

1. *Introdução;*
2. *A modernização tecnológica na saúde: interesses de grupos econômicos;*
3. *A modernização tecnológica na saúde e a mobilização dos médicos*
4. *Posição tecnicista da saúde: o complexo médico-industrial internacionalizante;*
5. *Defesa da tecnologia nacional: medicina liberal;*
6. *Tecnologias alternativas: medicina coletiva;*
7. *À guisa de considerações finais.*

*Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos**

Lili K. Kawamura

Doutora em sociologia pela USP; professora no Departamento de Fundamentos Sociais e Jurídicos da Administração na EAESP/FGV.

1. INTRODUÇÃO

Contradições sociais acentuadas pela incorporação de tecnologias nos vários níveis de nossa realidade social levam-nos a repensar não apenas as condições econômicas e políticas em que ocorrem, mas também as posições ideológicas que sustentam ou questionam essas contradições.

Entendemos que o atual modelo tecnológico no Brasil fundamenta-se em interesses de grupos e classes sociais dominantes que, através dos meios institucionais de elaboração e difusão ideológicas, procuraram consolidar posições de defesa da modernização da sociedade via inovações tecnológicas.

O avanço da tecnologia moderna nas áreas sociais segue a mesma lógica do capital nas áreas econômicas, isto é, a da lucratividade. Em particular, a área da saúde tornou-se altamente lucrativa, considerando-se as políticas específicas de proteção às empresas privadas pelo Estado, a elevada incidência de doenças e o predomínio da medicina científica (alopática), tanto na prática quanto na formação médica. A alta tecnologia na saúde acompanhou a expansão das indústrias químico-farmacêuticas e de aparelhos e equipamentos médicos de capital estrangeiro no País, a crescente instalação de hospitais e empresas médicas complexas (estas favorecidas pelo sistema de convênios instituído pelo Governo, a partir de 1966), e a ênfase na formação de especialistas pelas escolas de medicina.

Se o avanço tecnológico trouxe uma enorme contribuição ao homem, colocando-lhe várias possibilidades de controle de suas doenças, contribuiu, contraditoriamente, para o aumento do sofrimento humano por problemas de saúde. Podemos aqui enunciar algumas dessas situações. O acesso aos recursos da moderna tecnologia em saúde é, porém, restrito a minorias privilegiadas na estrutura social, ficando, assim, a grande maioria da população fora dos benefícios por eles possibilitados. Além disso, tecnologias médicas podem causar problemas de saúde, como as técnicas ditas invasivas e o uso abusivo de drogas (antibióticos, calmantes, etc.).

De modo geral, tecnologias sofisticadas no processo de trabalho, no lazer, na produção de alimentos têm acentuado, e até mesmo causado, doenças mentais, nervosas, pulmonares, cardíacas, alérgicas, cancerígenas e outras. Por sua vez, tecnologias específicas na área médica são produzidas com o fim de solucionar tais doenças. Maquiavelicamente, parece haver até uma coincidência programada!

Contudo, a modernização na área da saúde via incorporação de tecnologias não se processa deterministicamente. Há sujeitos históricos responsáveis que, em diferentes instâncias decisórias de poder, participam na orientação do modelo de saúde. Particularmente, a categoria profissional do médico assumiu considerável papel nesse processo, enquanto legítimo portador do conhecimento médico, posição que lhe foi historicamente outorgada pela sociedade. Articulam-se nessa profissão o saber curar e o poder de curar. Claro está que o poder do saber médico depende do modo de sua inserção nas relações de poder na sociedade. Assim, se na categoria médica, de um lado, há os que "sabem mas não podem", de outro, há os que "sabem e podem demais". Temos observado, desde os primórdios da organização da saúde no país, a participação de médicos nas decisões, em diferentes instâncias para a definição de políticas de saúde. Além disso, a operacionalização das políticas depende da prática profissional do médico, enquanto mediador entre as decisões tomadas e o doente. Evidentemente, essa prática médica está relativizada pela prática política de grupos e classes sociais, no tocante à área.

A partir do final dos anos 70, a articulação do chamado movimento de renovação médica, ao questionar as

condições de trabalho médico e as políticas de saúde, mobilizou considerável parcela da categoria profissional no debate das questões de saúde no âmbito das entidades associativas da profissão. O movimento dos médicos incorporou grande parte do discurso crítico na área acadêmica e de grupos e centros de estudos. Incluindo-se as associações representantes de empresas médicas e de hospitais ao lado de associações sindicais e civis dos médicos, podemos apreender posições diferentes, às vezes antagônicas, em relação à organização da saúde, particularmente nas questões relativas a tecnologia e saúde.

Nesta exposição, procuraremos analisar diferentes posições dos médicos, apreendidas coletivamente, a partir das entidades associativas, em face da modernização da área da saúde através da incorporação de tecnologias sofisticadas na prática médica. Para tanto, recorreremos a manifestações coletivas da categoria, através de seus representantes, em suas publicações periódicas, em jornais de São Paulo e Rio de Janeiro, além de entrevistas com algumas das lideranças de entidades médicas. O presente estudo esteve centrado nas entidades associativas localizadas nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro. Cabe esclarecer que nessas regiões se concentram as empresas médicas, as indústrias e laboratórios farmacêuticos, as indústrias de equipamentos médicos, os hospitais, os médicos e as escolas de medicina. Além disso, a mobilização dos médicos teve seu dinamismo destacado nessas regiões, especialmente no Rio de Janeiro.

2. A MODERNIZAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE: INTERESSES DE GRUPOS ECONÔMICOS

A noção de tecnologia enquanto maneira de realizar coisas, de transformar a matéria encontrada na natureza para atender aos objetivos do homem, é tão velha quanto a humanidade. Nesse sentido, esteve freqüentemente associada à idéia de um complemento auxiliar da natureza humana. Contudo, historicamente, os homens passaram a sofisticar suas relações sociais, contando com a sofisticação da tecnologia produzida por eles mesmos. Numa sociedade, onde as relações sociais são organizadas fundamentalmente sob o parâmetro do lucro, a tecnologia tende a se incorporar no processo produtivo para atender a esse requisito, como todas as demais forças produtivas.

Na medida em que a tecnologia, enquanto força produtiva, se amolda aos interesses de grupos sociais que a controlam, podemos afirmar a sua não-neutralidade. Dessa maneira, ela docilmente se expande e se torna complexa na direção que lhe é condicionada por aqueles interesses. A perspectiva para a tecnologia, como instrumento de poder, depende assim das metas e dos interesses sociais, econômicos e políticos dos seus detentores, seja no âmbito das relações internacionais, seja no das relações de classes internamente a cada país.

Na etapa monopolista, quando todos os recursos, de uma forma ou de outra, são utilizados para a acumula-

ção do capital, áreas de atividades antes consideradas fora do processo produtivo, ideologicamente voltadas para a realização do bem-estar do ser humano, passam a crescentemente inserir-se, de modo estreito, na dinâmica das relações capitalistas. É o caso da saúde, educação, artes, etc.

Indo ao encontro dos interesses monopolistas em abarcar áreas sociais rentáveis, a medicina segue um movimento que favorece sua inserção, ao menos em parte, no complexo industrial. “A cientificação da medicina”, com as pesquisas microbiológicas do século passado, as pesquisas dos remédios e a preocupação com o estudo do corpo humano em diferentes órgãos articulados, mas passíveis de estudo isoladamente, desenvolveu significativamente as ciências da doença. No pós-guerra, a denominada medicina científica adquire uma clara supremacia sobre as demais formas médicas. Nos Estados Unidos esse processo se dá a partir do *Relatório Flexner*,¹ cujas sugestões foram adotadas pelo Governo, que passou a discutir o ensino da medicina com base nos padrões da “medicina científica” (alopatia) em detrimento da homeopatia, cujo desenvolvimento já era grande na época. Conforme trabalho de Braga e Góes de Paula,² a “partir daí, os serviços de saúde passam a dispor de métodos, técnicas, instrumentos e matérias-primas que permitiam-na controlar e vencer uma série de males até então passíveis de tratamento; (...)” Esse processo desencadeou transformações em outras áreas do mundo, em que se estabelecia a vigência legítima da medicina científica ou alopática. Como afirmam ainda aqueles estudiosos, “esta transformação — iniciada, ou pelo menos reforçada pela constituição da moderna indústria farmacêutica — estimulava o crescimento de diversas indústrias correlatas, produtoras de equipamentos, instrumentos, materiais, medicamentos, etc. Ao mesmo tempo, expandia-se o sistema de formação de recursos humanos diferenciados, e desenvolviam-se inúmeras pesquisas científicas e tecnológicas. No centro do sistema, estava o hospital.”³

No Brasil, reproduziu-se o mesmo modelo de saúde, evidentemente com as especificidades próprias de país dependente no contexto mundial do capitalismo. Aqui, a incidência de doenças endêmicas, epidêmicas e parasitárias ainda é elevada, principalmente nas populações pobres; destacam-se a mortalidade e a morbidade por desnutrição, e as doenças mentais e degenerativas tendem a crescer, principalmente naquelas camadas sociais.⁴

Nesse contexto, a incorporação de novas tecnologias,⁵ alienadas dos reais problemas de saúde no país, tende a acentuar as contradições que já emanam das próprias formas de organização da assistência na área.

O atual modelo de saúde no Brasil em termos do desenvolvimento do complexo médico-industrial,⁶ centrado na organização hospitalar e nas empresas médicas, além de privilegiado pelas políticas de saúde adotadas especialmente a partir de 1964 — no sentido da privatização da assistência médica no país⁷ — favorece a crescente incorporação de tecnologias médicas complexas, oriundas dos países centrais.

A base da introdução de inovações tecnológicas no país está tanto no poder da indústria farmacêutica, das indústrias de equipamentos e aparelhos, sob o controle de capitais estrangeiros, quanto na prática das empresas médicas e hospitalares. Por sua vez, o próprio aparelho formador dos profissionais da saúde estrutura-se de acordo com os padrões norte-americanos de ensino médico, identificando a medicina com a utilização das avançadas técnicas baseadas em aparelhos, equipamentos e produtos químicos e farmacêuticos continuamente lançados no mercado. É significativa a afirmação de um médico militante, em artigo no jornal da Associação Paulista de Medicina:⁸ “... a ênfase na tecnologia de equipamentos, o abuso da farmacoterapia e a prática da assistência médica hospitalocêntrica e altamente especializada têm sua origem nas escolas de medicina”. Vem de acordo com essa avaliação a posição do vice-presidente da Associação Médica Brasileira,⁹ no sentido de que o ensino médico se resume num sistema de importação de técnicas e conhecimentos pelas faculdades e o repasse em “pacotes” para os alunos.

A modernização tecnológica na saúde atende fundamentalmente aos interesses das indústrias de capital estrangeiro, particularmente a químico-farmacêutica e a de aparelhos e equipamentos médicos, aos interesses das empresas médicas, principalmente a medicina de grupo, e aos interesses das organizações hospitalares. Como ficam os interesses dos demais setores da sociedade?

O problema não se coloca aos que podem pagar os elevados preços do uso dos recursos tecnológicos avançados, mas sim àqueles privados do acesso aos mesmos, ou prejudicados em seu trabalho na área da saúde, como se coloca considerável parcela dos médicos assalariados.

O questionamento do modelo tecnológico na saúde pode levar a posições diferentes quanto à abordagem da saúde, as quais refletem a gama variada de interesses de grupos e classes sociais. A ênfase na defesa da corporação médica, por exemplo, tende a propor formas de organização da saúde e da tecnologia adequadas estritamente a defender (ou recuperar) os privilégios que historicamente acompanharam a profissão. Por sua vez, a saúde, entendida na perspectiva das classes pobres, poderá até levar ao questionamento da própria competência profissional, enquanto saber e poder.

Com isso queremos dizer que o posicionamento em face da questão tecnológica na saúde está estreitamente conectado à defesa dos interesses de grupos e classes sociais determinados.

3. A MODERNIZAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE E A MOBILIZAÇÃO DOS MÉDICOS

Como as demais profissões de nível superior historicamente prestigiadas, os médicos procuraram associar-se tendo em vista a defesa imediata dos seus interesses corporativos, outrora ameaçados pelos leigos “curandeiros” e “boticários”. De início, organiza-

ram-se em associações de caráter civil, para debater temas de saúde, problemas de regulamentação e fiscalização da profissão, festas de confraternização e outras reuniões sociais. Houve apenas uma melhor organização das atividades, com a instalação dos sindicatos e dos conselhos regionais e nacional dos médicos. Tanto o sindicato quanto o conselho foram regulamentados a partir do estado, nos anos 30, tendo permanecido até o final dos anos 70 como órgãos controlados por profissionais liberais, médicos em cargos elevados na administração pública e médicos empresários. Dedicavam-se à promoção de cursos técnico-científicos, comemoração de datas cívicas, posses de autoridades médicas em cargos destacados no governo, além de certos serviços assistenciais e recreativos. Em particular, os conselhos regionais e federal restringiam-se a aplicar estritamente o código de ética e a fiscalizar sua aplicação no exercício profissional dos médicos.

Tanto a expansão das especializações quanto o crescimento dos hospitais e das empresas médicas promoveram articulações de novas associações civis de especialistas e de empresários da medicina. São ilustrativas as inúmeras associações médicas especializadas, a Associação dos Hospitais e a Associação de Medicina de Grupo.

Mudanças na área de saúde com a crescente organização do complexo médico-industrial, a partir dos anos 70, transformaram as condições de trabalho da maioria dos profissionais da categoria. De liberais passaram a assalariados dos hospitais e empresas médicas. De profissionais que controlavam seu local de trabalho, horários e honorários, passaram a exercer trabalhos segmentados e em muitos casos rotineiros. De clínicos gerais transformaram-se em técnicos de aparelhos e equipamentos complexos dos hospitais, laboratórios e empresas médicas, muitas vezes em funções rotineiras, percebendo baixa remuneração e exercendo atividades em várias empresas e em diversos turnos diários. Enfim, os médicos assalariados tendem à proletarização.

Sob a denominação de Renovação Médica, desencadeou-se, a partir de fins dos anos 70, um amplo movimento médico, o qual passou a se consolidar através do controle das entidades sindicais, de considerável parte das associações civis (inclusive a Associação Médica Brasileira) e de alguns conselhos regionais significativos como os de São Paulo e Rio de Janeiro. Paralelamente, membros do movimento criam novas associações restritas ao âmbito de grandes hospitais (Associação dos Médicos do Hospital das Clínicas, Associação dos Médicos do Hospital do Servidor Público, etc.) e de áreas de prática médica como a Associação dos Médicos Sanitaristas e a Associação dos Médicos Residentes.

Com o avanço da mobilização dos médicos nos anos 80, com sua articulação em termos de greves, protestos coletivos, passeatas e apoio às greves de outras categorias profissionais, inclusive operários, começam a se estruturar posições diferentes e até mesmo antagônicas, no contexto das entidades associativas da categoria profissional. Embora a mobilização dos médicos esteja cen-

trada em torno de reivindicações corporativas, a questão tecnológica passa a fazer parte do discurso das entidades, na medida em que ela esteja no bojo dos problemas de trabalho e de formação profissional.

4. POSIÇÃO TECNICISTA DA SAÚDE: O COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL INTERNACIONALIZANTE

A posição tecnicista da saúde compreende a defesa da crescente modernização dos serviços de atenção médica, mediante a incorporação sistemática das inovações tecnológicas produzidas nos países centrais. As novas tecnologias permitem a contínua realimentação das condições de reprodução do complexo médico-industrial, fundamentadas na indústria farmacêutica estrangeira, nas indústrias de materiais, equipamentos e aparelhos médicos, nas empresas médicas, nos hospitais, no sistema de convênios e na política de financiamento das empresas médicas adotadas pelo INPS. Constituem o elenco de itens que compõem a pauta de interesses e de políticas dos grupos dominantes, e que, na realidade, comandam grande parte da área de saúde.

Conforme o pronunciamento de um representante da Federação Brasileira de Hospitais, "(...) o que se busca é uma maior produtividade em relação ao custo/benefício, sem necessariamente discriminar-se entidades com finalidade lucrativa das de caráter essencialmente filantrópico."¹⁰ No mesmo sentido, o presidente da American Medical International expressa-se da seguinte maneira: "A tecnologia da AMI aplicada aos setores deficientes da rede hospitalar poderá ser bastante útil à modernização do sistema e esta é uma contribuição positiva que o capital estrangeiro e o *know-how* podem trazer ao nosso País".¹¹

Paralelamente à desnacionalização da indústria farmacêutica, deu-se um avanço nas formas de divulgação de seus produtos, através dos meios de comunicação de massa e de profissionais de propaganda junto aos consultórios médicos e junto às escolas de medicina. Implicações disso estão na crescente automedicação da população e no trabalho de realização de "testes em cobaias humanas" pelos profissionais. Grande parcela destes, ao sofrer o impacto das baterias e pacotes de medicamentos, prescreve ao doente o que mais insistentemente está presente em sua memória, em geral medicamentos de amplo espectro de ação. Tal processo se acentua com o contínuo lançamento de novos produtos e a retirada do mercado de medicamentos altamente eficientes, porém, não-lucrativos (medicamentos tradicionais para doenças de pele e contra reumatismos, por exemplo).

A ênfase na especialização e a grande valorização dos novos medicamentos e equipamentos tecnológicos complexos presentes nas escolas de medicina aparecem na variada gama de especializações, pesquisas e desenvolvimento acentuado de determinadas áreas médicas (doenças cardíacas), em detrimento de outras (medicina sanitária). Além disso, cursos de reciclagem, aperfeiçoamento e conferências são geralmente patrocina-

dos pelas indústrias químico-farmacêuticas e de equipamentos e aparelhos médicos. Muitas vezes, o conteúdo dos cursos parece consistir em propaganda de determinado medicamento ou aparelho tecnológico.

Os avanços científico-tecnológicos a serviço do complexo médico-industrial provocaram profundas mudanças na prática médica, seja por meio do aparelho utilizador, seja por meio do aparelho formador. De acordo com o Prof. Salomão A. Chaib, atualmente, o médico, "levado pela complexa maquinaria em que se transformou a medicina, mais parece um mecânico, um técnico em decifrar códigos, manejando toda uma aparelhagem repleta de bombas, fios, câmaras de raios diversos, tubos que violam e penetram nas entranhas como sondas de petróleo, e exames vários que invadem o paciente, reduzindo o corpo a um objeto de investigação".¹² A seu ver, o médico acaba se tornando um intermediário entre o cliente e o aparelho, "um intérprete para traduzir seus registros". O poder do médico parece transferir-se aos atos técnicos e aos medicamentos: o lucro disso fica com as indústrias que vivem da superoferta desta tecnologia: é a medicina farmacológica e instrumentalizada.

A assimilação dos avanços tecnológicos da medicina como verdades incontestáveis decorre da ênfase tecnicista do ensino da medicina e também da pressão cotidiana exercida pelos serviços de publicidade organizada financiada pelo complexo médico-industrial. É significativa a expressão do médico Wilson Luiz Sanvito: "O próprio aparelho utilizador, ao privilegiar o especialista, contribui para as distorções do sistema. Tem-se em conta ainda a influência das multinacionais farmacêuticas, do complexo médico-industrial (gerando uma perversão médico-tecnológica), e a hipertrofia das práticas médico-hospitalares, e teremos uma medicina voltada para o consumo de práticas complexas exigindo a formação de especialistas e superespecialistas".¹³ Contraditoriamente, as inovações tecnológicas, ao mesmo tempo que exigem a superespecialização e a reciclagem profissional tornam as condições de trabalho precárias, rotinizadas, mal pagas, desestimulando o investimento dos profissionais em si próprios.

As tecnologias médicas sofisticadas afetam o consumo, primeiramente, provocando a exclusão da maioria da população de seus efeitos benéficos, sobrando-lhes seus efeitos maléficos. Por exemplo, a automedicação desenfreada por meio de antibióticos, que, por interesses comerciais, não destacam seus aspectos nocivos à população. Inclusive, grande número de medicamentos, conforme denúncias do movimento médico, tinha a venda interdita nos países de origem, por serem nocivos ao organismo humano. São exemplos várias marcas de antibióticos, anticoncepcionais e produtos com dipirona. Outro exemplo é dado pela ocorrência significativa de doenças infecciosas adquiridas nos hospitais. Segundo o Prof. Ricardo Veronesi, especialista em doenças infecciosas, o uso abusivo de antibióticos consiste na principal causa da infecção hospitalar.¹⁴

De modo geral, as pressões no sentido da valorização inquestionável da tecnologia sofisticada (medicamen-

tos e aparelhos) na saúde são tão fortes que a maioria da população passa a solicitar do profissional uma medicação ou um exame através de aparelhos sofisticados, mesmo que desnecessários (ex.: antibióticos, calmantes, ultra-sonografia, radiografia, etc.). Dessa maneira, os valores que fundamentam a modernização tecnológica na saúde estão no “senso comum”.

A alta tecnologia, pelo seu elevado custo e o trabalho em escala que permite, só é compatível com a grande organização médica, expressa na forma hospitalar. Esta passa a constituir-se em centro da prática e formação médica. Daí o caráter curativo e individual da assistência médica em prejuízo de uma medicina preventiva e coletiva (comunitária), num país onde a maioria ainda sofre de doenças infecciosas ao lado das degenerativas.

A defesa da modernização tecnológica na saúde — como ocorre no país atualmente — compreende a consolidação e o aprimoramento da medicina científica (alopática), segundo a qual o homem é visto como partes orgânicas desmontáveis e substituíveis.

5. DEFESA DA TECNOLOGIA NACIONAL: MEDICINA LIBERAL

A defesa da tecnologia nacional na área de saúde parte da visão crítica do processo de empresariamento da medicina com base na lucratividade. Significa uma postura de defesa das condições de trabalho do profissional liberal sob nova forma (cooperativismo) e da expansão de atividades científico-tecnológicas no País.

Posicionando-se contra a intermediação da assistência médica pelas empresas e contra a centralização administrativa do Governo (e a conseqüente ingerência do Estado), a saúde é vista como algo de responsabilidade individual. Assim, de um lado, o paciente tem o direito de escolher o médico e, de outro, este tem o direito de escolher a *tecnologia adequada* que melhor atenda ao cliente. Da mesma forma, o médico tem o direito de definir seu horário de trabalho e seus honorários.

A forma cooperativista de organização do trabalho médico constitui-se, segundo seus defensores, na forma viável para articular os interesses do exercício liberal da profissão com as necessidades de atendimento médico universalizado à população. Especialmente quando o processo histórico tem mostrado a inviabilidade do retorno do exercício da profissão liberal nos moldes clássicos.¹⁵

De um lado, a defesa dessa forma de trabalho critica o empresariamento da saúde: de outro, não aceita o assalariamento. Numa visão conservadora, quando não reacionária, a proposta pretende recuperar o caráter da medicina do passado, como podemos inferir da seguinte afirmação de um dos diretores da Federação das Cooperativas Médicas do Estado do Rio Grande do Sul: “Manter a medicina como ela foi por séculos é a grande proposta (...) E, para isso, alguns médicos decidiram ser patrões de si mesmos, através do cooperativismo.”¹⁶

No II Simpósio Nacional de Assistência Médico-Previdenciária, realizado em Brasília, sob a promoção da Comissão de Saúde do Senado Federal (1981),¹⁷ vários profissionais de medicina, representando associações médicas, sindicais, Unimeds, setores hospitalar e políclínicos, além dos médicos, posicionaram-se pela defesa da “indústria químico-farmacêutica e de equipamentos médicos nitidamente nacionais”, e “contra a presença das multinacionais na área da saúde”.

As palavras de ordem de luta pela defesa da tecnologia nacional na saúde parecem ignorar as condições estruturais da organização econômica, social e política do País, onde interesses de grupos predominantes se orientam favoravelmente ao modelo internacionalizante de nossa sociedade. A simples rearticulação de formas de assistência médica neste contexto pode assim visar efetivamente à mudança tecnológica, senão à preservação parcial dos interesses dos grupos nela envolvidos.

Condizente com essa visão está a seguinte afirmação sobre a formação de médicos no País: “Formando-se em excesso, estaremos oferecendo nossos jovens colegas à voracidade empregatícia e mesmo estatizante das instituições que aí estão e que, em sua maioria, estão longe de se preocupar com o nosso desenvolvimento cultural, com o nosso prestígio profissional, com o nosso sucesso individual como seres humanos que, pela ordem natural e lógica das coisas, deveríamos ser, em nível de escola.”¹⁸

A abordagem individualista da saúde, própria da ideologia do profissional liberal, reforça o caráter curativo da prática médica e a preocupação eminentemente corporativa, isto é, a defesa das condições vantajosas e privilegiadas que acompanham o exercício profissional liberal da medicina no passado. Essa visão reforça também a perspectiva elitista da prática médica. De um lado, terão acesso aos serviços médicos de consultoria e cooperativas médicas somente os que podem pagar. De outro, só terão condições de competitividade com as empresas médicas, na concorrência para a realização de convênios com empresas e hospitais, as cooperativas que funcionem como empresas médicas. Nas relações onde predomina o capital, as cooperativas de modo geral têm que se relacionar, no contexto mais amplo da sociedade, de acordo com os parâmetros das relações capitalistas e não-cooperativistas.

A incorporação de tecnologia moderna, por sua vez, está restrita ao âmbito da escolha individual do profissional, dentre um amplo leque de alternativas tecnológicas, como se todas estivessem presentes na sociedade de modo neutro.

Ignora-se, nessa abordagem, o peso político e econômico de determinadas tecnologias em detrimento de outras.

Em suma, na etapa do capitalismo monopolista, as abordagens e propostas que acompanham a perspectiva da defesa da tecnologia nacional e da organização liberal da assistência médica no País apresentam caráter a-histórico, com acentuada dose de voluntarismo.

6. TECNOLOGIAS ALTERNATIVAS: MEDICINA COLETIVA

Não trataremos aqui das técnicas da medicina natural (acupuntura, homeopatia e outras), por não terem sido objeto significativo de discurso das entidades estudadas. Ademais, supomos que essas formas alternativas no país são ainda praticadas basicamente sob a modalidade liberal da profissão.

No movimento crítico ao modelo de atenção médica adotado, numa posição radicalmente oposta à visão tecnicista da saúde, há o debate em torno de propostas voltadas para a população carente.

Ao avaliar as políticas de saúde e o sistema de atenção médica dominante, grupos médicos nas entidades sindicais e associações de médicos sanitaristas e de médicos residentes têm como referência as camadas baixas da sociedade. Em primeiro lugar, denunciam o caráter oneroso e elitista em que se organiza a assistência médica. Nessa visão, o modelo médico, ao se basear na sofisticação tecnológica, torna-se bastante caro — haja vista nossa dependência tecnológica — inclusive para os recursos públicos. Estes são inadequadamente distribuídos, pois são destinados poucos recursos para a medicina preventiva e enormes quantias para a medicina assistencial predominantemente paliativa. É expressiva a afirmação seguinte no *Jornal do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro*: “Financia-se, através da contratação de serviço, o enriquecimento de empresas exploradoras dos serviços médicos. Financia-se a indústria farmacêutica, possibilita-se a proliferação de medicina de eficácia discutível, com aumento de doenças iatrogênicas. Financiam-se as multinacionais dos aparelhos médicos, com o investimento de vultosos recursos em importação de aparelhagens sofisticadas e ‘moderníssimas’, úteis e acessíveis a uma minoria ou servindo à vaidade e promoção de algumas pessoas ou grupos, quando os principais problemas sanitários do País são desnutrição e as doenças infecto-contagiosas.”¹⁹

Num congresso anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), médicos vinculados à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) criticam a desigual distribuição de recursos, “(...) que privilegia a assistência médica individual e curativa, por oposição a uma medicina preventiva e voltada para ações coletivas”.²⁰ Segundo o Prof. Carlos Gentile de Mello, em reunião da SBPC, as doenças (de Chagas, meningite, etc.) só passam a constituir-se em preocupação do Governo quando começam a incomodar as classes privilegiadas.²¹

A proposta da medicina coletiva visa a uma orientação da assistência médica em seus aspectos fundamentais: de centrada em interesses particulares de grupos dominantes, muitas vezes desvinculados da realidade brasileira, para aquela centrada na saúde coletiva e comunitária. Em decorrência, postulam uma medicina preventiva, baseada na atenção primária à saúde. Assim, o hospital deixaria de ser o centro da prática médica, senão para os casos não passíveis de solução no âmbito da atenção primária.

Uma experiência de prática de saúde comunitária está no Hospital Bonsucesso no Estado do Rio de Janeiro, na qual participam dez comunidades, beneficiando cerca de 50 mil pessoas. No início de 1981, alguns médicos criaram o setor de Saúde Comunitária no hospital, que atende a todas as *comunidades organizadas* que o procuram. Estas é que resolvem o que desejam: desde vacinação e cuidados primários de saúde até cursos de orientação de saúde.²²

Quanto à prática do médico, a crítica recai na especialização e tecnicismo do trabalho médico, que, ao conceder a saúde como a cura da doença de partes do corpo, nega a condição humana (e social) do doente, bem como desconsidera suas potencialidades de se prevenir a partir da educação e da informação. Nesse enfoque, os “avanços científico-tecnológicos e a indústria de saúde são responsáveis por uma verdadeira pulverização da medicina em especialidades”. (...) “É uma medicina centrada na doença (especialmente nas mais rentáveis), individualista/curativa, com ênfase nos procedimentos técnicos, farmacológicos e/ou cirúrgicos, que se propõe a atingir um alvo: “o órgão doente”. É a visão compartimentalizada do ser doente, com deterioração evidente da parte nuclear da prática médica que é a relação médico-paciente.”²³

Daí a importância, nesse enfoque, da formação generalista do médico, voltada para a atenção primária e *submetida a experiências educacionais concretas*, que capacite o profissional para a interação comunitária, tendo a família como centro de seu trabalho.²⁴

Na prática, experiências de medicina comunitária são propostas de formas variadas: há as propostas tuteladas pelo Estado, propostas tuteladas por médicos e outros profissionais, até propostas controladas pelas comunidades. No primeiro caso há o exemplo do Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969, que criou em São Paulo os Conselhos de Comunidade. Exemplo interessante da prática de medicina comunitária organizada pela população está relatado pelo médico Antonio Rafael da Silva e refere-se ao projeto de Buriticupu, no Maranhão.²⁵

Nos debates dos congressos da Abrasco, observamos teses de profissionais da área que defendem ações coletivas da saúde, enquanto esta é compreendida como um direito de cada cidadão, cabendo ao Estado realizá-lo, e teses que defendem o controle popular da ação governamental na saúde. Assim o debate continua e as experiências comunitárias também.

As posturas de saúde coletiva, em que pesem algumas diferenças, têm suas raízes no enfoque da medicina preventiva, que se desenvolveu nas escolas de medicina, através de departamentos específicos e com a criação da área do médico sanitarista.²⁶ Fica claro o destaque da participação dos médicos sanitaristas na visão crítica ao atual sistema de saúde e seu posicionamento no sentido da medicina coletivamente orientada.

Na medicina comunitária, observa-se a valorização do saber desenvolvido pela própria comunidade para a so-

lução de seus problemas. Por sua vez, a prevenção significa uma modalidade de educação sanitária da população. A tecnologia sofisticada constituir-se-á nessa abordagem da saúde no último recurso a ser utilizado quando estritamente necessário, isto é, na impossibilidade de soluções na instância da atenção primária.

Na visão da medicina comunitária, o motor das mudanças está principalmente nas camadas pobres, para os quais se destina o sistema de saúde e não apenas nos agentes. Segundo uma das lideranças do movimento dos médicos, quando esses setores possuírem "o saber", a consciência política de saúde, as transformações se darão direcionadas pelos interesses desse grupo. Para ela, somente a força da categoria é insuficiente para transportar os interesses políticos, econômicos e de classes que mantêm o atual *status* na assistência à saúde.²⁷

7. À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, pode-se observar nossa preocupação em delinear ou sugerir interesses de grupos sociais que se beneficiariam com as posturas de médicos representantes das entidades associativas. A defesa da modernização sistemática da área, mediante a incorporação crescente de inovações tecnológicas, favorece claramente o chamado complexo médico-industrial (empresas médicas, laboratórios, indústrias de drogas e de equipamentos, hospitais e afins).

A defesa da tecnologia nacional é uma bandeira adotada por todas as posições críticas ao modelo de saúde dominante. Haja vista a adesão quase generalizada das entidades médicas para a deflagração de um amplo movimento nacional de protesto (23.4.80) contra a presença das multinacionais na área da saúde e contra sua pretensa penetração na área da assistência médica. Justificam o movimento exemplos como os da American Medical International e da Health Care do Brasil, subsidiária da Hospital Corporation of America, por suas tentativas de entrar na área de assistência médica. A primeira firmou convênio com a Açominas e comprou dois hospitais em Taubaté (São Paulo). A segunda comprou a Special, a Unidade Cardiológica do ABC, a Promed do Rio de Janeiro e a Amico, uma das maiores empresas de medicina de grupo do País com sede na capital paulista. Alegam os dirigentes do movimento que as multinacionais já detêm o controle das indústrias químico-farmacêuticas e de equipamentos e aparelhos médicos, restando-lhes apenas o controle da assistência médica para o total monopólio da área de saúde.²⁸

Contudo, a defesa da tecnologia nacional fica qualificada quando associada com outros tópicos do posicionamento dos médicos, como por exemplo, a forma de organização de seu trabalho e a orientação precípua desta para um dos diferentes interesses de grupos e classes sociais. Ela terá um significado em termos sociais e políticos quando o interesse maior expresso na posição de médicos for reviver os privilégios de profissão liberal do passado. Terá outro significado, quando o objetivo primordial da luta por mudanças na área estiver centrado nos grupos e classes pobres do País.

Evidentemente, a questão da tecnologia e saúde não se restringe aos pontos por nós abordados, especialmente considerando-se que deixamos deliberadamente de lado o campo das implicações da moderna tecnologia (informática, biotecnologia e produção de novos materiais) sobre a saúde da população, quer como trabalhadores, quer como consumidores. Por outro lado, não abordamos também a tecnologia e saúde, no campo da denominada "medicina natural", por motivos mencionados no decorrer da exposição deste trabalho. Estes e outros pontos podem constituir-se em questões para pesquisas na área.

No quadro de nossas análises ousamos afirmar que, apesar da intensa mobilização da categoria e de outros setores sociais no sentido do questionamento do modelo de saúde consolidado no complexo médico-industrial no País, as forças sociais favoráveis estão estreitamente ligadas, inclusive com outras áreas de atividades econômica e social. Vale dizer que o processo de modernização através da incorporação das inovações tecnológicas se estende generalizadamente na nossa sociedade: desde as áreas metropolitanas às áreas rurais; desde os setores econômicos até os artísticos e educacionais.

Entretanto, na atual conjuntura, algumas perspectivas de mudança podem se colocar na área da saúde, quando representantes do movimento de renovação médica, com posturas críticas ao modelo vigente, foram alçados a cargos decisórios nesse âmbito. Claro está que mudanças realmente significativas para o interesse das classes dominantes dependerão principalmente da sua própria organização e mobilização.

** Neste artigo recorremos a uma parte do vasto material sobre o movimento dos médicos por nós coletado, durante anos com o apoio da Fapesp e do CNPq. Para a atualização dos dados, contamos com o auxílio do Núcleo de Pesquisas e Publicações da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, e com a colaboração de Adriana Pozzani, aluna do Curso de Administração de Empresas dessa escola.*

¹O *Relatório Flexner* foi resultante de um trabalho encomendado pela Dale Carnegie Foundation com o objetivo de analisar as condições de ensino da medicina nos Estados Unidos, no início do século. Ver Braga, José Carlos de Souza & Paula, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência* 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1986. p. 148.

²Id. *ibid.* p. 150.

³Id. *ibid.* p. 151.

⁴Ver, dentre outros, Ribeiro, Herval Pina, org. *Políticas de saúde e assistência médica*. AMB, 1983; Ibase: *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1982; Angerami-Camon, Valdemar A., org. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo, Traço, 1986.

⁵Estamos aqui nos referindo especialmente às técnicas terapêuticas baseadas nos medicamentos e equipamentos médicos produzidos pelo complexo médico-industrial, com *know-how* quase que exclusivamente estrangeiro. Ver, para maiores detalhes, Giovanni, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil*. São Paulo, Polis, 1980; Landmann, Jayme: *Medicina não é saúde*, 2. ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983; Ribeiro, H.P., org. *Políticas de saúde e assistência médica*. op. cit.

⁶Repetindo Jayme Landmann, podemos considerar o complexo médico-industrial direto constituído por “casas de saúde privadas; empresas médicas de grupo; companhias de seguro-saúde; empresários médicos individuais (donos de laboratórios, serviços de radiologia, serviços de hemodiálise e centros de tratamento intensivo) e médicos (pessoas físicas) ligados ao sistema tecnológico, credenciados ou conveniados com o Inamps e outras instituições e que ganham por tarefa, seja ela diagnóstica ou terapêutica”. Por sua vez, o complexo médico-industrial indireto compreende as companhias de drogas e as de equipamentos médicos. Ver Landmann, Jayme. *Medicina não é saúde*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983. p. 145 e 102.

⁷Com a centralização e a reorganização da Previdência Social, a partir de 1966, o Estado promoveu a desenfreada expansão das empresas médicas através da utilização do sistema de convênios para a assistência dos empregados, estabelecidos entre empresas médicas e empresas industriais, comerciais, financeiras, etc. Ver, dentre outros, Cordeiro, Hésio de Albuquerque. *Políticas de Saúde no Brasil (1970-1980)*; Ibase, op. cit.; Ribeiro, H.P., org. *Políticas de saúde e assistência médica*. op. cit.

⁸Sanvito, Wilson Luiz. *Jornal da APM*, p. 13. jun. 1986.

⁹*Edição Médica*, Rio de Janeiro, Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, p. 9, out. 1982.

¹⁰*Jornal da APM*, São Paulo, p.7, dez. 1984.

¹¹*Edição Médica*, Rio de Janeiro, Sociedade de Medicina e Cirurgia, p. 5, abr. 1980.

¹²*Jornal da APM*, São Paulo, p. 4, set. 1983.

¹³*Ibid.* p. 8.

¹⁴*Edição Médica*, cit. p. 21.

¹⁵Ver análises sobre a tendência ao assalariamento dos médicos em detrimento da forma liberal da prática médica em Donangelo, M. Cecilia F. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pionera, 1975.

¹⁶*Jornal da Unimed*, Porto Alegre, 1 (8): 12, 1981.

¹⁷*Ibid.* p. 8.

¹⁸Pronunciamento de um diretor da Associação Paulista de Medicina. *Jornal da APM*, São Paulo, n. 309, p. 13.

¹⁹*Sinmed*, Rio de Janeiro, p. 2, fev. 1978.

²⁰A afirmação é da Prof^a Sonia Maria Fleury. In: *Edição Médica*, cit. p. 16, jul. 1980.

²¹*Edição Médica*, cit. p. 16, jul. 1980.

²²*Edição Médica*, cit. p. 10, out. 1982.

²³Afirmção do médico Wilson Luiz Sanvito, In: *Jornal da APM*, p. 6, mar. 1986.

²⁴*Edição Médica*, cit. p. 16, out. 1982.

²⁵Ver Saúde e educação popular. *Cadernos de Educação Popular*, Petrópolis, Organização Nova Vozes, n. 7. 1984.

²⁶Ver Demange, Nilson J., coord. O impacto das ciências sociais na formação dos profissionais de saúde: o médico. São Paulo, Prohasa - EAESP/FGV, 1984. mimeogr.

²⁷Grecco, Sérgio P. In: *Jornal da APM*, cit. p. 9, maio 1984.

²⁸*Jornal do Médico*, São Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo, p. 5, abr. 1980.

Elementos de Matemática Financeira

Luiz A. F. Cavalheiro

Desde 1937, o Prof. Luiz A. F. Cavalheiro vem brindando os estudantes de Matemática — e também de Física e Estatística — com seus livros sempre claros e concisos, fornecendo subsídios de grande valor para quem atua nessas áreas tão carentes de informação.

Elementos de Matemática Financeira é, acima de tudo, uma bem conduzida exposição didática de assuntos como capital, juros, desconto, capitalização, empréstimos e títulos de renda, grandemente enriquecidos com problemas resolvidos, a resolver, fórmulas e tábuas financeiras de credibilidade garantida pelo autor.