001730-2
DF-IPLAN-1116

SAU 307

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

IPEA/IPLAN/CNRH

Seminário sobre POLÍTICA SOCIAL (S A Ú D E)

Documento elaborado por Solon Magalhães Vianna e Sérgio Francisco Piola para apreciação dos participantes do Painel sobre Saúde.

(1ª Versão não revista)

SAU 307

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA
APLICADA
CDTI/DBD
TOMBO
Nº 9943-0
DATA 20 / 09 / 93

SAU 307

IPEA INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

S U M Á R I O

I - Introdução..... 1

II - Nível de Saúde..... 4

III - As Questões Centrais..... 16

A - Universalização e Equidade 17

B - Descentralização..... 27

C - Financiamento Setorial..... 36

a) Problemas..... 36

b) Alternativas..... 49

IV - Comentários Finais..... 57

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
1	BRASIL: Consumo de serviços médico-hospitalares providos pela Previdência Social - 1971-1980	21
2	BRASIL: Consumo de serviços médico-hospitalares providos pelo INAMPS, segundo diferentes regiões - 1980.	22
3	BRASIL: Recursos repassados pelo MS para diferentes regiões do país, segundo principais campos de atuação do Ministério - 1982.	24
4	BRASIL: Distribuição regional do PIB, população e despesa de assistência médica (INAMPS) - 1980.	25
5	BRASIL: Gasto estimado em saúde - 1982.	39
6	BRASIL: Participação dos gastos do INAMPS nas despesas totais do SINPAS - 1970/82.	41
7	BRASIL: Gastos totais do INAMPS e "per capita" no período 1980/82.	42
8	FINSOCIAL - Recursos arrecadados, alocados, comprometidos e efetivamente transferidos - 1982-outubro de 1983.	46

I. Introdução

01. O denominado sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, a despeito de seu largo alcance social, é - em inúmeros aspectos - vulnerável a análises mais consistentes.

02. Mesmo tendo obtido resultados favoráveis em certas áreas específicas e alcançado incrementos substanciais em sua cobertura, sobretudo na última década, o sistema de saúde é reconhecido como deficiente no atendimento das aspirações de sua clientela e impotente para - por si só - gerar melhorias significativas no nível de saúde coletiva, particularmente em condições sociais e econômicas adversas.

03. Consumidores, produtores de serviços e o próprio Governo não escondem seus desagrados e contrariedades com a organização e o desempenho do sistema. Parte deste descontentamento poderia ser explicado como decorrente de um aumento nas aspirações de consumo de parcela significativa da população, tornando-a mais exigente quanto aos bens e serviços a sua disposição. Outra parte, porém, menos subjetiva e mais importante, diz respeito aos padrões quantitativos, qualitativos e de custos de serviços de saúde considerados com frequência como, respectivamente, insuficientes, inadequados e exagerados.

04. Os usuários do sistema - vale dizer, aqueles que já alcançaram acesso regular aos serviços de saúde , queixam-se sobretudo (FSP, 20.11.83) da incapacidade do sistema em reproduzir o conforto e a presteza do atendimento personalizado que tipifica

a prestação de serviços quando provida - como foi no passado - pela medicina liberal na sua forma ortodoxa. Essa incapacidade, ainda não resolvida sequer pelos países mais ricos ou pelas sociedades mais avançadas, é evidente mesmo quando o estado proporciona a maior parte da assistência médico-hospitalar através do setor privado, como acontece no Brasil.

05. Os produtores, por sua vez - principalmente médicos e empresários do setor - não escondem a insatisfatoriedade com sua dependência às inusitadas relações de mercado que, por necessidade de sobrevivência, mantêm com os órgãos governamentais, particularmente o INAMPS.

06. A categoria médica - majoritariamente assalariada - contesta os baixos padrões de remuneração. Na prática, contorna esse inconveniente com jornadas de trabalhos menores (admitidas na prática), atendimentos sumários e pelo exercício simultâneo de duas ou mais situações de trabalho, tanto no setor público como na área privada, muitas vezes em condições insólitas de nítido conflito entre uma e outra, como nos casos em que o jargão setorial convencionou chamar de "dupla" ou "múltipla militância". Enquanto isso, parcela cada vez mais expressiva da categoria, que incorpora mais de 8 000 profissionais a cada ano, enfrenta um mercado de trabalho difícil em nítida recessão.

07. Os empresários, como os proprietários de hospitais, clínicas e de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, deblateram contra os preços irreais fixados pela previdência para o pagamento dos serviços compactuados, o qual representa em quase toda a rede privada, o compontente mais importante de sua receita.

08. Esses preços - tantos os referentes a honorários médicos, como os que remuneram outros serviços (diárias hospitalares, etc), situam-se abaixo dos valores de mercado: em contrapartida são compensados pela reserva de mercado ou por largo expectro de expedientes que vão desde a fraude mais ostensiva até a multiplicação desnecessária de procedimentos (ou a opção por outros que sejam melhor remunerados) e a comercialização de estoques de medicamentos comprados no atacado e cobrados ao INAMPS a preços de varejo.

09. Por fim, o governo, sob a pressão desses múltiplos interesses procura administrar a incompatibilidade entre o consumismo nos serviços médicos dos anos 70, com a vontade política declarada de fazer com que o compromisso internacional de "Saúde para todos no ano 2.000" seja mais do que mera manifestação retórica.

II. Nível de Saúde

01 A avaliação do nível de saúde da população brasileira quando realizada através de taxas, coeficientes ou índices que expressam médias nacionais, apresenta resultados favoráveis sobretudo quando a análise é feita numa perspectiva de longo prazo:

- a taxa de mortalidade geral era de 14 óbitos por 1 000 habitantes na década de 50, passou para 10/1000 na de 60 e hoje situa-se em torno de 8 a 9/1000;
- a taxa de mortalidade infantil passou de 113/1000 em 1964 (EPEA) cerca de 90 óbitos em cada 1 000 nascidos vivos em 1980 (MS);
- a vida média duplicou neste século (RADIS). Há 80 anos a esperança de vida ao nascer estava em torno de 33 anos. A partir da segunda metade da década passada atingiu a pouco mais de 60 anos.

02. O otimismo que esses resultados podem gerar, deve no entanto, ser relativizado, especialmente se a intensão for atribuí-los ao desempenho do sistema de saúde, considerando que:

- refletindo médias em uma sociedade de grandes desigualdades, mascaram a distribuição social das melhorias alcançadas;
- não demonstram o impacto de patologias de alta prevalência, mas baixa mortalidade, como é o caso das doenças endêmicas, mentais, etc.

. parecem resultar menos da ampliação da atenção médico hospitalar do que do aumento da renda e condições gerais de vida que beneficiaram percentual significativo da população.

03. Na verdade as condições de higidez coletiva - paradoxalmente mensuradas de forma negativa, ou seja, mediante a quantificação da ausência de saúde expressa em taxas de mortalidade e morbidade - ou mesmo quando avaliadas sob o prisma de indicadores positivos, como a expectativa de vida, tem sua melhoria distribuida desigualmente entre os diferentes grupos sociais.

04. A esperança de vida, a mortalidade geral e infantil e tantos outros indicadores sociais e econômicos, apresentam diferenças substanciais quando desagregados por faixa de renda, por diferentes regiões ou segmentos populacionais não homogêneos.

05. Em 1970 a esperança de vida ao nascer oscilava de 49,9 anos entre os mais pobres para 62 anos entre os mais ricos ou de 66,9 anos entre os mais ricos da região sul para 40 anos na população urbana mais pobre do Nordeste central (CARVALHO, J.A. Renda e concentração da mortalidade no Brasil. Estudos Econômicos 7, nº 1(1977): 107 - 130, s.p.)

06. Cinco anos depois (PNAD-75) a esperança de vida dos que ganham até 1 salário mínimo foi estimada em 54,8 anos para uma média nacional de 60,5, enquanto os que ganham mais de 5 salários têm uma vida média perto de 70 anos ( ), ou seja, bem mais próxima aos valores alcançados pelos países industralizados (74 anos nos EEUU).

07. Esses ganhos em anos de vida podem ser também constatados de forma indireta em outros indicadores. A população com mais de 60 anos que há 20 anos era inferior a 5% do total, atingiu em 1980 a 6,5%. O percentual de óbitos em maiores de 50 anos (indicador de SWAROOP e UEMURA) era de apenas 28% por volta de 1964 ( ); hoje está em torno de 48% (MS).

08. A mortalidade geral (9/1 000 habitantes), é próxima da observada nos países desenvolvidos. As comparações, entretanto, podem levar a conclusões falaciosas em decorrência da estrutura etária da população: no Brasil a população mais idosa, onde a mortalidade é maior, é bem menor em termos relativos, do que o grupo similar nos países mais ricos*.

09. O peso da mortalidade não se distribui equitativamente entre as diferentes camadas da população, variando de 6,9/1.000 na região Sul para 12/1.000 no Nordeste. O mesmo acontece com a mortalidade infantil que é de 113,3 nas crianças de famílias com renda inferior a 1 S.M. e de 56,3/1.000 entre as que ganham mais de 5 S.M. A média nacional é 91,6/1.000 (PNAD 75) ou 87/1.000(MS) conforme a fonte consultada.

10. Ademais a mortalidade proporcional por doenças transmissíveis quando desagregada por região, expressa de forma inequívoca as disparidades regionais e as diferenças do nível de vida entre

---

(*) Se no Brasil a população tivesse a mesma composição por idade e sexo dos países europeus, sua taxa bruta de mortalidade se situaria na verdade em torno de 14 a 17/mil (Martini)

as áreas mais pobres e mais próperas. Enquanto para o Brasil como um todo, o percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias é inferior a 15% (14,9%), nas regiões Sul e Sudeste esse valor desce para 8,7 e 10,2 subindo entretanto para 28,8% no Nordeste (MS/DNE)

11. Tudo isso contribui para demonstrar que os resultados positivos alcançados pelo país como um todo no grau de higidez da população parecem acompanhar a distribuição social do crescimento econômico.

12. Na atual estrutura de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas (acidentes, violências, etc) e o câncer, são respectivamente primeira, terceira e quarta causa de mortalidade no Brasil; se somadas superam por larga margem, as doenças infecciosas e parasitárias (2a. causa).

13. O Brasil, paradoxalmente, convive com um quadro epidemiológico em que estão presentes as patologias geradas pela pobreza e as sequelas da prosperidade. Em outras palavras: sem ter ainda equacionado o problema básico de saúde peculiares ao terceiro mundo, incorpora aceleradamente doenças próprias das sociedades industriais.

14. Assim no Brasil, hoje, somente 33% da população tem dieta calórica adequada, sendo que 48,6% apresenta um déficit energético de mais de 200 Kcal/dia, percentagem que é de 63% no Nordeste e 68,2% nas zonas de fronteira (ARCOVERDE, pag.08. Segurança e Desenvolvimento).

15. A tuberculose e a hanseníase praticamente inexistentes ou reduzidas a valores meramente residuais em países industrializados, ainda constituem importantes problemas de saúde pública no Brasil.

16. A malária incide em parte apreciável do território nacional com cerca de 160 mil casos novos a cada ano (ARCOVERDE) . A doença é sobremaneira expressiva na Região Amazônica, onde seu controle encontra dificuldades peculiares. "O aumento da malária no Amazonas continua tendo como causa principal a implantação de projetos de desenvolvimento, onde o intenso movimento migratório e as construções temporárias dificultam a aplicação das medidas de proteção contra a doença (MS - pg.9).

17. Na última década a doença apresentou-se em ascensão. A taxa de morbidade passou de 8,2/100.000 em 1975 para 12,8/100.000 em 1979. O coeficiente de mortalidade embora baixo, mais do que duplicou, passando de 0,9/100.000 para 2,1/100.000 no mesmo período ( ).

18. A doença de Chagas, afetando predominantemente a população adulta jovem, além de ser altamente incapacitante, não tem tratamento específico reconhecido como eficaz. Ao contrário das demais endemias, tem mortalidade expressiva, sendo a 4a. causa mais importante entre as doenças infecciosas e parasitárias. A prevalência atual da infecção é da ordem de 6 a 8 milhões de casos em área que se estende do MA ao RS, através de 17 unidades da federação (ARCOVERDE) - pg. 9), correspondendo a 23% do território nacional.

19. A esquistossomose mansônica, com uma prevalência superior a 6 milhões de casos, é potencialmente perigosa para 40 milhões de pessoas, residentes em 11% do território nacional, que abrange do litoral do MA até o ES e ainda inclui grande parte de MG, Norte do Paraná, além de focos isolados em 5 outras unidades federadas (DF,PI, SP, SC e PA). No início dos anos 60, estimava-se que a doença atingisse a 7% da população brasileira; vinte anos depois o número absoluto é praticamente o mesmo, o que revela - em termos relativos - uma pequena diminuição da prevalência já que hoje a doença atinge a 5% da população brasileira, segundo estimativas mais recentes ( ).

20. As deficiências no saneamento ambiental, tornam pouco eficazes as medidas educativas, sendo que as migrações internas, a existência de moluscos transmissores por quase todo o território nacional e as conhecidas precariedades dos padrões de vida das populações mais pobres, aumentam a complexidade do problema.

21. Embora desde 1942 não se registrem casos de febre amarela urbana, a forma silvestre da doença é endêmica nas Regiões Amazônica e Centro-Oeste. Em 1981 foram constatados 13 casos dessa doença de elevada letalidade. A reinfestação do Brasil pelo AEDES AEGYPTY (que fora erradicado em 1956), transmissor urbano da enfermidade e a existência de grande área endêmica com a forma silvestre, dão grande potencialidade epidêmica à doença ( ) .

22. Menos graves, mas particularmente debilitantes, as verminoses como a ancilostomíase, ascaradíase, teníase, amebíase e outras causadas por protozoários intestinais, infestam cerca de

metade da população brasileira, tendo como fator causal a pobreza associada à falta de condições adequadas de saneamento básico e de educação sanitária.

23. A mortalidade por doenças transmissíveis apresenta-se muito alta em comparação com as taxas observadas nos países desenvolvidos ou mesmo naqueles de nível econômico similar do Brasil.

24. As mais importantes, como as diarréias infecciosas, o sarampo e o tétano são, responsavéis por cerca de 15% do total de óbitos ocorridos no Brasil (excluindo as causas mal definidas).

25. A presença marcante dessas doenças evitáveis no quadro nosológico nacional embora menor que no passado ainda é extremamente desconfortável e incompatível, tanto com o crescimento econômico observado até 1980 como com os progressos da medicina, seja em termos de incorporação de tecnologias, seja em termos de aumento de cobertura.

26. Em cerca de 3,4 milhões de internações custeadas pela previdência social em 1980, correspondendo aos 40 procedimentos clínicos* mais frequentes, doenças evitáveis, como as entero-infecções e suas consequências (desidratação), foram as causas mais importantes. As doenças transmissíveis, respondem ainda por cerca de 6% a 10%, respectivamente, dos diagnósticos responsáveis pela concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (DATAPREV).

(*) Não inclue 2,2 milhões de procedimentos cirúrgicos.

27. A presença de doenças preveníveis mediante o emprego de imunizantes, constitui um indicador bastante eloquente da cobertura e eficácia dos serviços de saúde.

28. Quando essas doenças persistem simultaneamente a um grande crescimento de serviços médico-hospitalares, muitas vezes bastante sofisticados - como ocorreu no Brasil nos últimos anos - passam a refletir um evidente equívoco na escolha de prioridades. É, no mínimo, insólita, a alta prevalência de doenças para cuja prevenção existem métodos de comprovada eficácia, fácil aplicação e baixo custo, com o aumento das medidas altamente dispendiosas, para o tratamento de doenças de menor impacto social, cujo tratamento nem sempre eficaz envolve, frequentemente, tencologia de ponta.

29. Por outro lado, junto com a relevância de problemas de saúde típicos de áreas sub-desenvolvidas, passam a ter também grande peso outras patologias como as crônico degenerativas.

30. O peso deste último grupo de doenças pode ser indiretamente avaliado por sua participação como causa de aposentadoria por invalidez: as doenças do aparelho circulatório e a hipertensão são responsáveis por cerca de 32% das aposentadorias concedidas; as doenças mentais (neurose, esquizofrenia e transtornos mentais) por 18% e as osteoartrites por 8,7% (DATAPREV, 1979).

31. O crescimento econômico nada obstante a sua forte concentração, gerou recursos que permitiram ao setor saúde aumentar o seu dispêndio real "per capita". Somente a previdência social , responsável por quase 80% do gasto público federal com a função , passou seu gasto per capita de Cr$ 2 699,00 em 1970 para Cr$ 5 685,00 em 1982 (a preços de 82)

32. Esse aumento substancial entretanto, contribuiu menos para a diminuição das doenças evitáveis do que para aumentar o consumo dos serviços médico-assistenciais.

33. Embora para países desenvolvidos estima-se que um aumento real de 100% nos gastos com saúde ocasione uma redução de apenas 5% nas taxas de mortalidade e morbidade ( ). Em países como o Brasil, particularmente nas suas áreas mais pobres, essa redução poderia ser um pouco maior diante da presença de doenças - já superadas por nações mais ricas - vulneráveis a tecnologia médica de comprovada eficácia e baixo custo.

34. Para que os resultados sejam melhores, os serviços de saúde podem ser necessários mas não suficientes: uma população pode ser mais ou menos hígida, menos em função de um desempenho autônomo do sistema de saúde que dispõe, do que de medidas sociais e econômicas mais amplas, sobretudo as que acarretam a elevação da renda dos estratos mais pobres. Na verdade, a tecnologia médica é apenas um dos determinantes do nível de saúde da população. "E pode-se afirmar que para as populações de baixo nível de renda nem é o mais importante" (Eduardo Kérstez).

35. Já no início deste século, Frost, um epidemiologista, relacionou a mortalidade por tuberculose na Alemanha com a renda das pessoas, ao constatar que nas mais ricas, a taxa de óbitos por essa doença era até 20 vezes menor do que entre as mais pobres (RADIS. Tuberculose).

36. Antes disso, em 1842, Sir Edwin Chadwick, em seu clássico relatório marco da moderna saúde pública, associava a pobreza da classe trabalhadora da Inglaterra com seu precário nível de saúde.

37. A evolução favorável do nível de saúde naquele país teve início muito antes das grandes conquistas e descobertas da ciência médica (MC Keown).

38. A mortalidade por tuberculose já apresentava diminuição antes do agente etiológico ser identificado em 1882, portanto quase 70 anos antes do surgimento da terapêutica quimioterápica. A imunização contra o sarampo na Inglaterra foi iniciada nos anos 70, mas a taxa de mortalidade por essa doença em menores de 15 anos, começou a decrescer rapidamente 60 anos antes.

39. A queda, também substancial na mortalidade infantil no mesmo país, era visível a partir de pelo menos 30 anos antes da incorporação das sulfas e antibióticos ao arsenal terapêutico. Não se trata de pressupor a inutilidade de ações específicas de saúde. Trata-se de admitir suas limitações quando desenvolvidos isoladamente e conhecer que, de um modo geral, o desempenho do setor saúde só alcança efetividade quando em situação econômica e social favorável e na medida emque os esforços setoriais sejam direcionados para o combate das doenças mais vulneráveis.

40. A mortalidade por doenças de veiculação hídrica, cuja diminuição acompanha a extensão da cobertura dos serviços de saneamento básico, só deixará de ser um dos nossos problemas de saúde pública de maior prioridade, com a universalização destes serviços, o que depende da capacidade de compra das comunidades ou de uma política redistributiva mais eficaz. Essas doenças, de incidência reduzível mediante simples ações de saneamento básico, constituem uma das principais causas de hospitalização custeada pelo INAMPS.

41. Os elevados índices endêmicos de desnutrição, por sua vez, só regredirão para valores toleráveis quando o percentual mais carente da população tiver acesso permanente aos alimentos básicos. Em outras palavras: a melhoria do grau alimentar e nutricional de uma comunidade depende basicamente de sua renda; programas oficiais de suplementação alimentar - embora necessários ou mesmo indispensáveis em caráter transitório e emergencial ( ) - só teriam viabilidade e eficácia, como solução definitiva, se o problema tivesse menor magnitude.

42. Em caso contrário, diante da correlação entre nível de saúde coletiva e distribuição social da renda e outras condições adequadas de vida, o sistema de saúde parece mais capaz de proporcionar conforto do que saúde ( ).

43. A constatação dessa situação desconfortável - para dizer o mínimo - não implica no desconhecimento de que alguns avanços foram feitos . A varíola foi erradicada em meados de 1970, permitindo que o Brasil abandonasse a posição constrangedora de único foco importante da doença nas Américas e de permanente ameaça para os países livres dessa virose.

44. A custo de ingentes esforços, através de verdadeiras operações militares que vem mobilizando desde 1980 em dois dias anuais de vacinação, toda a infra-estrutura nacional de saúde pública e a colaboração adicional de diferentes setores da sociedade, a poliomielite apresenta estatísticas declinantes. A média anual de 2,4 mil casos conhecidos antes de 1980, desceu para 28 em 1982. Esse resultado notável em termos de eficácia, poderia ter tido um custo social menor se houvesse uma rede básica permanente e

dinâmica de serviços básicos de saúde de acesso universal, cobrindo todo o território nacional e capaz de, entre outros benefícios, executar a tarefa singela de prover a vacinação de pelo menos 80% das crianças ainda no primeiro ano de vida.

45. A incorporação nos anos 70 da vacina contra o sarampo ao arsenal preventivo, vem permitindo uma sensível redução nas taxas de mortalidade e morbidade por essa doença aparentemente benigna mas de elevada letalidade entre as crianças de nível nutricional inadequado.

46. Assim, apesar de alguns avanços terem sido obtidos, especialmente no que se refere ao aumento da cobertura médico-hospitalar (como se verá mais adiante), o Brasil ao mesmo tempo que não consegue resolver alguns problemas básicos de saúde (doenças transmissíveis, por exemplo) começa a se preocupar mais seriamente com outros tipos de problemas (crônico-degenerativas, etc).

III - As Questões Centrais

01. Questões políticas fundamentais, como a universalização, a equidade e a descentralização têm íntima vinculação com as modalidades de financiamento do sistema de saúde.

02. A universalização, vale dizer, a possibilidade de acesso de toda a população aos serviços de saúde, depende, em última análise, do volume de recursos postos a disposição do setor. Mantidas as atuais disponibilidades federais, estaduais e municipais da ordem de Cr$ 1 458 bilhões , um aumento de cobertura - já que parte da população ainda não tem acesso regular ao sistema de saúde formal - exigiria grandes ganhos de eficiência, ou, um nivelamento por baixo, decorrente por exemplo da redução dos níveis de consumo nos centros urbanos.

03. A equidade no direito de acesso e a descentralização, estão por sua vez subordinados às características das diferentes fontes de financiamento. Modalidades de financiamento como as atuais, dividindo os usuários em contribuinte (urbano) e não contribuinte (rural) e permitindo a existência de diferentes clientelas com diferentes direitos de consumo, são um entrave real às intenções igualitárias.

04. Por outro lado, essas fontes, hegemonicamente federais, na forma em que estão estruturadas podem levar a um arremedo de descentralização: o senso comum ensina que quem detém os recursos não abre mão do poder de decidir sobre o seu destino. Esse, por assim dizer, truismo remete, à importância de uma reforma tributária, que restaure a federação e viabilize uma nova distribuição de funções entre União e Municípios.

A - Universalização e Equidade

01. Se a integração da assistência médica previdenciária, ou seja, a unificação sob comando único (INAMPS) dos serviços de saúde (até 1977 divididos entre INPS, FUNRURAL, LBA e IPASE), representou uma medida de racionalização administrativa, a universalização e equalização desses serviços, não evoluiram, nessa ocasião, de forma significativa. Vale dizer: a criação do INAMPS , manteve a prestação de serviços médicos segundo clientelas. O art. 6º (Parágrafo 1º) da Lei de criação do SINPAS registra que a "assistência médica..." "... será prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações..."(INPS/FUNRURAL/IPASE).

02. A desigualdade fica ainda mais nítida no artigo 3º que atribui aos "atuais hospitais do IPASE" o atendimento prioritário aos "funcionários públicos civis da União e de suas autarquias, no Distrito Federal, aos membros do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, bem como aos respectivos dependentes", o que equivale, na prática, a manter esses hospitais inacessíveis aos demais segmentos da sociedade.

03. No caso da população carente não contribuinte, o recebimento da assistência a cargo do INAMPS permaneceu limitado, pois depende de "convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os recursos necessários"( ).Isso significa que esse segmento continua à margem da assistência médica integral e

permanente*, até porque é pouco provável que outras entidades públicas tenham condições de assegurar ao INAMPS os recursos, conforme dispõe a legislação**.

04. Dois argumentos são usualmente utilizados para impedir ou retardar, a completa universalização e equalização da assistência médica quando esta é custeada em sua maior parte com a receita de contribuição da previdência social.

05. O primeiro se prende a origem desses recursos, que obrigaria sua aplicação apenas para beneficiar àqueles que o geraram. (empregados e empregadores).

06. Na verdade os recursos da previdência social provêm, em última instância, dos consumidores, vinculados ou não ao sistema previdenciário, que compram produtos e utilizam serviços, já que tanto a contribuição do empregado como do empregador é proporcionada pela receita dessas vendas, inclusive no mercado externo comprador de produtos exportados. A postura ortodoxa segundo a qual a previdência social não deva incorporar-se a um sistema de atendimento médico universalizado, por força da especificidade de seus recursos, esquece que, embora responsável por cerca de 90% da população brasileira, a participação previdenciária no gasto público com saúde está em torno de 70%.

(*) A vigência do Plano de Pronta Ação - PPA a partir de 1974 facultou o atendimento em situações de emergência a qualquer pessoa, independente de comprovação de vínculo previdenciário, em unidades próprias do INAMPS e em serviços médicos privados contratados.

(**) Não obstante, os convênios com instituições públicas tem permitido aumentar a prestação de serviços a população não contribuinte.

07. O segundo argumento menciona que, a incorporação de uma massa não contribuinte numericamente significativa, sem o correspondente ingresso de recursos, traria dificuldades financeiras incontornáveis.

08. O exemplo apontado para reforçar essa afirmativa é o Plano de Pronta Ação - PPA. A implementação desse Plano em um momento de grande euforia, proporcionada por eventuais superavits no orçamento previdenciário, é apontada como uma das causas das dificuldades financeiras do SINPAS, por ter criado uma demanda adicional de não contribuintes, insuportável, a médio prazo, para o sistema.

09. O exemplo do PPA, se melhor examinado, deixa de ser convincente. O crescimento da despesa ocasionado pelo Plano, decorreu menos do aumento da cobertura em si, do que da estratégia utilizada para alcançá-la, responsável por distorções que não existiriam se a extensão de cobertura, colocada como objetivo de governo, decorresse de outra estratégia.

10. O crescimento das depesas do INAMPS poderia ter sido menor se a expansão do atendimento tivesse sido buscada, por exemplo, mediante convênios com os Estados e algumas Prefeituras. A opção por serviços próprios e sobretudo pela compra de serviços no setor privado empresarial, no entanto, fez com que os gastos escapassem ao controle como acontece — de resto - em outros países que adotaram modalidades assistenciais similares.

11. O nível de consumo de serviços de saúde cresceu de forma notável, mantendo, porém, as mesmas desigualdades observadas no

início dos anos 70, pelo menos entre população rural e urbana e entre regiões.

12. Entretanto, parece não ter ocorrido na área de saúde e assistência médica, o mesmo que aconteceu quanto ao crescimento econômico.

13. Em relação a esta última área, pode-se afirmar que todos os brasileiros ficaram mais ricos na última década. É amplamente reconhecido que o país cresceu. Nada obstante, "o bolo cresceu, mas as fatias dos mais ricos aumentaram mais que aquelas dos mais pobres". O estrato correspondente a 1% dos mais ricos da PEA aumentou sua participação no total da renda de 13,8% em 1970 para 15% em 1980. Já a metade mais pobre da população viu a sua fatia diminuir de 15,6% para 14,6% nesses 10 anos. (Jornal do Brasil 14.11.82). Ou seja, sob essa ótica, os mais ricos melhoraram em 8,7% enquanto os mais pobres pioraram seus padrões de vida em 6,4%.

14. No que se refere aos serviços médicos, o seu consumo entre rurais e urbanos cresceu praticamente na mesma proporção, o que significa que as desigualdades permanecem nos mesmos níveis de 10 anos passados (Tabela 1).

15. Essas diferenças são visíveis quando se examina a prestação de serviços de saúde por região (Tabela 2). Enquanto quase 15% da população da região Sul foi beneficiada com assistência hospitalar em 1980, no NE esse percentual é quase 3 vezes menor. Na assistência ambulatorial, as diferenças entre essas regiões também são evidentes, embora menores. No Sul foram prestados

Tabela 1

BRASIL: Consumo de serviços médico-hospitalares providos pela Previdência Social

1 9 7 1 / 1 9 8 0

ESPECIFICAÇÃO	A N O	
	1 9 7 1	1 9 8 0
Assistência Hospitalar		
- População atendida (%)	3,0	9,8
Urbana (%)	5,4	11,8
Rural (%)	2,3	5,6
Atenção Ambulatorial		
- Consultas por habitante (total)	0,50	1,46
Urbana	0,88	2,05
Rural (1)	0,20	0,44
- Exames radiográficos por habitante (total)	0,03	0,19
Urbana	0,06	0,27
Rural (2)	0,001	0,015
- Exames laboratoriais por habitante (total)	0,13	0,43
Urbana	0,23	0,61
Rural (2)	0,03	0,05

(1) Dados de 1971.

(2) Dados de 1975.

FONTE: MPAS/INAMPS

Tabela 2

BRASIL: Consumo de serviços médicos providos pelo INAMPS segundo as diferentes regiões

1 9 8 0

ESPECIFICAÇÃO	REGIÕES					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	BRASIL
Assistência hospitalar						
% população atendida	5,8	5,5	11,2	14,8	10,6	
Assistência Ambulatorial						
Consultas por habitante/ano	0,9	0,9	1,9	1,6	1,0	
Exames radiológicos/hab/ano	0,07	0,08	0,28	0,18	0,17	
Exames laboratoriais/hab/ano	0,28	0,25	0,5	0,4	0,5	

FONTE: MPAS - INAMPS em dados 1980.

pela previdência social, no ano mencionado, 1,9 consultas por habitante taxa que desceu para 0,9 no N e NE.

16 O consumo de exames radiológicos na Região Sudeste foi cerca de 3,5 vezes maior que no N e NE. Embora esses valores não signifiquem por si só melhor qualidade assistencial, revelam, sem dúvida, uma maior possibilidade de acesso a meios de diagnóstico por parte dos habitantes de áreas mais ricas.

17. A despeito do alto grau de participação direta e indireta do estado na oferta de serviços, o que deveria permitir melhor distribuição dos serviços de saúde pelas diferentes regiões, isso só ocorre em escala reduzida.

18. O papel redistributivo é bastante claro, em relação aos recursos administrados pelo MS, (Tabela 3) bem mais modesto no que se refere as disponibilidades substancialmente maiores do INAMPS (Tabela 4).

19. A região Norte, com cerca de 5% da população do país, conta com apenas 2,27% dos recursos do INAMPS. No NE percetuais são de 29,2 (população) e 17,4 (recursos do INAMPS). No Sudeste e Sul, entretanto, com 43,4% e 16% da população, foram dispendidos, respectivamente, 55,5% e 19% dos recursos previdenciários (Tabela 4).

20. Seria ingenuidade esperar o pleno nivelamento do consumo de serviços de saúde. Diferenças entre rurais e urbanos persistem em sociedades menos desiguais que a nossa.

TABELA 3

BRASIL: RECURSOS REPASSADOS PELO MS PARA AS DIFERENTES REGIÕES DO PAIS, SEGUNDO OS PRINCIPAIS CAMPOS DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO

1982

REGIÕES	RECURSOS REPASSADOS											
	TOTAL		ALIMENTAÇÃO		MEDICAMENTOS		SANEAMENTO		SAÚDE		HEMODERIVADOS	
	Cr$ Milhão	(%)	Cr$ Milhão	(%)	Cr$ Milhão	(%)	Cr$ Milhão	(%)	Cr$ Milhão	(%)	Cr$ Milhão	(%)
TOTAL	18 526	100,0	11 312	100,0	2 782	100,0	1 260	100,0	2 593	100,0	579	100,0
NORTE	1 940	10,4	821	7,2	211	7,6	294	23,3	496	19,1	118	20,4
NORDESTE	10 096	54,5	7 363	65,1	789	28,4	737	58,5	1 049	40,5	159	27,5
CENTRO-OESTE	1 310	7,1	743	6,6	195	7,0	82	6,5	289	11,1	0,5	0,1
SUDESTE	3 142	17,0	1 411	12,5	1 147	41,2	127	10,1	332	12,8	124	21,3
SUL	2 038	11,0	974	8,6	440	15,8	20	1,6	427	16,5	178	30,7

FONTE: MS/SG - Secretaria de Planejamento, 1983.

NOTA : Não inclui a reserva técnica de Cr$ 10,7 milhões (Alimentação).

Tabela 4

BRASIL: Distribuição regional do PIB, população e despesas de assistência médica (INAMPS)

1 9 8 0

BRASIL REGIÕES	P I B (Em Cr$ bilhões)	%	POPULAÇÃO (Em milhares)	%	INAMPS (Despesa com Assist. Médica) *	%
B R A S I L	13 104,3		119 070 9		178 407	
N o r t e	275,2	2,1	5 855,5	4,9	4 052	2,27
N o r d e s t e	1 533,2	11,7	34 885,5	29,29	31 015	17,4
S u d e s t e	8 583,3	65,5	51 746,4	43,45	99 088	55,5
S u l	2 240,8	17,1	19 038,9	15,98	33 535	18,79
C. O e s t e	471,8	0,4	7 544,6	6,3	10 717	6,0

FONTE: Conjuntura Econômica. FGV, 1970-1980, vários números. IAPAS. Secretaria de Contabilidade.

NOTA : (*) Excluido gastos com administração

21. Os padrões menos sofisticados de educação, a distância dos maiores centros, onde, por motivos de rentabilidade social se concentra a oferta de serviços mais especializados, e a relativa imunidade aos apelos mercadológicos do sistema de saúde, explicam em boa medida essas diferenças.

22. No caso brasileiro, outros fatores contribuem para manter a defasagem rural/urbana. A legislação previdenciária, já mencionada, nitidamente discriminativa em relação aos chamados "não contribuintes" (rurais e indigentes) e a forma como os serviços são custeados pela previdência social.

23. Neste último caso, enquanto os serviços prestados pelo setor privado - que detem 75 % dos leitos hospitalares no Brasil - aos beneficiários urbanos são pagos segundo sua quantidade e grau de complexidade, aqueles fornecidos a população rural, são remunerados segundo a cobertura potencial.

24. No primeiro caso, há um claro incentivo a produção dos serviços, necessários ou não, no segundo, o sistema de remuneração age no sentido oposto, conforme tem sido repetidamente denunciado pelas entidades de classe (CONTAG).

B - Descentralização

01. O processo centralizador, na área da saúde, guarda coerência com o que ocorreu, nos últimos anos, no quadro político, econômico e institucional do país. Estados e municípios empobreceram a partir da reforma tributária de 1967; de outro lado, durante o crescimento econômico acelerado dos anos 70, aumentou a importância da previdência social que passou a dispor de maiores recursos para atenção médica, quer em termos absolutos quer em termos relativos (*).

02. Nessas circunstâncias, inibiram-se não só as iniciativas dos governos estaduais e municipais, como a própria ação comunitária; em contrapartida, foram crescendo as entidades federais de grande porte, fortemente burocratizadas e nem sempre eficientes, cuja tendência é a de formular soluções padronizadas para problemas locais, os quais, por sua natureza, não são uniformes.

03. Os problemas cotidianos de uma comunidade, entre os quais se incluem os de saúde, têm características eminentemente locais. Sua solução, portanto, não pode depender de decisões a distância, geralmente lentas e nem sempre acertadas, porque a autoridade que a toma não tem como conhecer todos os ângulos do problema, e, por estar longe, pode ter sua sensibilidade embotada, tendendo a adotar soluções burocráticas de pouca eficácia quando não a procrastinar.

(*) O gasto previdenciário em saúde passou de Cr$ 2.661 milhões para Cr$ 186.773 milhões entre 1970 e 1980; ou seja, o que em 1970 representou 29% do gasto total da previdência social, passou para 27,4% em 1980.

04. Um centro de saúde inoperante, com funcionários faltosos e relapsos, a carência de medicamentos, a necessidade de remover um paciente para atendimento em outra localidade, a fiscalização sanitária, e tantas outras situações que exigem responsabilidades bem definidas e ação eficaz para sua solução, podem ser mais rápida e adequadamente resolvidas pelo Prefeito - que está sob pressão e vigilância permanentes dacomunidade que o elegeu - do que pelo Ministro (da Saúde e/ou Previdência) em Brasília ou pelo Secretário de Saúde instalado na capital,muitas vezes distante.

05. A desfederalização também se justifica à luz da política de saúde voltada para metas de longo prazo, como é o caso de "Saúde para todos no ano 2.000".

06. Esse objetivo só tem viabilidade com uma clara e efetiva prioridade para os serviços básicos de saúde. Nesse campo, estados e municípios vêm acumulando uma experiência prática muito maior que a área federal. A grande maioria, se não a quase totalidade dos Postos, Centros de Saúde e Hospitais públicos localizados fora das capitais, pertencem ao estado ou ao município. Toda essa capacidade instalada pode ter um alcance social (*) maior do que

---

(*) Serviços de saúde municipais (ou estaduais) tem clientela universalizada. A maioria dos serviços federais (previdenciários) se destinam a clientelas específicas. Dessa forma, o atendimento via estados ou municípios elimina as desigualdades no direito de acesso à saúde.

tem hoje, se houver apoio técnico e financeiro do governo federal(*).

07. Os serviços produzidos por essas unidades tem um custo unitário menor que seus similares operados por órgãos federais, uma vez que os salários são mais baixos, pois obedecem a padrões locais ou regionais, e o grau de sofisticação das instalações tende a ser menor.

08. Esses custos se tornam ainda mais baixos para o governo federal; no caso da previdência social, por exemplo, é muito mais barato um convênio(**) com uma unidade pública de saúde do que montar uma unidade prórpia ou contratar um grupo privado para a mesma finalidade. Além disso, os problemas de controle, sobejamente conhecidos no caso de contratos com clínicas privadas, deixam de existir ou assumem outras características mais facilmente equacionáveis.

09. Não obstante, diversos argumentos pretensamente técnicos, de ordem racionalizadora, têm sido utilizados, no campo da saúde, para defender a postura centralizante.

(**) Desde que os serviços não sejam remunerados por Unidades de Serviços (U.S.)

(*) Segundo levantamento realizado pelo MS e MPAS, em 1980, a capacidade ambulatorial instalada do setor público poderia mais do que duplicar sua produção de consultas, se plenamente utilizada. A capacidade de internação dos hospitais públicos poderia ser incrementada em 44% através da elevação da taxa de ocupação e reutilização de leitos desativados (MPAS/MS - CIPLAN. Assistência de Saúde no Brasil: sumário analítico e proposição de modelo de atuação do setor público. A Saúde no Brasil, Vol. 1, (2) abril/junho de 1983, MS).

10. O primeiro diz respeito à possibilidade de melhor gestão dos recursos setoriais com o objetivo de diminuir as desigualdades inter-regionais e sociais. Afirma-se que a eliminação ou minimização das desigualdades na distribuição dos serviços de saúde só seria possível com a existência de um único serviço público - necessariamente federal - como acontece na Inglaterra, para citar um exemplo de país ocidental de economia de mercado. Vale dizer: a "federalização" dos serviços médico-hospitalares, com a consequente fusão das inúmeras entidades oficiais, se justificaria não apenas do ponto de vista da racionalidade administrativa como, sobretudo, com vistas a viabilizar uma política redistributiva em favor das áreas mais pobres e dos problemas mais prioritários.

11. Está implícito portanto no argumento que concentrar recursos na área federal e centralizar nesta a decisão para o seu rateio, é condição fundamental para a execução apropriada de uma política social dirigida para as necessidades básicas dos mais pobres.

12. Em países como o Brasil, de grande dimensão territorial, evidentes desequilíbrios regionais e de regime federativo estruturado em três níveis autônomos de administração pública (federal, estadual e municipal), a simples fusão dos diferentes integrantes desses níveis não seria aconselhável.

13. Se é verdade que o desempenho pluri-institucional descoordenado vigente, se tornou intolerável, a federalização desse complexo, apenas aumentaria ainda mais a já excessiva centralização do processo decisório, talvez a principal causa do desestímulo às iniciativas estaduais, municipais e comunitárias.

14. Por outra parte, a despeito do poder político, do controle sobre os recursos financeiros e de certa competência técnica, a ação redistributiva do governo federal, embora deva ser reconhecida, não tem tido o impacto esperado considerando essas condições favoráveis. Os recursos setoriais ainda estão mal distribuidos, concentrados nos grandes centros e, nestes, nas áreas de maior renda, e o incremento da oferta tem privilegiado serviços de nível tecnológico elevado em detrimento de ações básicas de saúde.

15. O segundo argumento, de certa forma associado ao primeiro, diz respeito a falta de recursos. Em nenhum momento se cogita de que a transferência de encargos, assumidos muitas vezes atabalhoadamente pelo governo federal, possa ser feita para as unidades federadas e/ou municipalidades, sem os recursos necessários.

16. O que se pretende sugerir é que a mesma quantidade de recursos administrada pelo estado ou município, pode ter mais rentabilidade social, na área de sua aplicação, do que se for destinada a um órgão federal com a mesma finalidade.

17. Tudo isso remete ao terceiro argumento, que é a decantada incapacidade administrativa de alguns estados e da maioria das prefeituras. Esse argumento levado as suas últimas consequências, poderia chegar ao extremo de propor a extinção de municípios administrativamente inviáveis, o que seria absurdo do ponto-de-vista político, ou então a federalizar certas responsabilidades municipais como o ensino primário, a coleta de lixo, e, em algumas cidades, os serviços de água e esgoto.

18. Da mesma forma que no caso da falta de recursos, a ação estadual ou municipal, para ser eficiente, deverá contar com o apoio técnico do governo federal através de suas diferentes agências.

19. Ademais, como também foi mencionado na 3ª Conferência Nacional de Saúde, a municipalização não deve acarretar o afastamento abrupto do governo federal ou dos governos estaduais do problema, abandonando os municípios a sua própria sorte.

20. A finalidade principal da municipalização é estimular as municipalidades a retomarem uma atividade que nunca deveria ter saído de sua órbita, facilitando assim, a organização de serviços, particularmente os de atenção primária, onde não existam ou sejam insuficientes.

21. Finalmente, não é rara a afirmação de que os efeitos colaterais da influência político-partidária seriam extremamente danosos a nível estadual e sobretudo municipal.

22. É preciso ter consciência que saúde é um assunto político. Logo, a participação direta da população ou através de seus representantes, governadores, prefeitos, deputados e vereadores, é essencial como forma legítima de canalização da participação comunitária.

23. Possíveis consequências perversas dessa influência, em muitos casos inevitáveis, são um preço - barato - a pagar, pelo aprimoramento democrático. Afinal, "a política é uma constante em todos os níveis da administração pública brasileira ou de qualquer outro país"(*). No caso brasileiro pelo menos, as decisões a nível federal, também são tomadas sob essas influências. Se isso é um mal, e existem bons motivos para acreditar que não seja a susceti bilidade não é só dos governos estaduais e das prefeituras munici pais.

24. A forma atual pela qual a descentralização vem sendo con duzida - convênios entre o MS/MPAS e as unidades federadas - é tímida e pouco atraente para os que assumem novos encargos e não impede a expansão de serviços federais. A facilidade com que no Brasil se alteram as regras do jogo, ou mesmo sem alterá-las se tomam decisões em total desrespeito a elas, faz com que os estados e sobretudo os municípios relutem em aceitar novos encargos com base em acordos temporários, cujas cláusulas na prática, podem ser seguidamente descumpridas pelo lado mais forte, no caso a União, através dos mais diferentes expedientes: redução dos recursos depois do primeiro ano, demora nas transferências etc...

25. Convênios, como os atuais, devem ser vistos apenas como instrumentos transitórios, pois definidos com clareza os diferentes papéis institucionais, formas imprecisas, instáveis e de dominação como os convênios, perderiam sua razão de ser. Até que isso

---

(*) Magalhães da Silveira, M. Municipalização dos serviços de saúde. III Conferência Nacional de Saúde. 1963.

seja alcançado, esses instrumentos constituem uma alternativa válida na medida em que facilitam a conjugação de esforços e possibilitam uma performance mais coordenada dos diferentes níveis de governo.

26. De qualquer forma, uma vez assumida politicamente a opção de descentralização como diretriz geral, cabe definir também politicamente o que descentralizar, para que nível (estadual ou municipal) prover condições financeiras e como conduzir o processo, para que este se desenvolva sem traumas e retrocessos.

27. No caso de descentralização talvez não caiba o radicalismo de transformar, de uma só vez e indiscriminadamente, em municipal a ampla oferta pública estadual e federal. Parece mais prudente uma postura moderada, mas firme e irreversível que não deixe margem a dúvida sobre "quem faz o que".

28. Na área pública, o desejável seria que o nível federal se restringisse à coordenação do Sistema Nacional de Saúde, assistência técnica aos estados e municípios e à participação em seu financiamento. Em uma fase de transição, ou mesmo permanentemente, continuariam a operar serviços próprios, especialmente os hospitais de referência macro-regionais, e a executar certos programas (como o controle de endemias, por exemplo, que interessam a macro-regiões). Porém, mesmo programas como os acima citados, poderiam ser progressivamente delegados aos Estados, desde que mantida a coordenação de nível nacional. Um primeiro passo nesse sentido seria a contratação de todo o pessoal local necessário as atividades de combate as endemias, pela Prefeitura, ainda que com recursos fede

rais repassados. Parece lógico que ao final dos trabalhos no município,os recursos humanos que foram utilizados sejam, tanto quanto possível, destinados a outras funções municipais e não contratados ou efetivados pelo Ministério da Saúde como já aconteceu.

29. Por último, uma vez alteradas as fontes e formas de custeio dos serviços de saúde, é de esperar que a reforma tributária que se fizer necessária para tal, cuide de preservar o papel redistributivo de modo a que a descentralização não implique no aumento, relativo ou absoluto, dos recursos para os estados e municípios mais ricos.

30. O papel redistributivo do governo federal pode ser preservado mediante a destinação de recursos para investimento. Com isso poderia, além de exercer o poder político, privilegiar as regiões mais pobres. Essas por sua vez, responsáveis pelo custeio dos serviços, definiriam com maior realismo suas necessidades.

C - Financiamento Setorial

a) Problemas

01. O ritmo de crescimento dos gastos com serviços de saúde e adoção de medidas de controle destes dispêndios vem se constituindo motivo de preocupação na maioria dos países.

02. Na Alemanha, Suécia e Holanda, o dispêndio total com a função saúde já compromete 8% dos respectivos PNBs.

03. Nos Estados Unidos a situação é ainda mais séria. Entre 1965 e 1979 o gasto nacional com cuidados médicos quintuplicou passando de US$38,9 bilhões para US$ 206 bilhões, sendo que o dispêndio "per capita" aumentou quase na mesma proporção (4,5 vezes (TIME, May, 28th, 1979).

04. Esse crescimento apresenta impacto significativo na economia americana, onde a indústria da saúde, também chamada de "complexo médico-industrial", que 1965 absorvia 5,9% do PNB, hoje responde por mais de 10%.

05. Em países do MCE, como em muitos outros, as medidas de restrição ao consumo para conter a espiral de gastos, incluem, entre outras, a redução do número de pessoas com direito a serviços de saúde custeados com fundos públicos, a participação do usuário no custeio desses serviços e a limitação no crescimento da rede hospitalar ou mesmo na formação de médicos, pois se acredita que um

aumento na disponibilidade desses profissionais acarreta maiores dispêndios para o setor com um todo (Abel Smith. Assistência Médi dica. Lições que a Europa nos dá).

06. Países mais pobres, em especial aqueles em rápido processo de modernização, passam por um ritmo de crescimento similar, embora ainda estejam distantes, em termos absolutos e relati vos, das nações industrializadas quanto ao volume de gastos com saúde*.

07. O problema parece ser mais agudo naqueles, pobres ou ri cos, em que a participação do estado na prestação de serviços de saúde se efetiva de forma predominantemente indireta, ou seja, me diante a compra, pelo governo, dos serviços produzidos no setor privado, o qual - por sua vez - é remunerado em função da quantidade e grau de complexidade dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica que efetuar. Foi isso que ocorreu no Brasil nos últimos anos quando se tornou explícita a opção por modalidades assistenciais privatizadas.

08. Para isso, o FAS, criado em 1974, passou a oferecer crédito subsidiado com vistas a expansão da rede hospitalar privada; além disso, a previdência social assegurou a reserva de mercado representado pelos seus beneficiários que passaram a representar

---

(*) O Brasil, por exemplo, tem um dispêndio per capita 10 vezes inferior ao dos Estados Unidos e 3 vezes menor do que a Inglaterra, que gasta 5,2% do PNB em saúde e tem um sistema de saúde reconhecidamente eficiente.

a clientela majoritária da rede assistencial, em sua maioria com finalidade lucrativa.

09. Essa estratégia, aspectos ideológicos a parte, permitiu a rápida ampliação da assistência médica que não teria sido possível, com o mesmo custo e igual velocidade, através de estruturas oficiais na forma como estão hoje organizadas.

10. Estima-se que o Brasil tenha efetuado em 1982 um dispêndio global em saúde da ordem de Cr$ 2 039 bilhões* (cerca de 4 % do PIB) quase 2/3 dos quais de responsabilidade pública, distribuídos entre a União (43%), Estados (20,4%) e Municípios (7,3%)**. O gasto privado está em torno de 28,5%*** (Tabela 5)

11. Quatro fontes principais na área federal atendem ao custeio do sub-sistema público de saúde: o componente da receita de contribuições previdenciárias repassado ao INAMPS, os recursos orçamentários (Tesouro), e as fatias do FAS e do FINSOCIAL destinados a programas setoriais (inclusive alimentação e nutrição).

(*) Estimativa baseada em trabalho elaborado pelo Grupo Assessor Principal - GAP do Acordo MS/MPAS/MEC/OPS.

(**) Apenas os municípios das capitais

(***) Os gastos pessoais (28,5%) são reduzidos por força dos baixos níveis de renda da maioria da população, cujas disponibilidades escassas se exaurem em despesas essenciais como alimentação, transporte, habitação etc... Estudos da PNAD-Saúde revelam, entretanto, que as faixas de menor renda comprometem com saúde um percentual maior do orçamento familiar do que os grupos de renda mais alta.

Tabela 5

BRASIL: Gasto estimado em saúde

1982

ORIGEM	Em Cr$ bilhões	%	
T O T A L	2 039	100	
Federal*	893,1	43,8	
Estadual	415,9	20,4	71,5
Municipal**	148,9	7,3	
Privado***	581,1	28,5	

* Inclusive transferências intra e inter-governamentais.

** Somente municípios das capitais.

*** Inclui gastos de pessoas físicas, sistemas patronais, sindicais, entidades filantrópicas, etc.

NOTA: Estimativa baseada em trabalho elaborado pelo Grupo Assessor Principal - GAP, do Convênio MS-MPAS-MEC-OPS.

PIB-1982: Cr$ 53.257,2 bilhões

% dos gastos com saúde = 3,8%.

12. O percentual da receita previdenciária destinado à assistência médica na última década esteve sempre acima de 26%. A partir de 1976, ano em que os serviços de saúde comprometeram quase 32% da receita, o percentual vem declinando, chegando a 24,3% em 1981 e 23% em 1982 (Tabela 6).

13. Apesar da diminuição do crescimento dos gastos a partir de 1976, o dispêndio com assistência médica quase triplicou nos anos 70, passando de Cr$ 251 007 milhões a Cr$ 765 993 milhões em 1980, (a preços de 1982). Em 1982 o gasto foi de Cr$ 712 410 milhões. Em valores per capita, evolução foi de Cr$ 2 699,00 em 1970 para Cr$ 5 685,00 em 1982 (Tabela 7).

14. A chamada "crise da previdência social" com sua primeira manifestação em 1980, interrompendo esse ritmo de crescimento, penalizou a classe trabalhadora de duas formas: provocou o aumento das alíquotas e deu início a contenção da assistência médica.

15. Como fora previsto* o problema recrudesceu menos de 3 anos depois, desta vez como sequela de recessão econômica responsável por 2 efeitos colaterais sinérgicos: a curto prazo, a diminuição da receita da previdência e, a médio prazo, o aumento da pressão sob suas prestações, entre as quais uma das mais atingidas é a assistência médica.

16. O aumento das contribuições, embora expressivo, foi mero paliativo. A contenção na assistência médica, também sem atingir

---

(*) Ver estudos realizados no IPEA/CNRH por Maria Emília Rocha Melo de Azevedo.

TABELA 6

BRASIL: PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS DO INAMPS NAS DESPESAS TOTAIS DO SINPAS 1970 - 1982

(Em Cr$ Milhões Correntes)

ANO	DESPESAS TOTAIS		(%)
	SINPAS	INAMPS	
1970	9 183	2 661	29,0
1971	11 700	3 265	27,9
1972	16 822	4 435	26,4
1973	23 215	6 230	26,8
1974	33 731	8 943	26,5
1975	52 649	15 377	29,2
1976	90 723	28 657	31,6
1977	137 810	42 115	30,6
1978	212 762	63 422	29,8
1979	332 572	91 791	27,6
1980	682 814	186 773	27,4
1981	1 487 584	362 112	24,3
1982	3 102 982	~~712 410~~ 722 677	~~23,0~~ 23,3

FONTE: MPAS. Grupo de Custeio. Despesas do SINPAS e INAMPS até 1977.

MPAS. Balanços do SINPAS e INAMPS, 1978 - 1982.

TABELA 7

BRASIL: Gastos totais do INAMPS e "per capita" no período 1970 - 1982

A n o	Em milhões correntes	Em milhões A preços de 1982*	△ % anual	Em Cr$ 1,00 gasto "per capita" A preços de 1982
1970	2 661	251 007	-	2 699,00
1971	3 265	255 734	1,9	
1972	4 435	296 992	16,1	
1973	6 230	361 938	21,8	
1974	8 943	404 393	11,7	
1975	15 377	543 930	34,5	
1976	28 657	717 241	31,8	
1977	42 115	738 907	3,0	
1978	63 422	802 263	8,5	
1979	91 791	754 320	- 6,0	
1980	126 773	765 993	1,5	6 437,00
1981	362 112	708 037	- 7,6	
1982	713 410 *	712 410*	0,6	5 685,00 (nível)

FONTE: Conjuntura Econômica, Segmento 1 Índice de Preços IBRE/FGV
MPAS. Grupo de Custeio. Despesas do INAMPS até 1977.
MPAS. Balanços do INAMPS - 1978/82.
* na última posição que é de Cr$ 722.677 milhões

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

as causas do problema, chegou a limites de difícil ultrapassagem. Se restrições a excessos na área médico-assistencial teriam forte justificativa, como parte de uma estratégia de redirecionamento dos dispêndios com a função saúde, são pouco importantes como solução para os problemas da previdência social ora agudizados pela situação econômica recessiva.

17. Nada obstante, a assistência médica acabou por se tornar o alvo preferido da política de contenção de gastos, talvez porque a "queima de gordura" resultante de diminuição de suas comprovadas distorções acarrete menor ônus político do que diminuir benefícios ou, outra vez, aumentar as alíquotas de contribuições, hipótese sempre presente quando em desapreço aos aspectos políticos maiores e se quer soluções rápidas ainda que pouco criativas.

18. Enquanto a receita previdenciária proporcionou um notável crescimento do sub-sistema médico-hospitalar, os recursos do Tesouro destinados ao Ministério da Saúde diminuiram no mesmo período. A parcela dos gastos federais que lhe correspondeu diminuiu de 1,8% em 1978 para 1,6% em 1982 (Mc Greevey pg.9). Com isso os gastos com o combate a malária e a esquistossomose, declinaram em termos reais em 35% e 80% respectivamente. O dispêndio com o controle de doenças transmissíveis em 1981 foi 43% inferior ao registrado em 1978 (pg.9).

19. Essas atividades, em conjunto com os programas de nutrição em 1971, participaram em 10% dos gastos federais com saúde; em 1982 essa participação foi de apenas 7%.

20. Esse comportamento dos gastos explica, pelo menos em parte, porque:

. menos da metade das crianças menores de 1 ano são imunizadas ainda no primeiro ano de vida;

. em cerca de 3,4 milhões de internações realizadas em 1980 pelo INAMPS, correspondendo aos 40 procedimentos médicos mais frequentes, as doenças evitáveis contribuiram com 40%, acarretando um gasto superior a Cr$ 12 bilhões ( ).

. doenças que podem ser reduzidas com ações de saneamento básico, constituem a principal causa de hospitalização em pacientes previdenciários, causando no ano mencionado mais de 800 mil internações com um gasto da ordem de Cr$ 8 bilhões( ).

21. Ainda que as ações de saúde não possam, por si só, eliminar todos esses problemas ou reduzí-los às mesmas taxas residuais dos países desenvolvidos, obstáculos institucionais presentes no setor - se removidos - poderiam levar a resultados mais positivos já alcançados em países de nível sócio-econômico similar ao do Brasil ( ).

22. A quase totalidade (79,7% em 1982) dos recursos federais do setor sendo originários do MPAS, vinculados ao atendimento médico individualizado, não são remanejáveis para o combate a doenças transmissíveis ou a programas de nutrição, custeados cada vez mais modestamente com recursos do Tesouro.

23. Uma tentativa para compensar essa distorção foi a criação do Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL* com o objetivo de "custear investimentos de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação e amparo ao pequeno produtor

Em 1982 a arrecação do FINSOCIAL foi de Cr$ 132,6 bilhões. Para 1983, a estimativa da receita é da ordem de Cr$ 700 bilhões (até outubro já foram arrecadados Cr$ 541 bilhões) e para 1984 o valor estimado é de aproximadamente Cr$ 1,2 trilhão.

A receita estimada para o FINSOCIAL em 1983 (Cr$ 700 bilhões) corresponde a mais de 50% do orçamento previsto para o INAMPS em 1983, o que dá uma idéia de sua importância.

24. Dos recursos alocados até outubro de 1983 (Cr$ 491,6 bilhões), 31,4%destinaram-se à área de alimentação e nutrição,19,8% para a saúde e 48,8% para outras áreas (habitação, pequeno produtor, educação etc). Desse mesmo total 73% já foi alocado, 53,6 % contratado ou conveniado, mas apenas 32,8% efetivamente transferidos para os órgãos executores (Tabela 8). O pequeno percentual pode ser explicado pelo fato das transferências obedecerem a cronograma acordado para cada projeto, mas deve-se também

(*) O FINSOCIAL foi criado através do Decreto-Lei nº 1940 de 25/05/1982. Suas principais fontes de receita são provenientes de 0,5% (meio por cento) sobre a receita bruta da empresas públicas e privadas, que realizam vendas de mercadorias, bem como das instituições financeiras e seguradoras e de 5% (cinco por cento) sobre o imposto de renda devido, ou como devido fosse, das empresas públicas e privadas que realizam exclusivamente venda de serviços.

Tabela 8

FINSOCIAL - Recursos arrecadados, alocados, comprometidos e efetivamente transferidos

1982 - outubro/83

Em Cr$ bilhões

	1982	1983	total	%
Arrecadados	132,6	541,2	673,8	100
Alocados (E.M)	75,2	416,5	491,8	73,0
Comprometidos *	60,8	300,1	360,9	53,6
Tranferidos	46,8	184,0	221,4	32,8

(*) Contratados ou conveniados

a um grande intervalo de tempo que decorre entre a aprovação da alocação e trâmites técnico-burocráticos de elaboração e celebração de contratos e/ou convênios e elaboração e aprovação de projetos. Como em alguns casos, esse intervalo de tempo não é inferior a 6 meses, e o montante aprovado não é atualizado, a área social vê desvalorizado os recursos a ela destinados.

25. Apesar das críticas que possam ser feitas, a utilização do seguro social como fonte de financiamento dos serviços de saúde tem, no caso brasileiro, historicamente apresentado inúmeras vantagens:

i) a sua vinculação assegura que os recursos gerados sejam aplicados exclusivamente para o fim específico a que se destinam;

ii) garante assistência médica integral pelo menos a certos grupos da sociedade. Em muitos países a assistência médica proporcionada pela previdência social beneficia apenas a força de trabalho; só mais lentamente passa a incorporar outras pessoas, como os dependentes dos trabalhadores;

iii) os recursos previdenciários podem, em determinadas circunstâncias, ter maior estabilidade do que os de origem orçamentária. No Brasil, na década de 70, esses recursos, inclusive a parte destinada a atenção médica, tiveram um incremento anual superior ao IPI, ICM e Imposto de Renda;

iv) os sistemas previdenciários que contemplam a participação de empregados e empregadores na sua gestão, conforme já se ensaiou sem sucesso (e também sem muita persistência) no Brasil, permitem que os beneficiários compartilhem de alguma forma das decisões que lhes afetam;

v) finalmente, os recursos originários do seguro social, ainda que destinados a clientela específica, contribuem para expandir e aprimorar a assistência para todos pois favorecem a ampliação e melhoria da rede de serviços públicos e privados.

26. Em contrapartida, existem algumas desvantagens ainda não de todo superadas. Em primeiro lugar, a rígida vinculação dos recursos de origem previdenciária a assistência médico-hospitalar dificulta remanejamentos que permitam privilegiar outras ações de maior prioridade (combate a doenças transmissíveis, nutrição,etc).

27. Esse problema vem sendo, em parte, contornado através de convênios globais com o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde ; entretanto essa modalidade assistencial comprometia, em 1981 cerca de 50 % do orçamento do INAMPS e acaba sendo aplicado também em cuidados médico-hospitalares.

28. O recurso está também vinculado a clientela que supostamente o gerou, dificultando assim a universalização e a equidade (*), até mesmo, no caso de equidade, entre os previdenciários, divididos em

(*) Ver capítulo sobre universalização e equidade.

paciente de "1ª classe", trabalhador urbano (contribuinte) e o de "2ª classe", o trabalhador rural (não contribuinte).

29. Neste caso, os convênios com os estados e com o MS neutralizam esse problema, já que nas redes estaduais (e municipais) o atendimento não é, em princípio, discriminatório.

30. Enquanto as conveniências da política monetária e o apetite pantagruélico do governo central, procrastinarem alterações substantivas na geração e distribuição dos recursos, a previdência social continuará de uma forma ou de outra, sendo a fonte principal de sustentação do sistema de saúde.

31. É preciso considerar, porém, que os recursos da previdência social estão sendo, cada vez em maior proporção, comprometidos com o pagamento de benefícios, havendo a expectativa de que os dispêndios sob esta rubrica continuem crescendo. Isto determina que a busca de alternativas para financiamento do sistema de saúde seja um dos problemas setoriais mais prementes.

b) Alternativas

i) Melhorar a arrecadação e/ou aumentar alíquota do seguro social, mantendo a folha de salário como fonte básica de financiamento.

32. O primeiro caso, desejável em qualquer circunstância, encontra dois obstáculos: um aparelho administrativo antiquado no lado da previdência e a passividade ou resistência por parte das em-

presas que encontram no não recolhimento das contribuições, uma opção barata para formar seu capital de giro, pois vislumbram face os conhecidos precedentes, novas perspectivas de anistia ou parcelamento de dívidas.

33. Um novo aumento de alíquota parece politicamente insustentável. De qualquer forma, há boas razões para crer que qualquer aumento viável da receita previdenciária dificilmente beneficiaria, na quantidade necessária, a assistência médica, já que o pagamento de benefícios tende a absorver os novos incrementos da receita. Por outro lado é difícil justificar a elevação dos encargos sociais sobre a folha de salário em um país que precisa criar a cada ano mais de 2 milhões de empregos novos.

34. Nada obstante, mantida essa fonte, a despeito dos inconvenientes apontados, algumas alterações poderiam ser cogitadas. Uma possibilidade seria a individualização de alíquota específica para o custeio da prestação de serviços de saúde. Um percentual de 2%, por exemplo, sobre a folha de salários geraria cerca de Cr$ bilhões, a preços de 1983. Ou ainda mais, cerca de Cr$ bilhões, se abolido, em relação aos 2%, o teto de 20 S.M., cuja existência é justificável apenas para os compromissos securitários.

35. Alíquotas progressivas seriam uma outra alternativa sem ser uma inovação. Qualquer uma dessas propostas é defensável do ponto de vista redistributivo. Duas vulnerabilidades pelo menos, são evidentes. A supressão do teto diminuiria ainda mais o poder aquisitivo da classe média já atingida por uma política salarial recessiva. Se forem entretando destacadas da contribuição patronal, como seria desejável, o que favoreceria a equalização dos serviços saúde e não oneraria diretamente a população, tem a desvantagem de ser repassada para os preços, produzindo, por isso, efeitos inflacionários.

36. Qualquer que seja a escolha, as alterações legais que se tornarem necessárias deverão, simultaneamente, eliminar a vinculação dos recursos a serviços curativos e a clientela; os recursos seriam transferidos a um fundo de saúde cujas aplicações seriam ou determinados pela Presidência da República, como acontece com o FINSOCIAL, ou então geridas em co-gestão pelos dois Ministérios setoriais (MS/MPAS) até que momento político apropriado leve à fusão INAMPS/MS.

ii) Mudar a base de incidência da contribuição para a assistência à saúde.

37. Esta hipótese, mais inovadora, desoneraria as folhas de salário, fazendo com que a parte de encargos sociais destinados a saúde, passasse a incidir sobre o valor adicionado em cada etapa do processo produtivo (*), ou sobre o faturamento da empresa ou

(*) Ver documento do IPEA/CNRH.

ainda, sobre o imposto de renda devido ou como se devido fosse. Para estas duas últimas alternativas já existe alguma experiência acumulada: ambas constituem a "contribuição social" criada pelo Decreto-Lei nº 1.940/82 (FINSOCIAL).

iii) Aumento de recursos do Tesouro

38. Se saúde for real prioridade de governo, o que jamais ocorreu ao longo da história do Brasil, esta alternativa não exigiria, em princípio, novos tributos.

39. A integração das múltiplas fontes federais em um fundo único evitaria duplicidades e superposições, aumentando a produtividade dos recursos. Contudo o necessário remanejamento de recursos, atualmente aplicados em outros setores, transformaria a decisão, mais do que nunca, em problema político. Em caso contrário novos tributos seriam necessários

40. Como já é pesada a atual carga tributária, esta opção teria pouca palatabilidade. Se, entretanto, decorrer de uma barganha na qual, em troca de sua adoção, se faça uma redução parcial nos encargos sociais sobre a folha de salários, sua negociação política seria menos árdua.

41. Poderia ser aceitável para a sociedade uma ligeira diminuição das alíquotas previdenciárias em troca de um aumento de diferentes tributos, sobretudo naqueles cuja elevação seja socialmente defensável e não tenha efeito inflacionário como o I.R. das pessoas físicas.

iv) Reforma Tributária

42. A hipótese mais radical seria uma reforma tributária que redefinisse as funções dos diferentes níveis da administração pública. Nas recentes alterações tributárias, aprovadas por iniciativa do Congresso e sob forte pressão de Prefeitos e Governadores, o governo perdeu uma excelente oportunidade de negociar a entrega de atribuições concretas aos estados e municípios no campo de saúde e, por decorrência, aprimorar o sistema médico-sanitário.

43. A despeito das hipóteses levantadas (recursos oriundos da folha de salários, valor adicionado, Tesouro e reforma tributária) uma medida sempre presente é a participação do usuário no custeio dos serviços que utilizar.

44. A participação no custeio, desde que não seja simbólica, representa um instrumento de eficácia variável para moderar a demanda e gerar recursos. Sua implantação parte do pressuposto, do uso supérfluo dos serviços saúde em escala significativa e do aparente desconhecimento da presença de outros mecanismos fortemente moderadores.

45. Na realidade é difícil quantificar a demanda desnecessária, atribuível a um consumismo irresponsável dos pacientes. O que está comprovado de forma exaustiva, é que, em certos casos, a demanda deveria até ser mais estimulada. Se os portadores de determinadas doenças procurassem precocemente assistência médica, maiores seriam as suas probabilidades de recuperação. Exemplificando : as neoplasias, a hipertensão, a tuberculose, só para citar essas três, apresentam prognóstico tão mais favorável quanto mais cedo

forem diagnosticados. Parece válido concluir que qualquer sistema que restrinja indiscriminadamente o acesso à oferta, poderá agravar o quadro epidemiológico das doenças cujo principal instrumento de combate continua sendo o diagnóstico precoce.

46. Na verdade, o que está demonstrado é que o consumo supérfluo evidenciado em algumas áreas(*) resulta, sobretudo, da preferência dos profissionais de saúde por terapêuticas de maior custo, nem sempre necessárias, em decorrência tanto do fascínio pela sofisticação tecnológica, como pelo sistema de remuneração adotado pela previdência social no seu relacionamento com o setor privado, que estimula a produção de atos médicos de alto custo unitário.

47. Cabe referir, também, que já existem instrumentos moderadores da maior eficácia. A má localização de muitas unidades, postos e hospitais, desestimulam - quando não torna inacessível por completo - a procura dos serviços médicos. Maior força moderadora, ainda, têm as filas e certos entraves burocráticos e o atendimento sumário e impessoal.

48. Configura-se assim, pelo menos contraditória, a intenção de desenvolver esforços para diminuir as filas e melhorar a qualidade dos serviços - medidas cujos resultados favoráveis estimularão a demanda e, ao mesmo tempo, procurar mecanismos artificiais que possam desacelerar a procura.

(*) Exames complementares como os de laboratório, Raios X, etc).

49. Finalmente, com os atuais níveis de renda da população brasileira, seria de pouca expressão o contingente capaz de participar de forma significativa no custeio. Dessa forma, a adoção da medida pode levar a instalação de um aparelho arrecadador, cujo custo operacional poderia ser maior do que a receita arrecadada(*).

50. Dependendo da forma adotada, a participação no custeio, prevista na legislação do SINPAS para aqueles que ganham mais de 5 (cinco) valores de referência(**) não é, na realidade, intrinsecamente perversa, a depender do valor a ser cobrado e se levada em conta a renda familiar "per-capita". Os entraves burocráticos concernentes a arrecadação podem ser eliminados, utilizando-se a rede bancária. Por outro lado, ela pode ser um instrumento importante para redução da capacidade ociosa dos serviços públicos de saúde, desde que alcance somente os pacientes que optarem por serviços privados contratados pela previdência. Além disso, pode incentivar o consumo de serviços que deseja estimular (em geral preventivos) e de desincentivar aqueles para os quais haja evidência de um consumo excessivo desnecessário.

51. Em um sistema de saúde controlado pelos usuários, as possibilidades de distorções seriam mínimas. Na modalidade atual porém os riscos para o contribuinte são significativos: decisões de diminuir o aporte de recursos orçamentários para saúde ou de aten-

---

(*) Análise sucinta realizada em 1981 pelo IPEA/CNRH demonstrou que os recursos arrecadáveis, embora altos em valores absolutos, não seriam suficientes para cobrir 10% dos gastos com assistência médica.

(**) O valor de referência atual é de Cr$ 28.294,80, o que significa que ficariam excluidos da contribuição quem ganha mais do que 2,5 S.M., ou seja, mais de 65% da PEA.

der pressões dos produtores de serviços (médicos e empresas) e por melhor remuneração, poderiam levar a sucessivos aumentos na participação do consumidor.

52. Não requereria maior esforço de criatividade, relacionar fontes adicionais de diferentes potencialidades, que aumentem as disponibilidades do Tesouro: a taxação de ganhos de capital, heranças e outros rendimentos não provenientes de salário; alterações dos recursos oriundos das diferentes loterias federais, hoje destinados ao FAS e ao Fundo Nacional de Saúde; a já existente taxação sobre o consumo de bens supérfluos, pouco significativa para resolver os problemas de previdência, mas de maior impacto se destinada ao fortalecimento dos programas de saúde; um aumento da alíquota sobre produtos comprovadamente danosos, em maior ou menor grau a saúde, como o cigarro, as bebidas alcólicas; a remuneração a ser paga ao INAMPS pelas empresas de seguro pelo atendimento de acidentados; a taxação sobre o seguro-saúde em modalidades privadas similares, são algumas das inúmeras opções.

53. O fundamental, por ora, não é a listagem de fontes, nem mesmo a definição dos quantitativos das alíquotas. Trata-se de problema técnico de fácil solução para quem é do ramo: o essencial é o balizamento político dessa solução para que seja justo do ponto de vista social, e eficaz quanto as suas consequências financeiras. No primeiro caso, deve favorecer a equidade e a universalização, bem como evitar a regressividade e efeitos colaterais na inflação; no segundo, deve ser capaz de gerar algo acima de Cr$.. 2,0 trilhões a preços de 1983.

Considerações Finais

1. O reconhecimento da importância do setor saúde, como instrumento acessório, para elevação e melhor distribuição de renda entre regiões e indivíduos, conduz a que os esforços setoriais sejam dirigidos prioritariamente para a extensão dos serviços básicos de saúde pública e de atenção primária a toda a população, em especial nas áreas de maior densidade de pobreza, à superação das deficiências alimentares, ao controle e erradicação das doenças transmissíveis, particularmente as de cárater endêmico, e, ainda, a prevenção e o diagnóstico e tratamento precoces de outras enfermidades de expressivo significado médico-social.

2. Com esse escopo, as atividades do setor deverão ser gradualmente atribuidas a responsabilidade dos Estados e municípios, sem prejuízo do financiamento e ação normativa da União.

3. O setor privado, de inegável representatividade na prestação de serviços de recuperação da saúde, terá como responsabilidade fundamental, a assistência ao segmento social capaz de custear - sem a interveniência governamental - os serviços que necessita. Estímulos ao seu papel supletivo da atuação direta do setor público, deverão privilegiar instituições beneficientes e comunitárias.

4. O desenho, com visão crítica, critério técnico e orientação social, do perfil da oferta de serviços de saúde e sua localização espacial, deverá orientar a iniciativa privada para as áreas de maior déficit assistencial, refreando sua tendência natural para

fixar-se nos centros urbanos de maior porte e renda como vem acontecendo quase sempre mediante apoio creditício oficial e garantia do mercado previdenciário.

5. Alterações radicais a curto prazo se configuram pouco viável do ponto de vista político, diante da complexidade do problema e da multiplicidade de interesses envolvidos. Ademais, seriam desaconselháveis por força da desestabilização que poderiam provocar nas estruturas públicas e privadas existentes, a qual - mal ou bem - são as que temos.

6. A ótica principal de qualquer proposta de reformualação do modelo médico-assistencial - mesmo em uma situação recessiva - não deve ser a de mera contenção de gastos como um fim em si mesmo. Até porque não é intrinsecamente perverso gastar - desde que se possa - cada vez mais com saúde, quando se obejtiva atender as legítimas aspirações da população por melhores níves de bem estar.

7. De qualquer forma, passar subitamente e sem maiores traumas de um período de abundância e prosperidade material da década passada quando o setor crescia em termos reais cerca de 10% a ano, para uma etapa, de duração imprevisível, de congelamento de recursos setoriais ou mesmo de redução, requer mais do que nunca soluções políticas em lugar de remédios formulados em áreas técnicas restritas os quais a par de amargos quando muito apenas mascaram o quadro.

8. O problema passa a existir, quando a economia, em baixa, não pode sustentar as mesmas médias de crescimento no orçamento social registrados nos seus tempos de euforia. Esse torna mais

preocupante quando os recursos do setor, direcionados para prioridades equivocadas, perdem a sua já limitada eficácia na melhoria no nível de saúde e sua escassez retarda o processo de incorporação a demanda dos contingentes ainda, sem acesso regular pelo menos a cuidados básicos de sáude.

9. Na medida em que não se perca essa perspectiva, e se tenha por opção uma estratégia participativa, as propostas de aprimoramento do sistema perdem o caráter meramente contábil e o cunho autoritário, para adquirir sua verdadeira dimensão política e social.

10. Ainda que em uma sociedade de consumo os objetivos de universalização e equalização dos serviços de sáude possam ser atingidos de forma menos traumática em épocas de abundância, são os momentos de crise aqueles que paradoxalmente, estimulando a criatividade, favorecem as mudanças.

SETOR DE DOCUMENTAÇÃO

SAU 307

AUTOR VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco.- Política social (saúde).

TÍTULO

Devolver em	NOME DO LEITOR
22-1-93	[illegible]
5/2/93	renovado 320

SAU 307 VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco.- Política social (saúde).

Departamento de Imprensa Nacional — IPEA - 21