

SOBRE A DEONTOLOGIA DO INTERVENCIONISMO ESTATAL NO SETOR SAÚDE

Paulo Flávio Silveira*

SILVEIRA, P.F. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 22: 221 - 32, 1988.

RESUMO: Relata-se o processo que define a mercantilização, o corporativismo, as ações preventivas e educativas em saúde pública e as investigações científicas básicas e aplicadas na medicina de modo a caracterizar algumas causas e efeitos da aplicação da perspectiva de individualização que é decorrência dos princípios da doutrina utilitarista. Os problemas da assistência à saúde, os problemas educacionais e os fatores do desenvolvimento cultural, científico e econômico são discutidos através de uma análise inter-relacionada onde é detectada a tendência resistente à superação dessa perspectiva. Os princípios utilitaristas foram entendidos como produtores de efeitos contrários aos desejados pelo controle político, ou seja, a ineficiência do setor saúde, causada por este controle, passa a constituir, ela mesma, uma ameaça à ordem social que este arranjo político pretende manter. Assim, há exigências de concentração institucional das ações de saúde, de divisão técnica do trabalho e de desenvolvimento de tecnologias de processo que podem ser integradas à prática política atual a partir do entendimento apresentado.

UNITERMOS: Ética. Sociologia médica. Política de saúde. Educação em saúde. Ciência.

INTRODUÇÃO

Os problemas da assistência à saúde, da educação e do desenvolvimento cultural, científico e econômico, setores essenciais ao bem-estar social, não podem ser equacionados isoladamente.

A inter-relação desses setores impede que se configure uma solução esboçada a partir de análises que considerem causas e efeitos independentes e é refletida nos aspectos quantitativos e qualitativos de seus problemas específicos.

A doutrinação na ideologia utilitarista induz a adoção de um direcionamento político único que é aplicado de modo generalizado e indiferenciado. Isto porque se pressupõe, erroneamente, que os princípios da ordem econômica, dos quais deriva esta ideologia, são tão invariavelmente certos que nenhum direcionamento diferente, específico para determinados setores, seria válido e necessário. Mais ainda, que a adoção de qualquer medida fundamentada em idéias incompatíveis com este sistema filosófico constituiria uma ameaça à ordem social. Enfim, a construção dialética da economia política é mimetizada nos setores específicos da vida social. Aí está a origem essencial da similitude dos diversos problemas compartilhados por esses setores.

A denominada "utilidade marginal" permeia, direta ou indiretamente, quase todos os conceitos

da teoria econômica capitalista tradicional (neoclássica).

Sumariamente, pode-se dizer que o conceito de utilidade refere-se a uma racionalidade de ordenamento previsível com que o homem, de acordo com seus recursos, discrimina aquilo que lhe é útil, visando maximizar a satisfação de suas necessidades. Daí, esse comportamento racional é uma "lei natural" que tende a harmonizar satisfatoriamente todos os interesses das relações econômicas ao estabelecer a ação que, em última instância, maximize o excesso de prazer sobre a dor.

O marginalismo é a concepção de que as diferentes combinações entre recursos disponíveis e as diferentes formas de satisfazer as necessidades, a um dado preço, relacionam-se de modo que as variações infinitesimais possíveis para cada fator possam ser expressas matematicamente, ou seja, para maximizar a utilidade com o consumo ou produção de um bem dever-se-ia consumi-lo ou produzi-lo e vendê-lo até que não se consiga mais "utilidade" de outro pequeno incremento gerado pela mesma transação com este bem ou serviço.

Em decorrência desta abstração, conclui-se que haverá satisfação máxima quando se emprega os recursos nos diferentes bens, investimentos e serviços de forma que a utilidade marginal de

* Instituto Butantan - Av. Vital Brasil, 1500 - 05504 - São Paulo, SP - Brasil.

uma unidade de dinheiro (ou esforço) gasto num determinado bem, investimento ou serviço, será igual à utilidade marginal da mesma unidade gasta em qualquer outro bem, investimento ou serviço disponíveis para o indivíduo econômico. Supondo que para um indivíduo as relações de utilidades marginais dos diferentes bens, investimentos e serviços diferem das relações de utilidades marginais destes mesmos bens, investimentos, etc. para outros indivíduos, podem ser obtidos ganhos em satisfação se ocorrer a troca²³. Isto permite a idéia de que "a natureza da riqueza e do valor possa ser explicada pela consideração de quantidades infinitamente pequenas de prazer e de dor" (Jevons apud Hunt⁹) e que "todos os bens à disposição de um indivíduo econômico para a satisfação de suas necessidades serão chamados de sua propriedade, mas sua propriedade não é uma quantidade arbitrariamente agregada de mercadorias, mas um reflexo direto de suas necessidades" (Menger apud Hunt⁹).

Estes princípios ideológicos representam concepções psicológicas e éticas aplicadas contra qualquer possível reavaliação dos "benefícios" trazidos pelo fato de alguns poucos terem o direito de monopolizar os meios de produção.

Hunt⁹ aponta inúmeras considerações de economistas que forjaram esta ideologia. Todas elas, devido ao convívio, à primeira vista, parecendo ser perfeitamente coerentes. Entre elas, por exemplo, a conceituação de Senior de que a relação entre um operário e seu patrão é uma espécie de associação voluntária, ou o embasamento que Ludwig von Mises (apud Hunt⁹), procurava dar à teoria utilitarista ao afirmar que: "Todo mundo tem a liberdade para ingressar nas três classes progressistas de uma sociedade capitalista ... O que é preciso para se tornar um capitalista (um poupador), um empresário (um investidor ou dono de bens de capital) ou um inventor de novos métodos tecnológicos é inteligência e força de vontade. O herdeiro de riquezas goza de uma certa vantagem, pois começa em condições mais favoráveis de que outros, mas sua tarefa na concorrência do mercado não é mais fácil; é, às vezes, mais desgastante e menos lucrativa que a do recém-chegado ... A característica distintiva da economia de mercado é o fato de ela distribuir a maior parte dos aperfeiçoamentos introduzidos pelo esforço das três classes progressistas... pela maioria do povo, que não é progressista... O processo de mercado dá ao homem comum uma oportunidade de gozar dos fatores das realizações de outros. Força as três classes progressistas a servir à maioria não progressista da melhor maneira possível".

É fácil constatar que a razoabilidade destas considerações se estriba em valores discriminatórios e alienantes, com um potencial condicionador poderoso e abrangente porque inerte do ponto de

vista de uma evolução ética do homem. Ora, se fosse possível considerar o desejo da riqueza, por si mesmo, como coisa instintiva e, invariavelmente, sendo o trabalho o meio de gerá-la, então, já não é possível considerar o trabalho como um ato penoso da vontade humana²³. Por fim, esse condicionamento, fundamentado nos direitos naturais, faz compreender no esforço criativo de um indivíduo isolado e autosuficiente a base de sua propriedade, deixando de lado o fato de que "não existe um indivíduo isolado e autosuficiente... a produção só existe na sociedade, ou seja, somente através da cooperação de uma comunidade industrial." (Veblen²⁸)

Diante desta ideologia é necessário, portanto, que a descrição dos problemas de nossa realidade, bem como as propostas de solução, assumam um caráter abrangente. Isto porque as análises que partem da perspectiva de individualização não alcançam a compreensão desses problemas. Assim, apesar da tentativa de satisfazer esta necessidade não ser particularmente inovadora, cabe reordenar fundamentos que permitam um melhor discernimento em relação às alternativas de mudanças, estas especialmente requeridas para o desenvolvimento dos setores sociais de produção em nosso meio.

Uma posição contra essa argumentação é a de que se ela fosse totalmente certa, não haveria no Brasil, por exemplo, o que alguns consideram como um forte setor público de saúde e, conseqüentemente, *tudo* seria medicina privada.

Ora, seria muito bom se toda a argumentação totalmente certa tivesse a possibilidade de efetivamente conduzir a sua realização. Na verdade, a doutrinação na ideologia utilitarista conduz à adoção de um direcionamento político único e não a uma realidade única para a prática no setor. Isto porque o interesse dessa ideologia é tornar transitório e excepcional qualquer direcionamento que possa diferir da doutrina que adota. Na prática, o fato de persistir um setor público de saúde é conseqüência do jogo de forças políticas entre interesses dessa ideologia, que é dominante, e os interesses da população carente que, sob a "caridade" desse direcionamento, admite o "benefício" excepcionalmente doado pela minoria dominante para os "menos favorecidos". É evidente que o jogo dessas forças políticas "favorável" ao interesse da população (mantendo um "forte" setor público de saúde no Brasil) é uma conjuntura que se perpetua na forma de uma política assistencialista voltada para aqueles indivíduos "excepcionais" que não podem utilizar os serviços médicos da livre iniciativa, mas que também não podem morrer porque são seres humanos e mão-de-obra. Em última instância, segundo essa ideologia, espera-se que esses indivíduos estejam satisfeitos e agradecidos com o que "merecem" ter em termos destes ser-

viços, ou senão que "lutem para melhorar de vida". Então, essa conjuntura convive com a tendência imprimida pelas tentativas de reversão do quadro "anormal", ou negação sistemática de qualquer responsabilidade por ele, através de uma estratégia que tem como base a própria disseminação, entre a população, do dogma utilitarista dos benefícios da livre iniciativa ou da medicina privada, mesmo que seja para convencê-los de que tais benefícios não lhes são possíveis por causa da "mão invisível da natureza e do destino". Outrossim, para melhor adaptar as necessidades dessa real condição dos "menos favorecidos" com os "benefícios" da livre iniciativa, a possibilidade encontrada tem sido o subsídio governamental, mal administrado, às entidades privadas, apesar das peculiares e muito bem conhecidas distorções que decorrem dessa prática, para a qual converge grande parte da aludida força do setor público.

Estes fatos evidenciam a prevalência da perspectiva utilitarista de individualização, que tem sido defendida e empregada a qualquer custo e em todos os setores porque é a alternativa que serve aos interesses das classes dominantes, constituindo-se, em suma, na defesa ideológica do *status quo* vigente.^{22,23}

Particularmente no setor saúde a perspectiva de individualização é desastrosa, visto que há um elevado grau de complexidade das ações, o qual decorre do avanço técnico-científico no setor e que exige a concentração institucional da atenção médica, a divisão técnica do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias de processo capazes de garantir que o atendimento à saúde não se restrinja à assistência médica mas a todas as ações de promoção, proteção e recuperação. Mais ainda, do ponto de vista ético, essa perspectiva impede uma reestruturação do setor saúde que pudesse permitir que toda a população disponha de todas essas ações e serviços necessários. Ao imaginar o coletivo "como agregado de indivíduos - como um conjunto de pontos materiais, sem divisão em classes sociais essencialmente contraditórias..." (Carvalho¹), aceita e mantém a mercantilização e o corporativismo pela lógica da produtividade para o setor, qual seja, em função única da assistência médica condicionada à demanda.

Poderia se dizer que essa concepção da sociedade como dividida em classes sociais conflitivas não é a única alternativa ao concebê-la de modo individualístico, ou seja, no setor saúde os interesses que estão em conflito nem sempre coincidem com classes, no sentido econômico desse termo. Deve-se frisar, no entanto, que esse "nem sempre" na verdade significa "na maioria das vezes", incluindo-se entre as exceções o interesse básico comum dos seres humanos em permanecerem sadios.

Quando o compromisso maior é com a saúde, a definição política deve ter uma opção clara na direção ética e humanista. Aí a assistência médica aos doentes é apenas um dos objetivos. Há então outros aspectos que devem ser considerados como o estímulo à medicina preventiva e à educação em saúde, a formação de profissionais e o desenvolvimento científico e tecnológico do setor mais adequados às características regionais. Por isso, as lógicas do planejamento e da programação serem um compromisso com um coletivo de natureza distinta que muitas vezes é mal compreendido, ridicularizado e sempre temido¹.

MERCANTILIZAÇÃO

Segundo Gentile de Mello⁶, a mercantilização não é objeto de análise sistemática na esfera da medicina privada por dificuldades de estudo e pela idéia arraigada de que os usuários constituem uma barreira dotada de relativa eficácia contra os desvios éticos. Distinguindo a medicina privada da medicina institucional e privatizada, o autor identifica a maior frequência da mercantilização na medicina privatizada, especialmente ligada ao lucro empresarial e ao regime de livre escolha com pagamento por unidade de serviço⁶.

A inautenticidade do regime de livre escolha com pagamento por unidade de serviço é comprovada, estatisticamente, pelo incremento dos atos cirúrgicos e médicos. Exemplos típicos são as amidalectomias, as apendicectomias (Almeida apud Gentile de Mello⁶) e as cesárias (Pereira apud Gentile de Mello⁶). Também os doentes crônicos passam a ser cultivados porque asseguram uma receita previsível e o exagero de exames complementares e de aplicações terapêuticas passa a ser confundido com a boa qualidade da medicina. Assim, "... o médico é levado, quase inconscientemente, a fragmentar o tratamento em uma série de 'atos' médicos, de acordo com a tabela de honorários e ... o diagnóstico registrado passa a ser aquele que justifique maior remuneração, anulando o valor das estatísticas de morbidade que tenham por base esse registro." (Bastos apud Gentile de Mello⁶)

Em conformidade com Bastos e Pawel (apud Gentile de Mello⁶), não é por outro motivo que quase todo o progresso da medicina tem sido feito em órgãos oficiais ou entidades sociais não lucrativas. Aí é que se encontra "maior concentração de pessoal técnico e profissional qualificado, o equipamento mais moderno, a aparelhagem mais dispendiosa e o concurso de maior número de especialistas". Assim sendo, "...carece de seriedade defender, em nome da liberdade, o regime de pagamento por unidade de serviço, comprovadamente um fator incontável de corrupção... , ou atribuir a questões de natureza

ideológica a tese, de natureza técnica, em favor da institucionalização da medicina..."(Gentile de Mello⁶). É evidente também que a defesa dessa tese deve atribuir intensivos cuidados com o aperfeiçoamento global da administração pública, cujas deficiências, especialmente nos países subdesenvolvidos, reforçam a crença na eficácia da iniciativa privada e servem como argumento para justificar que não deve haver uma intervenção estatal. Na realidade, a maioria dessas deficiências são geradas pela própria ideologia dominante, que releva a livre iniciativa e minimiza as atenções com o setor público, marginalizando-o. Então, não é a necessidade da intervenção estatal que deve ser questionada mas sim a política administrativa adotada para os serviços públicos.

Quando se fala da natureza técnica dessa tese, não há um exagero no uso da palavra "técnica", uma vez que só há razões científicas contra o sistema de pagamento por unidade de serviço. Porém, ao identificar a medicina privada com esse sistema e propor a institucionalização, poder-se-ia contra-argumentar que a medicina privada também é compatível com o sistema de capitação, por exemplo.

Sem dúvida é inegável que a medicina privada é compatível com o sistema de capitação mas também é inegável que a capitação, ou conjunto de tributos arrecadados junto a população e, no atual esquema, repassado à iniciativa privada, irá representar o capital para esse segmento empresarial o que faz justamente o modelo de estatização privatizante que, em suma, é o mais vantajoso para a "livre iniciativa" desde que mais facilmente possibilita que a lucratividade auferida seja embolsada pelos empresários e as perdas sejam cobertas pela capitação, esta que mais propriamente deveria ser reconhecida como uma captação e apropriação de recursos públicos que tende a se deslocar de sua função social.

O modelo de estatização privatizante não oferece qualquer possibilidade de controle das atividades médico-assistenciais (Gentile de Mello⁶) e caracteriza-se pela tentativa de estender o raio social do atendimento em saúde sem uma correspondente manutenção do dispêndio real *per capita*. Assim, implica que os recursos financeiros aí alocados reforcem ainda mais os interesses de acumulação material bem definidos no repasse de recursos à iniciativa particular e nas condições técnicas de execução de serviços². Em consequência, também substitui a relação de assalariamento dos profissionais da saúde como empregados do governo pelo assalariamento em empresas particulares, com evidentes implicações nas condições técnicas dos serviços executados, fechando um peculiar ciclo de interferências.

Sendo a livre escolha um dos princípios ele-

mentares da ideologia utilitarista que embasa a perspectiva política para o setor, convém lembrar que "...se algum dia houve livre escolha do médico ou do hospital por parte do doente e, assim sendo, com muita relatividade, esses dias ocorreram até quando, pelo menos há quase um século, os conhecimentos médicos, as técnicas propedêuticas e terapêuticas, de tão limitadas, cabiam no domínio e nas aptidões de qualquer médico. Mas, hoje, que os conhecimentos médicos se ampliaram desmesuradamente, que a técnica progrediu, a tal ponto, e se complicou, de tal maneira, que foi necessário operar-se na medicina uma real divisão do trabalho..., o diagnóstico como a terapêutica só podem ser exercidos em função de equipe..." (Amorim apud Gentile de Mello⁶).

Essa tendência para o atendimento em equipe é muito dependente de se a organização desse atendimento é pública ou privada, sem ou com fins lucrativos. Não se quer dizer com isso que os médicos e outros profissionais de saúde só funcionariam em equipe quando sua organização fosse pública, porque isto implicaria desacreditar totalmente a conduta ética desses profissionais. O que se diz é que a "livre escolha" não existe para o paciente porque os profissionais que pretendem um diagnóstico ou uma terapêutica adequada àquele paciente, na maioria das vezes, têm de encaminhá-lo a colegas de outras especialidades. Deste fato o que se conclui é que um profissional que não tenha essa pretensão, ou tenha a pretensão de total autosuficiência poderá, com mais frequência, incorrer em erro. É fácil constatar que esse último tipo de profissional, em decorrência de fatores alheios a uma vontade pessoal, pode se encontrar com muito maior frequência na iniciativa privada e quando existe fins de lucro do que numa instituição pública onde, embora o profissional seja assalariado, não tem de gerar lucro para o empregador ou para si mesmo como tal. Assim, ele pode, por exemplo, encaminhar o paciente tanto para outros especialistas quanto para outras instituições que disponham de recursos para aquele caso específico, sem as conseqüências previsíveis decorrentes do risco de "afugentar o cliente" por onerá-lo ou desacreditá-lo.

CORPORATIVISMO

Além de substituir a assistência elitista, só o sistema institucional das ações de saúde é capaz de suprir a necessidade do trabalho em equipe. Conforme vimos, as condições inerentes ao sistema de mercado impelem os profissionais da área para uma competição que vai além do mero exercício da competência em busca do quinhão de salário ou do lucro empresarial.

Thompson²⁴, já em 1850, afirmava que, nesse sistema, "...seria de interesse de todos os médicos que as doenças existissem e fossem mantidas, pois, caso contrário, sua profissão diminuiria dez

ou cem vezes...". Assim, "...nunca seria do interesse dos médicos praticar a medicina social, preventiva, e muitas outras profissões poderiam conseguir benefícios parecidos se conseguissem criar ou induzir a uma grande necessidade de seus produtos ou serviços, mesmo nos casos em que a sociedade se beneficiasse, quando tais produtos ou serviços fossem necessários...".

Neste contexto é que se pode analisar o corporativismo vigente no setor saúde. O confronto entre profissionais de saúde com o Estado e com o empresariado faz parte da luta por melhores condições de trabalho e remuneração. No entanto, confrontos entre as diversas classes profissionais e mesmo dentro de uma mesma categoria refletem negativamente sobre a assistência à saúde da população, da mesma forma que os esforços de notabilização ou reconhecimento social desvinculados das reais necessidades dessa população e da competência dos profissionais envolvidos².

Um julgamento tendencioso diria que é contraditório criticar a busca do lucro pelo profissional da iniciativa privada e excusá-la quando é uma questão dos empregados públicos lutarem por salários maiores e que o efeito sobre o custo das assistências não difere entre um e outro caso. Porém, não se pode confundir o profissional liberal ou profissional privado com empresariado porque, na maioria dos casos, os proprietários de empresas médicas não são os mesmos que fazem parte da equipe médica, isto variando diretamente com o tamanho da empresa e, conseqüentemente, com sua capacidade de atendimento e, portanto, de autosuficiência. Quanto ao custo das assistências é evidente que eles diferem num e noutro caso. Aqui, o importante é a diferença na qualidade da atenção, a qual decorre do corporativismo por ser este prejudicial ao trabalho em equipe e cuja causa está relacionada à busca do lucro que se dá em função da disputa pela disseminação do prestígio dos diversos especialistas do setor saúde como "classes profissionais" distintas. Essa disputa é relativamente independente das situações de conflito entre "medicina de estado" versus "medicina privada", embora não deixe de ser um problema de conscientização que demanda a inversão de certos valores condicionados pela estrutura ideológica utilitarista.

Há uma hierarquia de dominação decorrente desta competitividade. Os médicos estão no topo dessa pirâmide que se alarga na medida em que diminui o poder de influências e "lobbies" exercidos diretamente sobre as instâncias competentes para regulamentar o exercício profissional¹. Assim, esta regulamentação, que deveria ser um meio para o controle de qualidade dos serviços prestados, passa a fazer o papel inverso, ou seja, ao invés de proteger o usuário protege o produtor do serviço³, através não só da definição de

seu espaço de atuação como também controlando as vagas destinadas aos respectivos cursos de formação desses profissionais, segundo a fórmula adequada para que, mesmo em detrimento das necessidades da população, o aumento da oferta daquela mão-de-obra não incida numa diminuição drástica da remuneração média daquela classe profissional. Isto evidentemente não pode ser chamado de planejamento ou programação, em especial quando confrontamos dados de países desenvolvidos e subdesenvolvidos numa comparação da distribuição geográfica da população médica, da relação número de médicos/número de habitantes, ou número de escolas médicas/número de médicos formados².

Poderia se pensar que se ninguém controla o número de médicos conforme aquela lógica, o resultado seria produzi-los a um custo social elevado, para logo tê-los desempregados ou realizando tarefas que poderiam ser feitas por enfermeiras ou outros profissionais. Acontece que, no caso latino-americano, os médicos estão desempregados porque pretendem instalar-se nas grandes metrópoles, conquanto a carência de profissionais nas zonas periféricas é absolutamente patente. O que se constata também é que, independentemente de ser zona periférica ou grande metrópole, muito mais das tarefas dos médicos é realizada pelas "enfermeiras ou outros profissionais" do que ao contrário, portanto, mesmo onde há um excesso de médicos. A contradição real é, então, o que se deve planejar: como limitar o número de médicos formados, ou uma maneira de conduzi-los ao estabelecimento em locais carentes, ou ambos. Aliás, a argumentação em favor da livre iniciativa não deveria esquecer da competição como um fator de seleção da melhor qualidade e, portanto, não deveria ter indecisão quanto a como resolver o problema do número de médicos, já que a base de seu discurso é a naturalidade e eficácia dos "mecanismos de mercado".

MEDICINA PREVENTIVA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Um dos fatores relevantes do setor saúde nos países subdesenvolvidos é a adequação do preparo do profissional da área para o exercício das suas funções. Atualmente, o que se observa é uma certa distorção decorrente de um processo típico de alienação, ou seja, a formação de profissionais voltados para doenças que são prevalentes nos países desenvolvidos⁶ ou que, devido ao estágio de conhecimento nestes países, são alvo de interesse acadêmico puro.

É a política da assistência à saúde que molda e subjugam o processo de formação e distribuição de pessoal, condicionando um dado mercado, uma hierarquia profissional e uma ideologia de organização do saber⁴. Portanto, somente a mudança

dessa política é capaz de modificar a realidade sanitária desses países. Esta nova política pode ser orientada pela constatação de que o grande declínio do coeficiente de mortalidade ocorrido durante os dois últimos séculos no Ocidente deve-se muito mais a melhoria das condições sanitárias e econômicas que ao desenvolvimento da prática médica²⁵. Na verdade, isto é correto para os últimos dois séculos, mas no caso das duas últimas décadas o conhecimento médico, expressado em vacinas e outras medidas simples tanto em técnicas complexas e custosas, dissimulam o quadro. Porém, não importa nessa discussão se uma técnica é custosa ou simples. O importante é que esteja adequada à realidade das questões sanitárias. Realmente o quadro tem mudado mas não totalmente favorável ao avanço puro e simples da prática médica. Basta ver as epidemias de sarampo, febre amarela, e outras, bem como constatar a correlação destas epidemias, da subnutrição, do analfabetismo, e outras, com as condições sanitárias e econômicas das populações acometidas. Não se pode desprezar a experiência de 200 anos em favor de uma experiência de 20 anos.

Sem dúvida, a especialização das ações de saúde, em especial da assistência médica, não são negadas enquanto contribuições para a evolução técnico-científica. Diria-se que, infelizmente, os países pobres não se limitam a sofrer somente as doenças tradicionais dos pobres. Todavia, a sofisticação necessária para a manutenção do *status quo* e até da sobrevivência material dos especialistas não pode ser um determinante da política governamental, que passa a relegar para a marginalidade do desemprego, sub-emprego e desvalorização social as atividades essenciais, não inseridas no contexto mercadológico, como a medicina preventiva e a educação em saúde pública, que caracterizam-se como essencialmente multi e interdisciplinares e totalmente dependentes da esfera pública. De fato, "...a saúde na sociedade não pode ser considerada menos importante que as tarefas de distribuição de justiça e de segurança das pessoas, não devendo, por isso mesmo, estar sujeita aos mecanismos de mercado e aos fatores condicionantes dos descaminhos éticos e das distorções assistenciais..." (Gentile de Mello⁶), o que vale tanto para as atividades curativas quanto para as atividades preventivas e o que, na prática, implica o divórcio, totalmente prejudicial, entre ambas.

Aqui, os utilitaristas certamente argumentariam que a idéia de que as assistências à saúde devem ocupar posição totalmente privilegiada, não estando sujeitas, em nenhum momento, às forças do mercado, é somente ideológica e que isso também levaria a distorções muito sérias, sendo tão más as conseqüências como as de deixar tudo ao mercado, sem nenhuma intervenção. Depois perguntariam: por que dar essa

posição à saúde e não à alimentação? Diriam que, para bem ou mal, a provisão de assistências à saúde é mais como a de alimentos de que como a de justiça: a produção de justiça não requer recursos econômicos importantes e não sofre tanto o problema do consumidor desejar, às vezes, muito mais do que precisa.

É evidente que seria vantajoso para os pobres se também a provisão de alimentos fosse tão privilegiada quanto o que o assim chamado "partido sanitário" pretende que sejam as assistências de saúde. Basta aqui comentar que as necessidades de saúde e alimentação são muito bem definidas e previsíveis para o ser humano - do ponto de vista fisiológico, praticamente independentes da consideração sobre o que o indivíduo deseja. Também, deve-se diferenciar uma política que possa possibilitar o que o indivíduo realmente necessite em termos fisiológicos quanto à saúde e alimentação, de outra que o faça acreditar que ele pode consumir o que o fazem desejar em termos de saúde e alimentação, apesar da saúde e da alimentação serem bens limitados, conforme o próprio argumento utilitarista, por requererem recursos econômicos. Por sua vez é inteiramente equivocado pensar que a produção de justiça não requer recursos econômicos importantes, a não ser que se acredite que os criminosos possam ser enfrentados com espingardas de rolha e as questões demandadas na justiça sejam resolvidas sem promotores, juízes e demais profissionais com uma formação competente e adequadas condições de trabalho. Da mesma forma, quando se admite a existência de um "partido sanitário" deve-se admitir a existência de um "partido do clínico geral", de um "partido ginecológico", assim por diante para cada especialidade médica. De acordo com isso, sendo a Saúde Pública uma especialidade médica delimitada como uma disciplina científica, de qualquer modo é preferível que seja cultivada por um "partido sanitário" do que pelo "partido do super-médico" ou pelo "partido ginecológico".

PESQUISA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA NA MEDICINA

A promoção da saúde requer a formação de equipes constituídas de elementos de várias categorias profissionais: médicos, engenheiros, enfermeiros, veterinários, odontólogos, nutricionistas, biomédicos, fisioterapeutas, administradores hospitalares, psicólogos, terapeutas ocupacionais, economistas, fonoaudiólogos, educadores, assistentes sociais, estatísticos, além de outros.

Nos países subdesenvolvidos o processo educacional e a imagem da atividade de pesquisa científica perante os dirigentes políticos e repassada ao povo, em geral correspondem a uma estrutura político-ideológica desvinculada da realidade nacional²². Ao adotar as diretrizes da econo-

mia utilitarista, as atividades dependentes do apoio governamental, ou seja, aquelas que constituem os serviços públicos, como a medicina preventiva, a educação e a pesquisa científica, são apenas suportados ou como excêntricas, ou em função das necessidades dos estruturalmente pobres, da pobreza inerente ao sistema, sendo supridos segundo a lógica Keynesiana. Para Keynes apud Silveira²³ a fim de que os serviços públicos possam cumprir sua função social de contribuir para o pleno emprego, devem ser contratados trabalhadores mesmo que seja para abrir buracos e depois fechá-los, ou seja, "... o governo interfere quando a poupança supera o investimento, toma emprestado o excesso de poupança e gasta o dinheiro em projetos socialmente úteis, que não aumentem a capacidade produtiva da economia nem diminuam as oportunidades de investimento no futuro. Estes gastos do governo aumentariam as injeções de recursos na corrente de gastos e criariam o equilíbrio a pleno emprego. Fazendo isso, o governo não aumentaria o estoque de capital. Portanto, diversamente dos investimentos, isto não dificultaria atingir-se um nível de produção a pleno emprego no período seguinte..." Claro está que, sob esta lógica, o serviço público é um fator de benefício social mas, mais do que isso, um favor aos pobres e desempregados mesmo porque, como não dão lucros, os gastos com obras e serviços públicos são aí considerados como "improdutivos"²³. Mais ainda, o clientelismo político, determinando o emprego no setor público, favorece a prevalência dessa lógica e acaba ciclizando o processo que predispõe a ineficácia administrativa do setor.

A marginalização da pesquisa científica em saúde, especialmente a pesquisa básica, identifica-se com a marginalização de qualquer outra atividade cultural. A crença habitual de que esta atividade é um luxo descabido para um país pobre e está sendo exercida pela boa vontade de uma elite, faz com que os sacrifícios da sua consecução sejam considerados inerentes à própria prática*. Por sua vez, uma análise da produtividade científica e dos diferentes temas abordados pode revelar uma certa limitação destes aos temas e abordagens prevalentes nos grandes centros, o que pressupõe a aceitação mais ou menos generalizada dos valores da "ciência neutra"⁵.

Conforme Martínez Silva apud OPAS¹³, com a recente explosão de conhecimentos produzidos nas disciplinas biológicas básicas, a biotecnologia adquire um papel cada vez mais importante no avanço sócio-econômico das nações, o que demonstra a importância do desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas próprias e também a necessidade de que o mercado nacional seja considerado como um bem peculiar,

para que setores de ponta como este possam evoluir para dimensões internacionalmente competitivas.

Quanto à questão da pesquisa ser rentável ou não, mesmo ciente de que a pesquisa médica também gera produtos e, portanto, riqueza, esta é secundária aos benefícios humanitários dessa área específica de investigação e aos benefícios culturais gerados por investigações científicas competentemente realizadas em qualquer área do conhecimento. Agora, considerar um mercado nacional como um bem de seu povo é uma posição política essencial que não significa necessariamente proibir a entrada de produtos ou de empresas internacionais nesse mercado, mas fiscalizar para que sirvam aos interesses nacionais²³.

Essa chamada "reserva de mercado" sempre funciona, não só para o Brasil como para outros países, inclusive os EUA. Apenas para ilustrar, os EUA, em 1983, proibiu a importação, até 1988, de motocicletas acima de 800 cilindradas, com o objetivo de dar, dentro desses cinco anos de "reserva", tempo para que a indústria norte-americana de motocicletas alcance sua total maturidade e se torne competitiva com relação à indústria japonesa que até então ocupava cerca de 91% do mercado americano do setor. No que trata especificamente da biotecnologia, tomando apenas o setor de aplicação em medicina humana, este é um mercado potencial de cerca de US\$ 5 bilhões que, somando-se às outras aplicações, leva a uma estimativa pessimista de cerca de US\$ 50 bilhões, sendo que os EUA, entre 1963-1981, detêm cerca de 50% das patentes do setor registradas no mundo, caso semelhante ao setor de informática, daí a origem dos argumentos contra medidas protecionistas de outros países nesses setores.

Na maioria dos países latino-americanos revela-se um processo social, de natureza predominantemente política que "...se tem caracterizado pela inércia ou resistência ao câmbio, expressão fundamental da atitude conservadora prevalente. A Universidade, como síntese do processo social e espelho das contradições que se observam na sociedade, sustenta esse comportamento, perpetuando-se internamente como estrutura conservadora, se bem que se pronunciem nela discursos revolucionários. Em consequência, tem também servido para consolidar o *status quo* de nossas sociedades, mediante a consolidação e reprodução de valores estabelecido se alienantes....Por isso, os métodos de planificação empregados no desenvolvimento de recursos humanos de saúde encerram graves limitações. Quando esses recursos se concebem em função de

* Notícia no jornal "Folha de São Paulo", 7/12/84. p. 21.

necessidades definidas desde o ponto de vista técnico, os planos formulados não se ajustam à realidade. Sem dúvida, se os recursos projetam-se segundo as demandas expressadas - e sustentadas politicamente de acordo com a distribuição do poder social - estamos apoiando a manutenção do *status quo* e passando por alto a atenção dos grupos carentes de poder. O mesmo sucede quando se planifica os recursos humanos de acordo com a oferta de serviços ou recursos disponíveis, pois a situação é o resultado histórico de uma evolução social caracterizada por persistentes desigualdades..."(Macedo¹⁰). Assim, a investigação em saúde na América Latina é "...escassa e dependente; não surge como produto da problemática de saúde dos países latino-americanos, tal qual os processos de formação de recursos humanos em saúde e, em particular, de recurso médico, que parecem totalmente desvinculados da realidade social, obedecendo a influências externas, em ocasiões totalmente alheias às próprias necessidades desses países..." (Rodriguez¹⁶).

É perceptível, então, que a colocação prática dos resultados da pesquisa científica em saúde constitui um ponto crucial da questão. Os fatores que incidem nesta colocação são complexos e têm causas econômicas, sociais e culturais. No caso da investigação aplicada deve haver um intercâmbio dinâmico entre investigadores e administradores para identificar os problemas prioritários e planificar as investigações que sejam necessárias¹⁹. No caso da investigação básica deve haver uma compreensão mais nítida sobre o condicionamento de temas e abordagens, reforçado pelos critérios da consagração de *status* profissional, o que tem implicado na alienação social da prática científica²³. No que se refere à preparação de pessoal encarregado das ações de saúde cabe revolucionar o "papel historicamente determinado de reproduzir a organização dos serviços de saúde, na preservação de práticas e conhecimentos específicos" que resguardam os conteúdos ideológicos dominantes (Quadra e Amancio¹⁵). Finalmente, em virtude da ação de saúde ser eminentemente multi e interdisciplinar é preciso evitar que o conflito de grupos profissionais se reflita na prática científica ou considerar que "...esta falsa idéia de que certos campos do conhecimento só poderão ser lavrados por certos graduados tem causado muitos problemas..." e que "... os indivíduos mais capacitados para promover o avanço do conhecimento em determinada área são aqueles despreocupados com os direitos e vantagens oferecidos pela área que resolveram cultivar..." (Prado¹⁴).

DISCUSSÃO

A institucionalização da medicina, o combate ao corporativismo, o incremento das ações pre-

ventivas e educativas para a promoção da saúde coletiva e o direcionamento mais realista do ensino e das pesquisas científicas e tecnológicas do setor, apesar de serem teses propriamente técnicas, não são entendidas como tal.

É interessante o fato de que qualquer iniciativa que vise a distribuição equitativa do bem-estar social seja invariavelmente subversiva no contexto ideológico de nossa sociedade. Da mesma forma, estas iniciativas são sempre julgadas sob o ponto de vista do ativismo político e, de um modo imprevidente e falho, entendidas como marxistas. Isto porque as idéias de Marx são reverenciadas em quase todos os movimentos socialistas, obviamente em decorrência da importância dessas idéias mas também pelo fato de Marx ter sido muito ativo politicamente, mais precisamente um militante político. Confunde-se, então, comumente, a luta organizacional e política a nível prático como a única forma de ação capaz de refletir o conflito de classes.

No entanto, este conflito pode ser simplesmente visto como uma luta de idéias, "uma luta para ganhar o coração e a mente" dos indivíduos de todos os segmentos da sociedade, bem como uma busca do entendimento do nosso sistema social com suficiente clareza para que se possa transformá-lo efetivamente através de um humanismo que conduza à plena realização do potencial humano⁹. Sob este ponto de vista, no entendimento de que o conflito de classes se manifesta no campo das idéias, a apresentação daquelas iniciativas que sejam apenas idéias também devem ser consideradas como atividade política da maior importância.

Um exemplo clássico deste tipo de iniciativa, que cumpre mencionar também como referência para uma visão crítica mais aprofundada do utilitarismo, é a obra de Veblen^{27,28,29}. Tão impressionante é a subestimação desta obra quanto a força das idéias e do estilo do autor que, "... freqüentemente, tinha o tom de um estranho ou de um cientista social que se tivesse socializado em uma cultura estrangeira mais avançada sob os pontos de vista social, intelectual e moral do que a cultura norte-americana de sua época; ele registrava e relatava os traços estranhos e 'bárbaros' da cultura americana mais ou menos da mesma maneira como os antropólogos da época relatavam os costumes de culturas 'primitivas'." (Hunt⁹).

Há que se perceber uma lógica histórica que evolui no sentido da massificação do pensamento, esta que insiste em classificar e rotular e por isso está fechada ao discernimento construtivo.

A história humana confunde-se com a história da evolução das instituições sociais. "...À medida em que os hábitos de pensamento dos

homens são moldados pelo processo competitivo de aquisição e posse; à medida em que suas funções econômicas estejam implícitas na propriedade de riquezas ... e em sua administração e finanças..., sua vida econômica favorece a sobrevivência e o reforço do temperamento e dos hábitos de pensamento predatórios. No sistema moderno... os trabalhos pecuniários preparam muito bem as pessoas para a linha geral das práticas associadas à fraude..." (Veblen²⁸).

Esta atividade predatória, na atualidade, é de certa forma menos patente e imediata do que nas sociedades bárbaras, por isso mesmo a posse de riqueza e poder não é suficiente se não é ostentada claramente porque é necessário uma evidência exterior e "... a evidência da riqueza serve para impressionar os outros... e para manter vivo e alerta este senso de importância." Assim, aquilo que é acessível para a gente comum é considerado vulgar pelos ricos. Os pobres, por sua vez, "...inteiramente absorvidos pela luta pelo sustento diário... não podem dar-se ao luxo de se esforçar para pensar no que poderia acontecer num futuro muito próximo... e os que são prósperos... têm pouca oportunidade de ficar descontentes com a situação de hoje." (Veblen²⁸). Deste modo, também as eventuais negociações entre os indivíduos são "um conflito de forças hostis, baseado no princípio estratégico aceito de que uma das partes deve ganhar e a outra deve perder" (Veblen²⁹) e que a atividade que não implica domínio ostensivo de indivíduos passivos é considerada como "um sinal de que o homem que a exerce não possui um mínimo de bravura que lhe permita ser considerado um homem em boa forma." (Veblen²⁷).

O que se pretende evidenciar abordando os aspectos ideológicos citados é o problema de ordem moral que está envolvido quando a questão é preservar a vida humana e a saúde. Percebe-se que não é tão difícil a consecução do avanço técnico-científico e econômico quanto a tarefa de sobrepor a este avanço a autoridade de um sistema moralmente humano (Robinson⁷).

Um sistema moralmente humano é particularmente exigido para as nações da América Latina. Em especial, sua implantação depende de uma estratégia educacional destinada a provê-las com recursos humanos formados de acordo com os requisitos inerentes ao desenvolvimento social. Esta estratégia deve considerar, principalmente, a superação de algumas das características apontadas por Richers¹⁶, quais sejam, a ênfase em carreiras tradicionais, onde o prestígio social pesa mais do que as oportunidades de emprego e de inovação profissional; os esquemas tradicionalistas de ensino; a quase total ausência de investigação formal e, quando existe, a predominância de temas emprestados das sociedades avançadas; a improvisação e a elitização por nível

econômico da população docente e discente. "...Não há nenhum país subdesenvolvido capaz de adotar o ideal democrático em sua plena amplitude, ao abrir as portas de suas instituições de ensino à totalidade da população, sem prejudicar os quesitos de qualidade dos ideais produtivistas e/ou humanísticos." (Richers¹⁶). Todavia, diferentemente do que conclui aquele autor, uma política voltada primordialmente ao produtivismo não pode ser controlada por uma filosofia de educação "...que dê uma ampla margem a atitudes dirigidas à responsabilidade e à autonomia de pensamento e ação..." (Richers¹⁶) porque essa filosofia simplesmente não existe se não houver um treinamento humanístico concomitante.

Richers¹⁶ está se referindo às características do sistema educacional latino-americano de um modo geral, entre os quais o sistema educacional médico. Evidentemente não se ataca a profissão médica pelo desejo de lucro e por pesar mais o prestígio social do que as oportunidades de emprego. O que se quer evidenciar é que o desejo de lucro e a necessidade de manter o prestígio social são decorrentes da estrutura social à qual está subordinada a profissão médica, baseada essa estrutura em conceitos doutrinários da ideologia utilitarista. Nem mesmo o médico ou outro profissional da saúde que defenda essa estrutura social poderia ser atacado por isso. Em suma, deve-se estar ciente de que se deva considerar o ser humano como inalienavelmente atado, em maior ou menor grau, às mais diversas circunstâncias, muitas vezes de modo a não poder sequer ter liberdade de pensar e agir segundo sua própria consciência. No mais, basta que se efetue uma análise dos fatores dessa estrutura social para se verificar que são as idéias privatistas que concorrem para uma visão estagnada e dogmática da política de saúde.

Ainda, na verdade, é um grande erro supor que a democracia implica a necessidade de admitir à universidade a qualquer pessoa. Porém, a idéia utilitarista é de que somente devem ser admitidos "os mais inteligentes" através de uma avaliação da inteligência, com fins seletivos ou comparativos, que não considera efetivamente as condições necessárias à sua devida constituição, ou mesmo com relação à preparação do indivíduo. Neste sentido há uma diferença considerável entre países pobres e ricos e entre suas práxis democráticas. Como em tudo o mais, o que o utilitarismo beneficia ao povo da metrópole, o faz às custas de não estendê-lo ou mesmo em função de prejuízos aos países periféricos. Ora, democracia não é apenas "um conceito político". Democracia é um *regime político* baseado principalmente nos princípios da soberania popular e da distribuição equitativa do poder. É certo que a democracia não estabelece um "direito" a qualquer bem ou serviço, mas também não estabelece a ausência desse "direito" e,

afinal, quais são os países subdesenvolvidos que efetivamente são governados sob um regime democrático duradouro?

A compreensão e o treinamento no processo democrático e a adequação da aprendizagem ao exercício profissional mais adequado ao bem-estar social só pode ser efetuado, nestes países, sob sólidas bases humanísticas. Sobretudo, "se o aluno faz apenas o que seus instrutores lhe dizem que faça, lê somente o que eles recomendam e depende exclusivamente da avaliação que eles fazem de sua realização..." (Miller¹¹), não há estímulo ao pensamento crítico e nem possibilidade de independência educacional que possa reverter o quadro atual, pois o condicionamento intelectual impedirá qualquer atitude de transformação. Ainda mais, esta orientação, especialmente na prática médica, além de ratificar, em nome da liberdade, o espírito concorrencial ganancioso, parece ser responsável também pela posterior submissão inquestionável aos "opinion makers", cujos artigos, subvencionados e publicados pelos laboratórios que se interessam em vender determinados produtos, condicionam a assistência médica à prescrição medicamentosa, testes laboratoriais e materiais onerosos e, muitas vezes, desnecessários ou inadequados⁶.

Nenhuma transformação poderá ocorrer se não houver um questionamento capaz de atingir a estrutura. Normalmente a discussão gira em torno de argumentações banais como: "...A prioridade deve se fundamentar em estender as ações básicas de saúde a toda a população, respeitando as características regionais..." (Martins Filho)*. Ora, certamente não há essa possibilidade enquanto, por exemplo, as enfermeiras forem utilizadas com desprezo e miseravelmente remuneradas, muitas vezes solicitadas para "lavar e passar roupa", ou enquanto a adequação de currículos não for uma preocupação constante e relativamente facilitada dos órgãos de regulação profissional, em geral centralizadores e refratários ou negligentes à opinião daqueles que efetivamente estão no exercício da profissão e mais aptos a captar os requisitos para uma formação condizente com os avanços técnico-científicos**.

Pode-se constatar, historicamente, que "a saúde tem sido um meio para ampliar o papel e a autoridade do Estado e, embora suscite em amplo consenso, também provoca divergências e conflitos acerca dos meios para obtê-la³⁰". Tratando-se de uma interferência estatal imprescindível, cumpre notar apenas o processo adotado, que busca preservar uma concordância com

princípios doutrinários impossíveis de serem entendidos ao setor. Neste sentido o poder político e o expansionismo da casta médica foi estimulado e amplificado²¹, tornando-se um dos principais agentes da burocracia administrativa estatal que, devido às suas características de funcionamento autônomo, sobrepõe-se, com elevado grau de controle, sobre as atividades governamentais⁸. Na América Latina este fato tem provocado distorções tanto na organização da assistência à saúde quanto na formação de outros profissionais especializados²⁰

Já em 1946 a Organização Mundial de Saúde definia a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não mais apenas como a ausência de doença. Atualmente, a saúde do homem e a saúde do meio ambiente são reconhecidas na sua relação de crescente interdependência. Nesta relação encontram-se problemas díspares como o crescimento populacional e a fome²⁶ ou as conseqüências de uma guerra nuclear, preocupação que recentemente destacou com a láurea do prêmio Nobel da Paz a atividade de uma associação médica internacional³.

É evidente, portanto, que a saúde não pode ser um setor isolado. A ausência de entidades governamentais com responsabilidades pela ação intersetorial é um dos entraves institucionais ou burocráticos. Quando tais entidades existem faltam muitas vezes uma responsabilidade ou objetivos específicos. Devem planejar-se mecanismos para vencer as rivalidades e o comportamento autoprotetor das burocracias. O setor saúde necessita mostrar que está disposto a contribuir para outros setores por meio de troca de informações, atividades de formação e outros tipos de apoio⁷.

As divergências e conflitos acerca dos meios para obter a saúde - um direito fundamental do ser humano - devem estar além das rivalidades e dogmas. Sendo assim, podem ser importantes para a busca de soluções para o setor desde que, obviamente, desarticuladas de interesses mercantis, os quais devem ser identificados a partir de um questionamento ideológico, mas sem aquela apreciação preconceituosa que conduz a classificações discriminatórias onde se identificam idéias com facções político-partidárias.

O setor saúde, assim como outros setores essenciais ao bem-estar social, como a educação, a justiça, a cultura e a ciência, devem encontrar seu próprio caminho, talvez definindo ideologias próprias. Nenhuma retórica política proverá a transformação prática dentro da atual estrutura

* Notícia no jornal "A Folha de São Paulo", 10/03/85, p.12.

** Notícia no jornal "O Biomédico", nº 6/7, 1986.

ideológica disseminada nestes setores. É preciso elucidar que não será uma nova ordem socializante e mais humanitária para o setor saúde que irá abalar a estrutura capitalista e sim, ao contrário, que a adoção dos princípios utilitaristas desta estrutura é que, ao que parece, tornará este e alguns outros setores cada vez mais ineficientes e destruidores do sistema. Também, sob este aspecto, talvez seja possível refletir melhor sobre algumas das razões porque entre os temas dos artigos publicados em "Educación médica y salud" no período 1966-1982, segundo a classificação de Nogueira, nenhum enquadra-se nas categorias de Ideologias Profissionais, Administração de Pessoal e Associações e Sindicatos¹².

Por fim, poderia se perguntar como é possível considerar a saúde sempre como um direito e nunca como também um dever do indivíduo. A resposta seria a de que a partir do momento em que os indivíduos pudessem ter a consciência de que a saúde também é um dever que lhes cabe,

sobreviria uma organização social capaz de efetivar mecanismos que garantam o cumprimento desse dever, transformando-o, portanto, num direito legítimo de todos. É evidente que só é possível cumprir um dever quando tenho as devidas condições para isso ou possa efetivamente criá-las, devendo considerar injusto ou até criminoso tudo o que é feito no sentido de impedir esse cumprimento. Logo, se o caminho ético do utilitarismo foi capaz de proporcionar essa consciência, assim como certas categorias de bem estar, em algumas poucas nações e para alguns poucos indivíduos, a expansão dessa consciência e daqueles mesmos benefícios, para além de certo limite, não tem sido possível porque significa o fim dos privilégios, o fim do assistencialismo, o fim de qualquer poder que não proporcione àquela população uma contrapartida de seus direitos em relação aos seus deveres e, por consequência, o fim da maioria dos dogmas do próprio credo utilitarista.

SILVEIRA, P.F. [On the deontology of government interventionism in the health sector]. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 22: 221 - 32, 1988.

ABSTRACT: The attitude adopted to problems in the health sector is based on principles which arise from the doctrine of utilitarian philosophy which imposes a perspective of individualization incapable of providing structural solutions. The process which defines the mercantilization, the corporative system, the preventive and educative action in public health and both basic scientific investigation as well as that applied in Medicine is described in such a way as to characterize some of the causes and the effects of this perspective. By means of the inter-connected analysis of the problems of health assistance, of education and of cultural, scientific and economic development, the tendency to resist the movement to replace this perspective and the consequence inertia of the evolution of the health sector is discussed. By this analysis it is also to be seen that the utilitarian principles produce the inverse effect to that desired by the political guide-lines adopted, that is to say, when they make the health sector inefficient, they then become a threat to the social order which it wishes to maintain. Thus it is concluded that the demands of the institutional concentration of health actions, of the technical division of labor and of the development of adequate technologies of process, can be integrated into present political practice on the basis of this understanding.

UNITERMS: Health. Ethics. Sociology, medical. Health policy. Health education. Science.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHEIRO, J. da R. Aprimoramento e formação de recursos humanos para a saúde. *Cad. FUNDAP*, S. Paulo, 5(10): 62-5, 1985.
- DURAND, J.C. Profissão e saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cad. FUNDAP*, S. Paulo, 5(10): 4-23, 1985.
- FERRARI, B.T. Guerra nuclear: cientistas lutam pelo desarmamento. *Rev. bras. Clin. Terap.*, 15: 6-11, 1986.
- GARCIA, J.C. *La educación médica en América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1972. (OPAS - Publicações Científicas, 255).
- GARCIA, J.C. *La investigación en el campo de la salud en 11 países de la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1982.
- GENTILE DE MELLO, C. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977. (Coleção "Saúde em Debate")
- GUNATILLEKE, G. A saúde não pode ser um setor isolado! *Saúde do Mundo*, (mar.): 7-9, 1986.
- HEADY, F. *Administração pública: uma perspectiva comparada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.
- HUNT, E.K. *História do pensamento econômico: uma perspectiva crítica*. Rio de Janeiro, Campus, 1982.
- MACEDO, C.G. de La universidad y la salud para todos en el año 2000. *Educ. méd. Salud*, 19: 259-65, 1985.
- MILLER, G.E., org. *Ensino e aprendizagem nas escolas médicas*. São Paulo, Ed. Nacional/EDUSP, 1967. (Coleção Atualidades Pedagógicas, v. 92).

12. NOGUEIRA, R.P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educ.méd.Salud*, 19: 25-45, 1985.
13. NUEVAS direcciones para el Comité Asesor de la OPS en Investigaciones de Salud. *Bol.Ofic.sanit.panamer.*, 100: 203-20, 1986.
14. PRADO,J.L. Pesquisa biomédica e cursos biomédicos. *Cienc.Cult.*, 30: 1211-3, 1978.
15. QUADRA, A.A.F. & AMANCIO, A. A formação de recursos humanos para a saúde. *Cienc.Cult.*, 30: 1422-6, 1978.
16. RICHERS, R. *Rumos da América Latina - desenvolvimento econômico e mudança social*. São Paulo, Ed. Edgard Blücher/EDUSP, 1975.
17. ROBINSON, J. *Freedom and necessity*. New York, Pantheon Books, 1970.
18. RODRIGUEZ, M.I. El trabajo científico en la formación de profesionales de salud. *Educ.méd.Salud*, 13: 212-31, 1979.
19. RODRÍGUEZ, R.J. & PABÓN, H. Marco conceptual de la investigación aplicada a servicios de salud. *Educ.méd.Salud*, 15: 40-7, 1981.
20. SCHAEFER, M. & PIZURKI, H. Human resources for health for all: an approach to the development of national policies. *Wld Hlth Statist.Quart.*, 37: 52-83, 1984.
21. SCHAEFER, M. La recherche d'une nouvelle race de médecins: débat. *Forum mond.Santé*, 6: 329-49, 1985.
22. SILVEIRA, P.F. A imagem da ciência e o processo educacional: uma abordagem crítica sobre a interferência ideológica. *Tecnol.educ.*, (74): 22-33, 1987.
23. SILVEIRA, P.F. Contribuição ao estudo do desenvolvimento econômico sob oligopólio na sua relação com o desenvolvimento científico. *Cienc.Cult.*, 37: 1108-24, 1985.
24. THOMPSON, W. *An inquiry into the principles of the distribution of wealth most conducive to human happiness*. London, Wm. S. Orr & Co, 1850.
25. THOMPSON, W.S. *Population problem*. New York, McGraw Hill, 1936.
26. UNESCO. Ano mundial da população. *Corr.Unesco*, 2(7): 1-34, 1974.
27. WEBLEN, T. The instinct of workmanship and the irksomeness of labor. In: Veblen, T. *Essays in our changing order*. New York, Augustus M. Kelley, 1964.
28. WEBLEN, T. *The theory of the leisure class*. New York, Augustus M. Kelley, 1965.
29. WEBLEN, T. *Absentee ownership and business enterprise in recent times*. New York, Augustus M. Kelley, 1964.
30. VERONELLI, J.C. Ministerios y sistemas de servicios de salud en América Latina. *Bol.Ofic. sanit. panamer.*, 100: 1-32, 1986.
31. WHITE, W.D. Why is regulation introduced in the health sector? A look at occupational licensure. *J. Hlth. Pol. Law*, 4: 536-52, 1979.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World directory of medical schools*. 5th ed. Genebra, 1979.

Recebido para publicação em 14/8/1987

Reapresentado em 14/1/1988

Aprovado para publicação em 20/3/1988