Doença (Horwitz)



Convênios do I N P S

Gráfico do PIBS

ABC = Convênio indireto (25%—?)
AC = Convênio direto (75%—?)

Leitos-dias para o Hospital

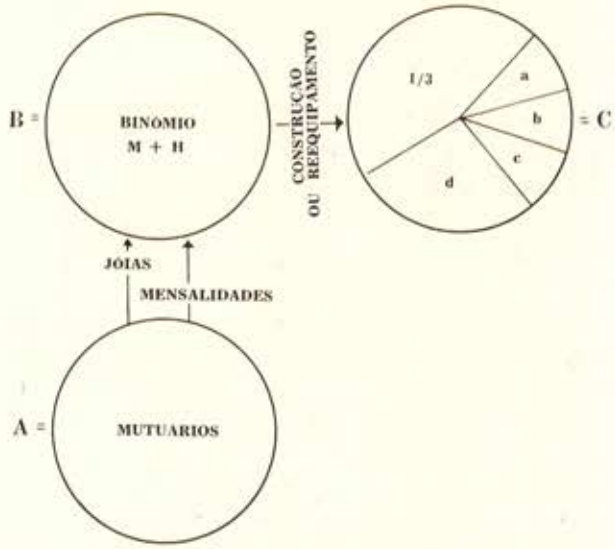
Unidades de serviços para os Médicos

Obs.: Complementação patronal, elástica, fora da verba inelástica do Setor Saúde.

Utilidades = uso de consultórios, aparelhagens, auxiliares, etc, **sem despesa pessoal.**

Descentralização para o INPS com alívio de encargos.

Decreto-lei nº 66



Financiamento e Ocupação de Leitos

Gráfico do PIBS — Mutualidade

⅓ = mutuários
⅔ = a) clínica particular
b) convênio municipal
c) convênio estadual
d) convênio INPS

A = comunidade mutuária
B = binômio médico-hospitalar
C = hospital (patrimônio)

Unidades de serviços para os Médicos + Utilidades.

Obs.: Financiamento global do hospital com ocupação de 1/3 de leitos, sobrando, em troca de serviços, 2/3 para o Binômio Médico-Hospitalar (sem amortizações e juros). Unidades de serviços para os médicos e leitos-dias para os hospitais.

Decreto-lei nº 73