

OS DESAFIOS DA REFORMA SANITÁRIA

SAU 354



Í N D I C E

	<u>Pág.</u>
1. <u>Introdução</u> .....	
2. <u>A Questão Institucional</u> .....	
2.1 - A INTEGRAÇÃO .....	04
2.1.1 - As Razões a Favor .....	04
2.1.2 - As Forças Contrárias .....	05
2.1.3 - As Limitações da Integração .....	06
2.2 - OS PONTOS OSCUROS DA DESCENTRALIZAÇÃO .....	08
2.2.1 - Os Limites da Ação Federal .....	08
2.2.2 - A Horizontalização do Combate às Endemias .....	09
2.2.3 - O Futuro da F.SESP e do INAMPS .....	09
2.2.4 - As Repercussões da Reforma Tributária .....	10
2.2.5 - A Perda da Eficiência .....	11
2.2.6 - A Recentralização .....	11
3. <u>As Implicações da Universalização</u> .....	
3.1 - O PASSADO RECENTE .....	13
3.2 - O FUTURO IMEDIATO .....	14
3.2.1 - O Caso da População Rural .....	14
3.2.2 - A Incorporação dos Não Previdenciários .....	15
3.3 - UNIVERSALIZAR COM EQUIDADE .....	16
3.3.1 - A Redistribuição do Consumo .....	16
3.3.2 - As Clientelas Especiais: Os Mais Iguais .....	17
3.3.3 - Os Incentivos Fiscais .....	17
4. <u>O Papel do Setor Privado</u> .....	
4.1 - AS RELAÇÕES COM O INAMPS .....	22
4.2 - MODALIDADES ASSISTENCIAIS EMERGENTES .....	23
4.3 - A GESTÃO PÚBLICA .....	25

5. <u>A Política de Recursos Humanos</u>	
5.1 - A OFERTA DE MÃO-DE-OBRA: CRESCIMENTO E CONCENTRAÇÃO . . . .	29
5.2 - O MERCADO EM EXTINÇÃO DA MEDICINA LIBERAL . . . . .	31
5.3 - AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO MERCADO INSTITUCIONAL . . . . .	32
5.3.1 - A Ótica Corporativa . . . . .	32
5.3.2 - O Outro Lado da Medalha . . . . .	33
5.3.3 - Os Mecanismos de Compensação . . . . .	34
5.4 - O SALÁRIO DOS MÉDICOS E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS . . . . .	35
5.5 - OS PONTOS CRÍTICOS DE NEGOCIAÇÃO . . . . .	36
5.5.1 - Os Dois Empregos Públicos . . . . .	36
5.5.2 - O Direito de Greve . . . . .	38
5.6 - MEDIDAS DE TRANSIÇÃO . . . . .	39
6. <u>A Ação do Governo até o Final da Década</u>	
6.1 - O PLANO DE METAS (1986-1989) . . . . .	47
6.2 - O CUSTO E AS LIMITAÇÕES . . . . .	50
7. <u>O Financiamento da Transição</u>	
7.1 - AS FONTES ATUAIS . . . . .	56
7.2 - AS POSSIBILIDADES NÃO EXPLORADAS . . . . .	56
7.3 - O PERFIL DESEJÁVEL . . . . .	58

## 1 - Introdução

Os compromissos formais do atual governo com a questão saúde, poderão ser prejudicados se não forem - ao mesmo tempo em que se implementam políticas econômicas e sociais que favoreçam o bem estar da população - corrigidas as históricas distorções do Sistema Nacional de Saúde - SNS.

A reformulação desse sistema passa obrigatoriamente por um amplo debate nacional, cujo marco inicial foi a VIII Conferência Nacional de Saúde - VIII CNS, em março de 1986.

Como fórum pela primeira vez aberto a todos os segmentos representativos da sociedade civil, a VIII CNS teve como finalidade básica contribuir para a reformulação do SNS e proporcionar subsídios para a Assembléia Nacional Constituinte eleita em 15 de novembro.

O evento levou o Governo a constituir a Comissão Nacional da Reforma Sanitária-CNRS, incumbida de propor um novo arcabouço jurídico e institucional para o sistema de saúde. Composta por representantes governamentais e da sociedade civil, a CNRS tem alguns desafios pela frente.

O objetivo de universalizar os serviços de saúde e assegurar mais equidade no seu acesso, embora consensual como política geral, poderá encontrar resistências, se levado as últimas consequências. As clientelas especiais de serviços médicos privativos resistirão à eliminação do privilégio. A medicina privada, sustentada por esse mercado, será seu aliado natural. Reorientar a distribuição espacial da oferta, exigirá políticas específicas que minimizem a tendência de concentração de recursos nas áreas de maior renda.

A questão institucional também não é pacífica. A intenção de unificar o comando da política de saúde e descentralizar a sua execução, pode ser minada por estratégias de curto prazo que fortaleçam as burocracias centrais. Uma aliança entre esse segmento e os interesses corporativos da força de trabalho federal do setor, tem sua lógica e pode ser imbatível, se não houver forte vontade política que faça prevalecer o interesse coletivo.

As relações entre os setores público e privados terão que evoluir da desconfiança mútua para a cooperação recíproca. Isso requer um posicionamento claro, sereno e realista do governo quanto ao espaço a ser ocupado pelo estado na prestação direta de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que define os instrumentos formais que submetam o setor privado ao interesse público.

Mas o aspecto mais crítico a ser enfrentado talvez seja a política de recursos humanos, particularmente quanto a pauta a ser negociada com a categoria médica. Garantir melhores condições de trabalho e de remuneração é imprescindível mas não é suficiente. Exige, em contrapartida, um compromisso institucional das diferentes categorias do setor até hoje pouco evidenciado.

A solução, ainda que não plena e definitiva, de todos esses problemas terá um custo real. A universalização dos serviços não pode ser alcançada apenas com o aumento da eficiência e a eliminação da capacidade ociosa do setor público. A descentralização, eixo da questão institucional, exigirá, em um país de desigualdades, forte ação redistributiva do governo central. A remuneração do setor privado, deteriorada como sequela da recessão, terá que ser renegociada não só quanto a modalidade de pagamento mas quanto aos seus valores, de modo que os serviços prestados tenham um padrão de qualidade aceitável. Por fim, Planos de Cargo e Salários, embora definidos de forma autônoma ao nível federal e de cada estado e município, pressupõem, em princípio, um certo nivelamento por cima, tendo por parâmetro os padrões federais vigentes.

Tudo isso, e o restante da dívida social a ser resgatada no setor, representada pelo recrudescimento de problemas sanitários aparentemente resolvidos no passado e a eclosão de novos, requerirá a médio prazo, que o gasto público com a função saúde passe de US\$ 3,8 bilhões para cerca de US\$ 10 bilhões.

Com a atual estrutura de financiamento, 70% desse valor, deverá ter origem em fontes federais, sobretudo da previdência social, que já não parece muito disposta a pagar a conta, como vem fazendo. A necessária elevação no valor dos benefícios do Seguro Social, absorverá percentuais cada vez maiores de sua receita<sup>\*/</sup>.

É destas questões e dos desafios que as envolvem que trata este documento.

---

<sup>\*/</sup> - A elevação do piso dos benefícios para o valor do salário-mínimo implica em aumentar o gasto com essas prestações em 20%.

## 2. A Questão Institucional

### 2.1- A INTEGRAÇÃO

#### 2.1.1- As Razões a Favor

A vocação pluralista do sistema de saúde brasileiro conduziu a um emaranhado institucional público e privado que, a despeito de progressos recentes na implantação de mecanismos de coordenação, desenvolve programas paralelos, superpostos ou até competitivos.

Daí porque a expressão "Sistema de Saúde" não apresenta no caso brasileiro, a conotação literal aplicável a uma estrutura uniforme, coerente, organizada, ainda que pluralista. É apenas uma forma sintética e simplificada para designar o complexo institucional produtor de serviços de saúde.

A proposta de integração das diferentes instituições públicas, de modo a colocá-las sob comando único em cada nível de governo - federal, estadual e municipal - depois de referendada na VIII CNS, passou a ter um peso político quase que inexistente antes desse evento.

A argumentação a favor é bastante convincente. A medida contribui para diminuir o gigantismo do SINPAS<sup>\*/</sup>; facilita, se for acompanhada de medidas descentralizadoras, a implantação de sistemas regionalizados únicos de atenção médico-sanitária; dispensa o atual aparato interinstitucional de contatos e consultas, nem sempre eficazes mas que deve ser acionado toda vez que os problemas setoriais se situam no limite da competência de cada organismo; permite a elaboração de normas e critérios uniformes, bem como uma alocação mais racional dos recursos, independente de sua origem; supera em definitivo a anacrônica e artificial dicotomia entre serviços preventivos e curativos responsável por paralelismos e duplicações de ação de elevado custo social. Por fim,

<sup>\*/</sup> Ficaria restrito as prestações securitárias e a assistência social. As atribuições no campo da assistência médica seriam assumidas por um novo Ministério da Saúde resultante da fusão do atual com o INAMPS.

reduz entraves burocráticos criando um só canal de comunicação e financiamento entre o Governo Federal e os Estados e destes com os municípios nas questões de saúde. ( 1 )

#### 2.1.2- As Forças Contrárias

Nos últimos 20 anos foram feitas pelo menos três tentativas de integração, cuja primeira etapa seria a nível federal, a fusão da assistência médico-hospitalar a cargo da previdência social com as atividades tradicionais do Ministério da Saúde. A idéia, a despeito de sua crescente aceitação, ainda não alcançou unanimidade.

O setor médico-hospitalar privado dependente dos contratos com o INAMPS parece temê-la, em parte pelo receio, um tanto paranóico, de que a estatização encontre no MS um meio de cultura mais fértil.

A burocracia previdenciária há de preferir, com certeza, a manutenção do "status quo", naturalmente receiosa de alterações na estrutura de poder que construiu durante décadas.

Algumas lideranças sindicais também rejeitam a mudança na medida em que ela representa mais um passo no sentido da universalização dos serviços de saúde previdenciários.

O primeiro argumento na versão obreirista é o risco da diminuição da qualidade dos serviços - reconhecida como insatisfatória pra dizer o mínimo - como decorrência da incorporação abrupta de uma demanda adicional de não previdenciários sem o aporte de novos recursos.

O segundo, se refere às características do financiamento da assistência médica o qual, segundo essa linha de pensamento, viria dos bolsos dos empresários e dos trabalhadores e, por conseguinte, só a esses deveria beneficiar.

A postura anti-integracionista não disfarça um viés conservador para não dizer reacionário. As apreensões quanto a uma possível perda da qualidade teriam procedência se a intenção fosse a de universalizar os serviços e equalizar o direito de acesso à assistência médica de uma só vez e apenas com os recursos da previdência social. Os defensores mais responsáveis da integração jamais pensaram de forma tão radical e ingênua.

O argumento<sup>\*/</sup> de que os recursos para assistência médica só devem beneficiar aqueles que supostamente o geram sofre pelo menos duas críticas.

Preliminarmente a alegação é anti-redistributiva por natureza e pouco solidária. Sua aceitação significa vetar que, aqueles que estão empregados, contribuam para financiar (parcialmente) a assistência aos menos afortunados, ou seja, os desempregados e carentes. O fato da assistência médica não ser uma prestação securitária também contribui para anular a pretensa vinculação entre o benefício e os contribuintes do sistema.

Ademais não se pode esquecer que os recursos da previdência, particularmente a contribuição patronal, tem origem, em última instância, no bolso dos consumidores vinculados ou não ao sistema previdenciário.

### 2.1.3- As Limitações da Integração

A intenção de implodir o INAMPS e o MS levaria à criação de um novo Ministério que absorveria também as funções de saúde de escolar e ocupacional hoje situadas no âmbito do MEC e do MTb,

<sup>\*/</sup> O Ministro da Previdência e Assistência Social está entre os que endossam esse argumento. Em entrevista recente declarou que "contribuição dos trabalhadores para com a previdência social deve ser para o custeio da assistência à saúde e o pagamento das pensões e aposentadorias do contribuinte". "A contribuição previdenciária não pode ser encarada como um imposto", completou o Ministro ao referir-se ao fato da população não contribuinte estar recebendo serviços pagos pelo contribuinte do SINPAS (2).

respectivamente. Há quem defenda a incorporação adicional das responsabilidades sobre o meio ambiente que se encontram no M.D.U.<sup>\*7</sup>, tendo em vista a experiência aparentemente exitosa da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul.

As Secretarias Estaduais de Saúde e as municipalidades absorveriam, conforme cada situação específica, os recursos humanos e materiais federais que estão envolvidos em ações de saúde regional ou local. Entre esses recursos, estariam os hospitais universitários do MEC.

Esta é, em essência, a deliberação da VIII CNS, majoritária - senão unânime - naquele forum, mas não consensual na arena política maior.

As vantagens já foram mencionadas. É preciso ter claro, porém, que essas alterações, inicialmente limitadas aos organogramas, não constituem a poção milagrosa capaz de sanar os crônicos problemas do setor. Afinal, pelo simples fato de passar a ter um comando único a política de saúde não passa a ser mais acertada, e as organizações burocráticas por se tornarem maiores (como acontecerá com o novo MS), não se tornam por isso, mais eficientes.

As mudanças não trazem por si mesmas, em um primeiro momento, maior flexibilidade na utilização dos recursos disponíveis. Permanecendo inalterada a modalidade de financiamento, os recursos do INAMPS continuam centralizados e vinculados a assistência médica devida à clientela previdenciária.

Assim sendo, não podem de imediato, como seria desejável, compor com outras fontes, um fundo único para a saúde, de onde seriam alocados em benefício de todos segundo prioridades e não mais segundo a sua origem. De qualquer forma, a fusão representa uma etapa fundamental no processo de reordenamento dos serviços de saúde.

---

\*/ Ministério do Desenvolvimento Urbano.

## 2.2- OS PONTOS OSCUROS DA DESCENTRALIZAÇÃO

### 2.2.1- Os Limites da Ação Federal

Enfático na proposta de descentralização mas deliberadamente ambíguo na fixação dos seus limites, o I PND-NR permite pelo menos duas leituras da posição do Governo.

Na primeira o sistema de saúde teria sua expansão concretizada em decorrência de projetos estaduais e municipais. Essa alternativa significa o congelamento dos serviços federais nos níveis quantitativos atuais conforme - diga-se de passagem - proposto em estudos que antecederam a Nova República ( 3 ).

Uma segunda interpretação não veda a expansão federal já que o PND registra apenas a prioridade - e não exclusividade - aos serviços estaduais e municipais.

O Plano de Metas do Governo (1986-1989), refere expressamente a "construção, reforma e reequipamento das unidades sanitárias das redes estaduais e municipais, preservando-se na área federal as iniciativas já em andamento, expandindo-se apenas aqueles serviços que vieram a ser definidos como de sua competência".

Qualquer um dos entendimentos faculta ao Governo Federal continuar operando serviços caracteristicamente locais como os da F.SESP e os da rede própria do INAMPS.

Ainda que mais explícita quanto a esses aspectos, a VIII CNS não chega a responder a todas as perguntas. As implicações da transferência para os Estados e Municípios "de todos os serviços federais de caráter local com os respectivos recursos humanos e financeiros" ( 4 ), não estão identificadas na sua totalidade. Essa proposição envolve, entre outros aspectos, um contencioso onde estão presentes atores institucionais como a SUCAM, a F.SESP e o INAMPS.

### 2.2.2- A Horizontalização do Combate às Endemias

O controle de vetores, atividade nuclear no controle das grandes endemias, surge a primeira vista como sendo municipalizável. Essa opção, porém, acarreta dificuldades quando for necessário - e frequentemente é - coordenar mais de um município em um esforço comum. O combate ao Aedes aegypti, para citar um exemplo atual, seria uma dessas situações.

Uma outra alternativa descentralizadora é a "estadualização" do controle das endemias como ocorre em São Paulo. Nesse estado a atividade em questão é de responsabilidade da SUCEM, órgão da Secretaria Estadual de Saúde.

Não são poucos, todavia, os defensores da permanência do Ministério da Saúde, através da SUCAM, nesse campo. A favor do status quo estão a tradição nacional na área e a atual realidade do combate a essas doenças. O recrudescimento de problemas aparentemente sob controle no passado reitera, segundo essa ótica, a intensificação de uma atuação vertical com comando central, claramente definido. Mas até que ponto a manutenção em níveis elevados e até mesmo o recrudescimento de algumas endemias no quadro sanitário nacional não representam um fracasso da atuação verticalizada?

### 2.2.3- O Futuro da F.SESP e do INAMPS

As diferentes propostas de descentralização, não por acaso, passam ao largo da questão relativa ao futuro das grandes burocracias do setor como a F.SESP e o INAMPS. Literalmente as recomendações da VIII CNS poderiam ser entendidas como sinalizando para a extinção desses órgãos. Ou, pelo menos, para a redução significativa das respectivas dimensões atuais, ainda que preservando seus quadros.

Em favor dessa segunda hipótese há o argumento de que o novo papel reservado ao Governo Federal dispensa um aparato organizacional do porte que essas instituições ostentam hoje. A extinção, entretanto, é difícil para dizer o mínimo. As burocracias tendem a auto-preservação. O que não se pode é apagar a memória da assistência médica retida no INAMPS. Nem, muito menos, abdicar da experiência da F.SESP.

Implosão ou enxugamento dessas estruturas, com vistas a um novo papel, são alternativas cujas conseqüências ainda não foram examinadas em profundidade.

#### 2.2.4- As Repercussões da Reforma Tributária

A reforma tributária pode acarretar perda de eficiência na arrecadação de tributos que, eventualmente, passem da competência federal para os estados e, sobretudo, para os municípios.

Um risco adicional é a tendência que uma reforma tributária descentralizadora venha favorecer as regiões com mais potencial econômico, e, em conseqüência, aumentar as desigualdades regionais.

São essas dúvidas que favorecem os argumentos a favor da manutenção do centralismo na arrecadação, desde que se assegure maior rapidez e simplicidade nos repasses para os estados e municípios.

Pelos mesmos motivos será necessário assegurar meios à União para exercer, com mais competência do que até hoje, um efetivo papel redistributivo que elimine ou reduza em escala significativa as desigualdades entre as diferentes regiões.

### 2.2.5- A Perda da Eficiência

O risco da perda da eficiência não se aplica apenas à receita. Também tem rebatimento no uso dos recursos arrecadados.

Não há garantia, como já mencionado, que municipalizar o combate as endemias seja a melhor decisão do ponto de vista técnico. Nem se é possível repetir, em todos os estados, a experiência da SUCEM de São Paulo.

Embora sejam conhecidas secretarias estaduais e municipais de saúde tão eficientes quanto quaisquer outros órgãos federais do setor, os "centralistas" lembram o que aconteceu com a rede básica de saúde criada pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, no Nordeste. Sob responsabilidade estadual grande parte das milhares de unidades construídas com recursos repassados da União tem funcionado de forma insatisfatória. Não se pode dizer o mesmo da rede operada pela F.SESP.

Incompetência gerencial atávica ou efeito deletério da centralização que desestabilizou as Secretarias de Saúde?

### 2.2.6- A Recentralização

A retórica contra o centralismo da União não pode conduzir apenas à mudança do centro do poder. Em outras palavras, não se pode reproduzir em cada uma das unidades federadas todos os vícios da centralização federal.

Essa recentralização " não levaria a um revanchismo de repetir com os municípios o que a União fizera com os Estados"? ( 5 ) "Prefeitura lizar" as decisões seria a saída. Nesse caso não se estaria centralizando no Prefeito muita coisa que poderia caber à própria comunidade organizada com o apoio governamental, mas sem sua tutela.

As tentativas descentralizadoras com mais charme "buscam ampliar o poder e o peso das pessoas estranhas à malha administrativa, aquelas sobre as quais operam os administradores, sejam elas beneficiárias, clientes, o "povo", o público ou os contribuintes" ( 6 ).

### 3. As Implicações da Universalização

#### 3.1 O PASSADO RECENTE

O esforço para universalizar o acesso aos serviços médico-hospitalares e sanitários não é recente. A criação do FUNRURAL em 1963, a implementação do Programa de Pronta Ação-PPA em 1974 e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (1976) foram medidas que, com estratégias diferentes, proporcionaram expressivo aumento da cobertura.

Apesar de importantes, essas iniciativas foram insuficientes para universalizar a assistência médico-hospitalar, superar os diferenciais inter-regionais de acesso e, sobretudo, as desigualdades no atendimento entre clientela.

Com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde - AIS (RS CIPLAN Nº 6/84) foi dado mais um passo no sentido da universalização do atendimento.

Depois das AIS - implantadas em mais de 2000 municípios - os previdenciários rurais passaram a ter acesso aos Postos e Hospitais próprios do INAMPS o que, por estranho que possa parecer, não ocorria até então. Os não previdenciários, por sua vez, embora sem acesso ao setor privado contratado pelo INAMPS, passaram a ter atenção nos serviços próprios do INAMPS. Em áreas como o Rio de Janeiro, por exemplo, onde a previdência tem inúmeros hospitais terciários ou em outras unidades federadas onde os serviços ambulatoriais próprios da previdência têm expressão na oferta de nível secundário, as AIS representam uma conquista significativa para este segmento social.

As AIS já alcançam todas as unidades federadas e cerca de 2000 municípios. Em cada estado funciona uma Comissão Inter-institucional de Saúde-CIS, presidida pelo Secretário de Saúde e

composta pelo Superintendente do INAMPS (MPAS), Delegado Federal de Saúde (MS) e - quando for o caso - representantes regionais da FSESP, SUCAM, e o Diretor do Hospital Universitário.

Em cada município e macro-região estão sendo instaladas as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde - CIMS e Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde - CRIS, com composição similar, estando prevista a inclusão em cada Comissão de representação do setor privado de saúde e dos usuários dos serviços.

### 3.2 O FUTURO IMEDIATO

#### 3.2.1 O Caso da População Rural

O Decreto nº 98.770, de 10 de junho de 1986, determina que os convênios rurais sejam remunerados pela previdência social da mesma forma que os urbanos. Sua próxima regulamentação pelo MPAS deverá revelar até que ponto o propósito de tornar igualitário o atendimento urbano e rural representa de fato uma firme vontade política.

Para equiparar, sem restrições, o atendimento do previdenciário rural ao urbano, a medida mais eficaz seria simplesmente incluir a população rural como beneficiária dos contratos ou convênios urbanos.

O MPAS, entretanto, preferiu manter convênio específico para os rurais, o que pode trazer algumas "vantagens" para a previdência e problemas ou limitações para os beneficiários. Por um lado permite à previdência "cadenciar" a celebração dos novos convênios à disponibilidade de recursos. Por outro, é possível, por exemplo, que determinado tipo de atendimento, sobretudo mais complexo, de que necessite um previdenciário rural só seja oferecido

por entidade que não tenha convênio para essa população. Ou ainda, é possível que a obrigatoriedade de atender essa população não interesse a certas instituições que já possuem convênios de atendimento da clientela urbana, além de outros convênios, mais vantajos financeiramente, que os oferecidos pela previdência social.

### 3.2.2 A Incorporação dos não Previdenciários

Estima-se que cerca de 90% da população brasileira estejam vinculadas a sistemas previdenciários oficiais, federal e estaduais<sup>\*/</sup>.

A população não previdenciária, além de ter direito ã assistência em situações de urgência/emergência, pode receber atenção, nas áreas onde as AIS estão implantadas, nos serviços próprios do INAMPS.

Contudo, existem dois limitantes: as AIS ainda não estão implantadas em todos os municípios do país e, além disso, conforme colocado anteriormente, restringem-se, ainda, quase que exclusivamente às instituições do setor público. O acesso real dos não previdenciários está, mesmo com as AIS, condicionado ã distribuição dos serviços do setor público que, como se sabe, está longe de ser homogênea.

A rede oficial possui no seu conjunto 116.573 leitos (25% do total instalado no país) e 16.130 Unidades Ambulatoriais (67% do total). Contudo, apenas os serviços menos complexos estão suficientemente desconcentrados, prejudicando, dessa forma, o acesso integral.

Não se pode falar em equidade no atendimento enquanto os não previdenciários não tiverem também possibilidade de acesso, aos serviços privados contratados pelo INAMPS, o que representará, inegavelmente, um incremento considerável nos gastos assistenciais.

\*/ - Para os servidores públicos estaduais.

### 3.3 UNIVERSALIZAR COM EQUIDADE

#### 3.3.1 A Redistribuição do Consumo

A universalização do direito de acesso aos serviços de saúde será incompleta se não for acompanhada de medidas que possibilitem o acesso real.

Ainda que o consumo "per capita" seja um indicador pouco sensível para avaliar a equidade na prestação de serviços serve, a grosso modo, para medir as desigualdades existentes entre diferentes regiões e segmentos sociais.

A comparação do consumo de serviços médicos e hospitalares, no período 1980-1985, demonstra uma diminuição nas desigualdades inter-regionais. Em 1980, o percentual da população beneficiada com assistência hospitalar na região Sul (14,9%) era quase três vezes superior ao do Nordeste (5,6%). Em 1985, 6,7% e 11,4% da população nordestina e sulina receberam atendimento hospitalar. Em relação ao atendimento ambulatorial, em 1980 o Nordeste tinha um consumo "per capita" equivalente a 60% da média nacional. Em 1985 elevou-se para 72% (Tabela 1 ).

No mesmo período, no entanto, o diferencial de atendimento entre as clientela urbana e rural permaneceu praticamente inalterado. Ou seja, a população urbana continua apresentando uma taxa de cobertura hospitalar quase duas vezes maior do que a rural e cobertura ambulatorial quatro vezes superior (Tabela 2).

O quadro de desigualdade se repete nas ações preventivas. A cobertura vacinal em menores de 1 ano, por exemplo, melhorou muito no período 1978-1984, ocorrendo praticamente uma duplicação da cobertura vacinal no país como um todo. A vacinação contra o sarampo, difteria, tétano e conqueluche triplicou no Nordeste e cresceu bastante no Norte e Centro-Oeste. Nada obstante ainda não foram alcançados os níveis de cobertura similares aos das regiões Sul e Sudeste (Tabela 3 ).

### 3.3.2. As Clientelas Especiais: Os mais Iguais<sup>\*/</sup>

A grande maioria dos Ministérios e empresas estatais (Petrobrás, Banco do Brasil, etc.) proporcionam, como FRINGE-BENEFITS, assistência médico-hospitalar aos seus funcionários (e dependentes). Alguns possuem serviços próprios de grande porte, como os Ministérios Militares. Outros, como o MPAS, administram convênios com grupos médicos, profissionais liberais, instituições hospitalares e laboratoriais. Todos são, de alguma forma, subsidiados com recursos públicos; na maioria dos casos, seus usuários não perdem o direito de utilizarem os serviços públicos, inclusive do INAMPS.

A proposta de equidade no atendimento, se levada às últimas consequências, pode levar à extinção dos serviços privativos ou pelo menos à supressão do subsídio. Isso não se fará sem traumas. Afinal, por muito menos de 50% do preço pago por um cliente particular, os privilegiados usuários desses serviços podem escolher o médico de sua preferência, utilizar instalações mais confortáveis nos hospitais e receber serviços personalizados. A sociedade paga a diferença.

A eliminação, gradual ou não, do subsídio faria com que a modalidade se transformasse em cooperativas de consumidores. Como a tabela de preços dos convênios está bastante abaixo dos preços de mercado, a modalidade mesmo não subsidiada, continuaria interessante para os usuários.

### 3.3.3 Os Incentivos Fiscais

As pessoas físicas podem abater de seus rendimentos bruto os gastos médicos, odontológicos e hospitalares, para efeito de pagamento do imposto de renda. O mesmo incentivo se aplica as empresas em relação aos gastos com serviços de saúde proporcionados aos seus empregados e dependentes.

---

<sup>\*/</sup> "Todos os animais são iguais mas alguns são mais iguais que os outros". George Orwell, em ANIMAL FARM.

Em decorrência desses incentivos a receita federal deixou de tributar abatimentos equivalentes a US\$124,7 milhões de cerca de 1,8 milhões de declarantes ( 7 ) em 1981.

A prestação de assistência médica e hospitalar pela empresa privada a seus funcionários e dependentes, seja através de serviços próprios ou convênios com grupos médicos, representa um salário indireto e portanto um atrativo no recrutamento de pessoal. Traz simultaneamente vantagens econômicas para a empresa como a redução do absenteísmo, por exemplo. Como parte da política de pessoal de empresas, não merece reparos desde que este benefício seja prestado com recursos próprios. O incentivo fiscal em qualquer dos casos - pessoas físicas ou jurídicas - é incompatível com o objetivo de equidade nos serviços de saúde.

TABELA 1

BRASIL - CONSUMO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES PROVIDOS PELO INAMPS,  
SEGUNDO AS DIFERENTES REGIÕES  
1980 e 1985

REGIÕES	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (% DA POP. ATENDIDA)		ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL (CONS/HAB/ANO)	
	1980	1985	1980	1985
Norte	5,80	6,39	0,94	1,13
Nordeste	5,60	6,71	0,91	1,27
Sudeste	11,2	9,96	1,98	2,24
Sul	14,9	11,4	1,67	1,71
Centro-Oeste	10,7	8,89	1,07	1,35
BRASIL	9,9	8,92	1,51	1,76

ELABORAÇÃO: CSP/IPLAN/IPEA - Sebastião Francisco Camargo.

FONTE: MPAS/INAMPS em dados 1983 - IBGE - Anuário Estatístico 1983 Tab.Avançados.  
Censo Demográfico 1980 - INAMPS - Secretária de Planejamento 1985.

TABELA 2

BRASIL - CONSUMO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES PROVIDOS PELO INAMPS,  
SEGUNDO CLIENTELAS URBANA E RURAL  
1980 E 1985

ESPECIFICAÇÃO	ANO			
	1980	RAZÃO DE ATENDIMENTO URBANO/RURAL	1985	RAZÃO DE ATENDIMENTO URBANO/RURAL
<u>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</u>				
- Pop. Atendida (%)	<u>9,9</u>		<u>8,92</u>	
. Urbana	11,9	2,1	10,25	1,88
. Rural	5,7		5,44	
<u>ATENÇÃO AMBULATORIAL</u>				
- Cons. por Hab.(total)	<u>1,5</u>		<u>1,76</u>	
. Urbana	1,99	3,9	2,22	4,03
. Rural	0,51		0,55	

FONTE: INAMPS EM DADOS 1985.

TABELA 3

BRASIL - PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO VACINADAS POR REGIÕES  
1978 e 1984

REGIÃO	VAC. A. SARAMPO (%)		VAC. TRIPLICE (%)		VAC. BCG-ID (%)	
	1978	1984	1978	1984	1978	1984
Norte	28,48	68,30	30,29	50,30	50,77	54,99
Nordeste	20,98	64,07	19,37	64,30	25,23	58,62
Sudeste	58,36	89,31	57,02	67,88	63,15	94,05
Sul	55,78	100,00	24,64	77,45	45,33	100,00
Centro Oeste	38,07	69,24	12,81	73,90	49,68	72,91
Brasil	42,16	80,11	35,02	67,23	46,11	79,05

NOTAS: 1/ - Sarampo: 1 dose  
- DPT : 3 doses  
- BCG-ID : 1 dose

FONTE: SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

#### 4. O Papel do Setor Privado

##### 4.1 - AS RELAÇÕES COM O INAMPS

A assistência médica oficial no Brasil é executada por prestadores públicos e privados, onde a participação de entidades não governamentais, especialmente na área hospitalar, é bastante significativa.

Em 1982, a participação do setor privado típico (serviços contratados e convênio-empresas) atingia 70,6% das internações hospitalares custeadas pela previdência social. Em 1985, possivelmente como consequência de medidas adotadas\*, a participação do setor privado diminuiu. De 12,1 milhões de internações prestadas pela previdência social, 66% foram feitas através de hospitais contratados e convênio-empresa. No período 1982-1985, verificou-se um acréscimo de 13,45% no número de internações prestadas pelo setor privado para um aumento de aproximadamente 50% nas internações realizadas em hospitais públicos. (Tabela 1).

Com relação aos gastos, em 1982 aproximadamente 65% do total dispendido pelo INAMPS destinou-se à compra de serviços (hospitalares, ambulatoriais, de diagnose e terapia) junto à rede de privada. Três anos depois esse percentual foi de apenas 56,5% (Tabela 2).

A desaceleração ocorrida na participação do setor privado decorre da prioridade para o atendimento através da rede própria e governamental e da adoção de instrumentos que disciplinaram o atendimento através de serviços vinculados ao INAMPS, como a Portaria MPAS 3046/82, que estabelece parâmetros de cobertura e concentração aplicáveis à programação anual da autarquia, e a resolução INAMPS na 26/82 que fixou o teto de internações ao número de leitos efetivamente contratados.

---

\* Plano CONASP.

A mudança no sistema de remuneração por sua vez, passou a ser feita com base num valor fixo por procedimento, ao invés do incontrolável "fee for service"<sup>\*/</sup> (unidade serviço) o que pode ter desestimulado a produção de serviços desnecessários, e facilitado o controle orçamentário.

Nada obstante, a nova forma de remuneração não se tem mostrado imune a fraudes. A imprensa tem denunciado casos de super-faturamento através de "pacientes fantasmas" e de adulterações de procedimentos. A fraude mais comum parece ser a substituição, na fatura, de procedimento mais simples e, portanto de custo mais baixo, por procedimento mais complexo de custo mais elevado.

#### 4.2 - MODALIDADES ASSISTENCIAIS EMERGENTES

O setor privado começa a encontrar outros espaços de atuação que limitem sua dependência à previdência social. Uma delas é o seguro-saúde.

Em 1983 a Golden Cross imperava absoluta no setor de seguro saúde, com aproximadamente 1 milhão de contratos, absorvendo 95% do mercado.

Atualmente a Golden Cross detém 55% a 60% de toda a clientela das companhias administradoras de planos de saúde, com mais de 1,7 milhões de associados, dos quais 600 mil no Rio de Janeiro. Somente em setembro de 1986 a empresa fechou contratos de assistência médica que representaram 20 mil novos planos em 72 cidades do País. A Assistência Médica Internacional - AMIL, por sua vez, no mesmo período, fez contratos com 21 empresas, entre as quais apenas o estaleiro Verolme representou um ingresso de 24 mil pessoas (funcionários e dependentes) ( 8 ).

---

<sup>\*/</sup> Alguns serviços de diagnose e terapia (hemodiálise, por exemplo) continuam sendo remunerados por U.S.

A medicina de grupo, em 1981, atendia em todo o Brasil mais de 10 milhões de pessoas, das quais 7 milhões somente no estado de São Paulo, empregando 12.000 médicos, 35.000 profissionais de outras categorias e operando mais de 500 ambulatórios e 55 hospitais próprios com cerca de 6.500 leitos ( 9 ).

Mais recentemente grandes conglomerados financeiros, como o Itau e Bradesco, dois dos maiores bancos privados nacionais, vem ingressando no mercado da assistência médica, através de seguro saúde. Neles os hospitais e médicos podem ser livremente escolhidos pelos segurados e a despesa é coberta de acordo com os limites fixados no plano escolhido. As principais características desses planos encontram-se no Quadro I.

A expansão de modalidades assistenciais privadas<sup>\*/</sup> como as proporcionados pelos diferentes planos de seguro saúde e mesmo pela medicina liberal, na sua concepção ortodoxa, parece evidenciar-se depois do Plano Cruzado. Como decorrência do Plano, estima-se que o crescimento da massa salarial em 1986 deverá se situar entre 17 a 19% (em 1985 cresceu 19%). Resta saber qual a repercussão sobre salários, principalmente da classe média, das medidas adotadas em novembro de 1986 (Correção do Plano Cruzado).

O crescimento dessa modalidade - seguro saúde - preocupa a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. Atualmente, só as seguradoras que atuam neste mercado são fiscalizadas pela SUSEP. As demais, tanto as administradoras de serviços médicos (AMIL, Golden Cross, Blue Cross e outras) quanto as cooperativas médicas, não submetem seus planos à aprovação do Governo e nem tem seus preços administrados ( 10 ).

<sup>\*/</sup> - Em 31/10/86 (Portaria nº 3876) o MPAS criou nova modalidade assistencial "privatizada": o Sistema de Capitação. Nessa modalidade, uma derivação do credenciamento ambulatorial, cada médico nas especialidades de pediatria, gineco-obstétrica e clínica médica terão uma remuneração mensal segundo o número de pacientes que estiverem cadastrados como de sua responsabilidade.

#### 4.3. A GESTÃO PÚBLICA

As dificuldades em coibir infrações contratuais e fraudes levou o INAMPS a propor que os contratos ora existentes com os prestadores privados, atualmente regidos por normas do direito civil, sejam transformados em contratos administrativos.

Enquanto nos contratos regidos pelo direito civil existe uma igualdade entre as partes, no caso do contrato administrativo, o Poder Público pode, no resguardo do interesse coletivo, tomar decisões mais ágeis e até mesmo unilaterais.

Contudo, tão ou mais importante que dotar o Setor Público de instrumentos que confirmam maior controle sobre os serviços contratados, é uma mudança substantiva na política assistencial.

Atualmente cada instituição, dentro da ótica de "vendedor" de serviços, tem sua responsabilidade limitada àqueles que demandam por suas ações. Inexiste a preocupação com a saúde da população num sentido mais amplo, uma vez que fica indefinido seu papel dentro da rede assistencial.

A alteração dessa postura requer esforços de programação integrada, a partir do nível local, com base em critérios epidemiológicos e sociais.

A inclusão dos prestadores privados numa rede única de serviços de saúde significa que deverão acatar maior grau de normatização assistencial, ficando o controle, acompanhamento e supervisão de suas ações sob a responsabilidade de colegiado representativo do sistema de saúde no nível correspondente.

TABELA 1

BRASIL - MPAS/INAMPS - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR.

1982 - 1985

(Em milhares)

PRESTADOR	INTERNAÇÕES							
	1982		1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Próprios	236,6	1,81	247,0	2,05	229,7	1,81	238,5	1,97
Contratados	8.775,2	67,13	7.778,0	64,43	8.427,4	66,52	7.596,2	62,8
Org. Governam.	993,0	7,14	1.048,7	8,69	1.249,2	9,86	1.474,8	12,19
Hosp. Univ.	257,1	1,97	348,2	2,88	379,2	2,99	394,3	3,26
Empresas	455,6	3,49	418,9	3,47	404,8	3,20	394,3	3,26
Sindicatos	18,3	0,14	18,7	0,15	17,5	0,14	14,5	0,12
Ent. Filant/Outros	2.395,0	18,32	2.211,6	18,33	1.961,5	15,48	1.939,3	16,04
<b>T O T A L</b>	<b>13.070,8</b>	<b>100,00</b>	<b>12.071,1</b>	<b>100,00</b>	<b>12.669,3</b>	<b>100,00</b>	<b>12.095,7</b>	<b>100,00</b>

FONTE: 1982 e 1983 - MPAS/DATAPREV

1984 e 1985 - MPAS/INAMPS/SECRETARIA DE PLANEJAMENTO.

## QUADRO I

## COMPARAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	GOLDEN CROSS	HOSPITAÇÃO	AMIL	BRANDESCO	COMIND
Coberturas de consultas e exames médicos	.Cobertura total e sem limite através do Golden Card do Plano PAI.	0	.Cobertura sem limite através do Che que Amil do plano Sistema de Proteção a Saúde.	0	.Limite 4 consultas anuais, por assc. O valor da consulta tb é limitado e cláusula adicional de contrato.
Cobertura de eventos clínicos e cirúrgicos previstos no contrato	.Pagtº total para despesas hospitalares e de honorários médicos em rede credenciada.	.Pagtº total para despesas hospitalares. .Reembolso limitado de honorários médicos.	.Pagtº total para despesas hospitalares e de honorários médicos em rede credenciada.	.Pagtº total para despesas hospitalares e de honorários médicos em rede credenciada.	.Pagtº p/ despesas hospitalares. .Reembolso limitado de honorários médicos.
Atendimento ao cliente	.Rede de 65 filiais espalhadas por todos os estados brasileiros.	.Atendimento ao cliente através do SIS. Não possui pontos de atendimento específicos p/os planos de saúde.	.Filiais apenas no RJ, Niterói e SP. Não possui pontos de atendimento por telefone.	.Atendimento ao cliente através do S.A.S. Não possui pontos de atendimento específicos p/os planos de saúde.	.Central de atendimento 24 horas por dia.
Hospitais próprios	.8 (SP, RJ, Recife, B. Horizonte, Brasília (2), Londrina e Salvador)	0	0	0	0
Rede de ambulatorios próprios	.8 (Santos, SP (2), RJ, Campo Grande, Em construção, Curitiba, Porto Alegre e Niterói).	0	0	0	0
Filiais no exterior	.2 - Paraguai e Chile.	0	0	0	0
Existência de planos específicos para empresas em geral	.Plano DAME com mais de 3.000 empresas filiadas.	0	.Plano SIS/AMIL	0	0
Preço médio - plano familiar (familiar base: marido, mulher e 2 filhos a partir de 1º de julho/85.	232.000	530.000	243.000	535.800	.não decidido no aumento.
Nº de associados	1.100.000	150.000	70.000	180.000	20.000

FONTE: BEZERRA, Zemilton - Receita da Golden Cross, é de Cr\$ 40 bilhões ao mês. Jornal do Brasil, RJ, 04/02/85.

TABELA 2

## INAMPS - DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA POR ATIVIDADES

1982 - 1985

(Em Cr\$ milhões correntes)

ESPECIFICAÇÃO	REALIZADO 1982		REALIZADO 1985	
	CR\$	%	CR\$	%
T O T A L	722.677,9	100,00	18.300.000,0	100,00
Administração	37.609,5	5,21	930.546,0	5,08
Serviços Próprios	135.012,9	18,68	4.735.576,1	25,88
Contratados	403.210,2	55,79	7.756.958,0	42,39
Órgãos Governamentais	39.290,5	5,43	1.541.082,0	8,42
Hosp. Universitários	21.387,4	2,95	881.675,0	4,82
Rede Dist. de Medicamentos	15.468,0	2,14	407.735,0	2,23
Ent. Filantrópicas	26.365,8	3,65	428.376,0	2,34
Sindicatos	12.912,8	1,79	195.100,0	1,07
Conv. Empresa	21.227,1	2,94	140.373,0	0,77
Reorientação e Realização Assistência Médica	-	-	448.352,0	2,45
Desenv. de Pesquisa	-	-	5.970,0	0,03
Dívida Externa	-	-	6.941,0	0,04
Inativos e Pensionistas	6.353,7	0,88	758.425,0	4,14
PASEP	3.840,5	0,54	62.890,0	0,34

FONTE: MPAS/INAMPS, SECRETARIA DE PLANEJAMENTO.

## 5. A Política de Recursos Humanos

### 5.1. A OFERTA DE MÃO-DE-OBRA: CRESCIMENTO E CONCENTRAÇÃO

Até 1960 funcionavam no Brasil, 26 faculdades de medicina. A partir de meados dessa década, até 1979, foram criadas, ao sabor das mais variadas pressões, outras 50. O número anual de graduados - em torno de 3.700 em 1971 - chegou próximo de 9.000 em 1978. Hoje está acima de 7.000.

Assim, a taxa de médicos por 10.000 habitantes que nos anos 60 subiu menos de 10%, na década seguinte quase que duplicou. "Coeteris paribus", a variação desse indicador deverá ser de 40% entre 1980 e 1990 e de mais de 20% nos 10 últimos anos do século, admitindo uma graduação anual média de 8.000 novos médicos. A taxa de 8,6/10.000 de 1980 será, por conseguinte, de 14,6/10.000 no ano 2000 (Tabela 1).

As consequências dessa expansão da oferta podem ser vistas sob dois enfoques distintos. No primeiro, a explosão demográfica na medicina, não deve ser encarada como um "fenômeno anômalo ou de desequilíbrio, pois a relativa sobre oferta de médicos e outros profissionais de saúde foi justamente o que pode assegurar a diversificação e o crescimento do aparato assistencial nos seus múltiplos níveis de complexidade de atenção à saúde, e inclusive, mais recentemente viabilizou a implementação da política de atenção primária e extensão de cobertura" (11).

O segundo enfoque, considera que a expansão inusitada da oferta trará um aumento nos gastos com saúde<sup>\*/</sup>, tanto porque os médicos criam sua própria demanda, como porque quanto maior o número desses profissionais maior a tendência a que assumam tarefas que poderiam ser executadas por recursos humanos de formação mais simples e, portanto, de menor custo.

---

<sup>\*/</sup> - Por essa razão houve desativação de escolas médicas em vários países da Europa.

A notável expansão dos cursos de medicina<sup>\*/</sup> não está, entretanto, tendo impacto significativo na redução das desigualdades inter-regionais. A taxa de médicos por 10 mil habitantes duplicou no NE entre 1970 e 1980, quintuplicou na Região Norte e triplicou no Centro Oeste, as regiões mais pobres do país. A taxa porém também cresceu significativamente no Sudeste e mais do que duplicou no Sul. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, aumentou quase 8 vezes. (Tabela 2 ).

Mas o fato é que o mercado de trabalho parece estar respondendo favoravelmente as pressões do aparelho formador, mesmo nas áreas de aparente pletora.

Pesquisa realizada entre ex-residentes(12) (novembro de 1985) pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP do governo do Estado de São Paulo, revelou que apenas 1,3% estariam em situação de desemprego (inclui os que nada informaram). Cerca de 53% tinham mais de 3 situações diferentes de trabalho (emprego público ou privado, credenciamento, ou qualquer outra atividade profissional inclusive consultório particular). Com até 2 situações estavam 45,9 desses profissionais, enquanto não mais que 14,9% informaram apenas uma.

Esses percentuais, são de 1,3% (desemprego ou sem informação) 52,4% (mais de 3) 46,6% (até 2) e 17,3% (1) no caso de médicos ex-residentes que moram fora da região metropolitana. (Tabela 3).

---

<sup>\*/</sup> - A abordagem nesta oportunidade está restrita a figura do médico. A discriminação é justificável. O médico é o elemento nuclear da equipe de saúde e seu líder natural. E é em torno dele que se concentram as maiores dificuldades da política de recursos humanos. É plausível supor, que a pauta das soluções dos problemas que afetam os médicos como profissionais, balizará o equacionamento dos problemas das demais profissões de saúde.

## 5.2 - O MERCADO EM EXTINÇÃO DA MEDICINA LIBERAL

O mercado de trabalho em saúde é cada vez mais institucional. O assalariamento tornou-se hegemônico nas relações de trabalho. No Rio de Janeiro em 1980 menos de 8% dos médicos exerciam atividade exclusivamente liberal. Destes, metade tinha mais de 60 anos de idade. Em contrapartida 47% eram exclusivamente as salarizados dos quais 64% tinham menos de 30 anos ( 13 ).

Teoricamente, um maior número de médicos levaria a uma queda nos preços das consultas e de outros serviços profissionais de menor densidade tecnológica, fortalecendo a prática privada na sua forma ortodoxa. Isso não ocorreu. Uma "mercadoria especial" como os serviços de saúde não se comporta como qualquer prosaico produto hortigranjeiro.

As condições desfavoráveis de renda da grande maioria da população não permite a criação de um mercado consumidor apto a pagar Cz\$ 200 a Cz\$ 300 por uma consulta. Mas, consultórios na periferia e nos bairros de classe média oferecendo esses serviços com preços algo em torno a Cz\$ 50 a Cz\$ 100, certamente não te riam ociosidade.

A este último preço, um médico trabalhando 40 horas se manais, poderia auferir uma renda líquida mensal mínima de Cz\$ 30mil (37 salários-mínimos atuais). Apenas uma minoria dos mais de 100 mil médicos brasileiros tem renda próxima a este valor, muitos dos quais sujeitos a plantões cansativos e a percorrer a via crucis diária de um emprego para outro. Entre ex-residentes em São Paulo, apenas 7,3% ganhavam, em novembro de 1985, mais de 35 salá rios-mínimos (Tabela 4 ).

Muito poucos profissionais fazem a opção mencionada. Talvez pelo temor de que ela seja irreversível, condenando-os pa ra sempre a monotonia do atendimento das patologias da pobreza.

Ou quem sabe pela esperança de, um dia, alcançar pelo menos a mesma renda em um consultório bem decorado na zona central, trabalhando apenas 1 ou 2 horas por dia. E, com certeza, porque a aspiração profissional da maioria não é o consultório isolado, mas a enfermaria do hospital moderno onde o trabalho pode ser mais gratificante.

A redução de preços para conquistar novos mercados se constitui também em delito ético passível de penalidade pelas corporações do ofício, que expressamente condenam a concorrência. Mas a organização cartelizada da profissão médica não é de todo insensível a realidade do mercado.

Em consequência, os chamados "convênios" e "credenciamentos" de clínicas e médicos autônomos jogam um papel cada vez mais importante. Nesses casos os preços de uma consulta variam de um mínimo de Cz\$ 40 no caso de credenciamentos do INAMPS até Cz\$ 80 ou mais em convênios custeados por empresas públicas e privados e organizações de pré-pagamento. "Em outras palavras, a tentativa de controlar os preços no "varejo" levou a esquemas de compra "por atacado" em mercados menos controlados, transferindo-se parte da diferença de preços para os consumidores, parte em forma de lucro para as empresas empregadoras de mão-de-obra médica" ( 14 ).

### 5.3. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO MERCADO INSTITUCIONAL

#### 5.3.1 A Ótica Corporativa

O sistema público de saúde brasileiro apresenta diferentes imagens quando visto sob as óticas particulares do consumidor, do Governo ou dos interesses, nem sempre coincidentes, dos diferentes grupos de produtores. Qualquer uma delas tem limitações e o seu próprio viés.

A ótica corporativa, por exemplo, é por natureza predominantemente reivindicatória. É a sua essência, e o que lhe dá motivação, ainda que, muitas vezes lhe tire credibilidade. Sob seu

ponto de vista, os padrões de remuneração e as condições de trabalho dos seus filiados são absolutamente insatisfatórios.

No entendimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, 75 mil médicos estariam em condições de "subemprego e grande ociosidade" (15). Mesmo para aqueles que estão integrados ao mercado de trabalho a remuneração é qualificada como muito baixo. Um médico em fim de carreira no serviço público federal tem um salário líquido mensal em torno de Cz\$ 10.000, o que está muito aquém das aspirações desse profissional.

### 5.3.2. O Outro Lado da Medalha

Estudo promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo no início da década demonstrou que "tomada isoladamente a renda mensal percebida pela categoria, não revela uma situação extremamente desfavorável ao médico". (16)

Segundo a pesquisa, apenas 1,4% dos profissionais da grande São Paulo ganhavam, entre agosto de 1980 e abril de 1981, menos de 4 salários mínimos mensais, enquanto que era de 4,8 o percentual dos que declararam renda superior a 52 salários mínimos. Na faixa de 17 salários-mínimos situava-se 48,2% da categoria em atividade na Região Metropolitana.

Estudo mais recente (novembro de 1985) realizado no Estado de São Paulo, pela FUNDAP, sobre a situação de trabalho de ex-residentes, revelou que apenas 1,7% desses ganhavam menos de 4 salários-mínimos\*.

---

\*/ - O percentual "sem informação" (inclusive situação de desemprego) foi de apenas 3,9%. O salário-mínimo do médico é, segundo lei específica, igual a 3 salários-mínimos regionais mensais, para uma jornada de 4 horas diárias de trabalho.

Entre 4 e 17 salários-mínimos situavam-se 53,4% da categoria no estado como um todo, enquanto apenas 2,2% tinham uma remuneração superior a 52 salários mínimos (Tabela 4). Nesta última faixa de renda estão 14,3% dos médicos que tem moradia em municípios da R.M. menos a capital.

A Tabela 5 resume esses aspectos dos dois estudos. A comparação, entretanto, deve ser feita com reservas. As metodologias podem ter sido diferentes. A fonte consultada não mencionava para 1980 o percentual "sem informação" ou em situação de desemprego e a faixa de 17 a 52 salários-mínimos foi estimada por diferença. O estudo de 1985, por sua vez, se refere apenas a um segmento da categoria médica: ex-residentes. Este segmento, dado a sua qualificação diferenciada, pode encontrar condições mais favoráveis de ingresso no mercado de trabalho.

De qualquer forma, a pesquisa da FUNDAP ratifica, em linhas gerais, as condições do estudo de cinco anos antes. Ambos minimizam o pessimismo quanto as condições de emprego e remuneração dos médicos.

#### Os Mecanismos de Compensação

Todos os profissionais de saúde, como os assalariados em geral, sofreram durante a recessão, perdas salariais significativas, só parcialmente recuperadas a partir de 1985.

Os médicos, entretanto, dispõem de alguns mecanismos compensatórios fora do alcance das outras categorias assalariadas. Não são porque, ao contrário dos demais profissionais do setor, estão sujeitos a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e grande número deles exerce outras atividades (com ou sem vínculo de emprego), como também porque vem tendo muitas de suas reivindicações atendidas pelo governo dada sua maior capacidade de organização e, conseqüentemente, de exercer pressão.

No Rio de Janeiro em 1979 cada médico dispunha de 2,16 situações de trabalho (13). Em São Paulo essa média era de 2,4 segundo a pesquisa do CRM. Estudo mais recente do FUNDAP confirma a multiplicidade de vínculos como uma característica predominante no perfil profissional. (Tabela 3).

No último período de governo da Velha República, depois de uma greve circunscrita ao Rio de Janeiro, os médicos conquistaram algumas vantagens significativas em termos de classificação de cargos.

Pouco tempo depois, no âmbito do INAMPS, ao qual estão vinculados como assalariados cerca de 36 mil médicos e como credenciada cerca de 75 mil, novos benefícios foram conquistados, paradoxalmente em plena crise financeira do SINPAS e, surpreendentemente, sem qualquer mobilização ostensiva da categoria.

#### 5.4. O SALÁRIO DOS MÉDICOS E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

O aumento da remuneração dos médicos ou, como seria desejável, de toda a equipe de saúde é indispensável para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Sem isso não será possível pensar em serviços mais eficientes e de melhor qualidade. A medida, necessária, não é suficiente.

Seria ingenuidade aceitar a palavra de ordem de lideranças corporativas que, num excesso de simplificação, atribuem relação de causa e efeito entre salário e qualidade da atenção médica, desconsiderando outras variáveis.

Quando, nos anos 60, os médicos da Fundação Hospitalar do Distrito Federal - FHDF tinham a remuneração substancialmente mais alta que seus colegas de outras instituições públicas, não havia qualquer evidência que os serviços médicos na capital do país fossem superiores, sob qualquer ponto de vista, aos prestados em outras cidades ou mesmo, no próprio DF, pela previdência social.

Hoje, depois da grande deterioração dos salários da FMDF sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70, a qualidade dos serviços de saúde não parece muito diferente do que foi no passado. Alguns até parecem melhores, como o atendimento de emergência no Hospital de Base, depois da construção do novo prédio no início da década passada.

Melhor pagamento, por si só, não reduz nem, pelo menos, humaniza as filas para uma simples marcação de consultas, evento que - se o consumidor já estivesse conquistado mais direitos - poderia ser efetivado com hora marcada pelo telefone.

Também não aumenta a duração das consultas sumárias, quando o paciente por vezes nem chega a expor por inteiro suas queixas. Não faz por conseguinte com que a anamnese - "relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquiridora do médico" (Miguel Torga, Diário IX, pp. 55-56 in Aurélio) - volte a ser o ponto central da relação médico paciente. Nem impede que, no seu lugar, prolifere o consumo indiscriminado de exames complementares cuja demora estimula a terapêutica sintomática.

Finalmente, não reverte a composição do quadro de interações, onde as que ocorrem em situação de emergência predominam sobre as eletivas, o que indica que o tratamento não está sendo aplicado na fase precoce quando apresenta melhor prognóstico.

## 5.5 - OS PONTOS CRÍTICOS DE NEGOCIAÇÃO

### 5.5.1 - Os Dois Empregos Públicos

As condições de trabalho da maior parte dos recursos humanos do setor são de notória insatisfatoriedade. Parte significativa da categoria médica, como já mencionado, consegue contornar, ainda que parcialmente, essas condições, seja por estar submetida

a jornada de trabalho mais reduzida, seja porque é a única categoria a desfrutar, a partir de alteração constitucional introduzida em 1966, da prerrogativa de exercer dois empregos públicos.

A Constituição proíbe a acumulação de cargos públicos. Abre, entretanto, algumas exceções. Entre essas, inclui-se o caso dos médicos aos quais foi facultada a ocupação de 2 empregos públicos.

A exceção, como todo privilégio, é injustificável em si mesma. Ademais, desapareceram as razões ostensivas que levaram a alteração constitucional. Na época, a justificativa formal tinha como eixo a necessidade "social" da acumulação de cargos porque haveriam poucos médicos. A situação, hoje, é inversa.

Evidentemente na Assembléia Constituinte vão desaguar, em nome da isonomia, pressões de outras categorias principalmente dos profissionais de saúde, para a extensão do privilégio. As enfermeiras, por exemplo, poderão até usar, o mesmo argumento dos médicos em 1966: falta de profissionais.

Uma política de recursos humanos com um mínimo de seriedade exige que se encare frontalmente o problema. Mater o status quo significa estimular a multiplicidade de vínculos de trabalho, responsável por situações de ética duvidosa, como a "dupla militância", contrárias ao interesse social e concentradoras de renda entre os profissionais da medicina.

Para os médicos, incluídos nessa situação, embora seja uma possibilidade de aumentar a renda, implica em desgaste, desconforto e despesas, pois raramente os dois empregos estão perto um do outro. Para os serviços representa contar com profissionais preocupados menos com o exercício de suas atribuições do que com o horário de saída para outro (s) emprego (s) ou atividade (s). Para os pacientes, resulta muitas vezes em atendimentos beirando a negligência.

A alternativa é eliminar o privilégio, respeitados os direitos adquiridos e rever a legislação sobre o salário mínimo profissional. Neste sentido uma negociação consequente com a corporação médica levaria ao estabelecimento de novas relações de trabalho nos setores público e privado que assegurem salários dignos e possibilidades de carreira, premiem a dedicação e a competência.

O acordo pode não ser fácil. Afinal, estar-se-á propondo a abdicação de um direito consolidado ao longo dos últimos 20 anos, em favor de uma situação nova que — em um primeiro momento — pode parecer pouco clara e incerta para a categoria.

Além disso, as tentativas de entendimento entre médicos e governo tem ocorrido em clima de confronto. Ao sabor das pressões grevistas, o lado corporativo procura obter o máximo possível sem fazer concessões. O governo resiste, concedendo o mínimo necessário para que volte a trégua, até a próxima greve. Também neste caso o interesse coletivo indica a necessidade de mudanças.

#### 5.5.2-O Direito de Greve

Um pacto entre governo, sociedade e profissionais de saúde quanto as futuras condições e regime de trabalho, traz inevitavelmente à tona, a questão do direito de greve e as implicações éticas e sociais decorrentes.

É prerrogativa da sociedade definir, por seus representantes, o alcance real do direito universal à greve e em que condições esse direito pode ser usufruído. Excluir os trabalhadores de saúde principalmente os do setor público desse direito, como parece ser o pensamento de boa parte da opinião pública, é uma possibilidade concreta. Tudo isso porém envolve a criação de condições de trabalho que tornem a greve no setor saúde um recurso extremo,

um evento remoto. A greve, legalmente vedada no setor público, jamais atingiu os Poderes Legislativo e Judiciário ou a Receita Federal. Para não mencionar as Forças Armadas. Se aos trabalhadores de saúde forem asseguradas condições de trabalho similares às vigentes nessas áreas, e isso inclui direitos e deveres, a negociação se tornaria viável.

#### 5.6. MEDIDAS DE TRANSIÇÃO

Não se construirá um sistema de saúde superior ao atual sem uma política de recursos humanos séria e competente.

Adequar o ritmo de formação da força de trabalho às possibilidades de absorção em um mercado crescentemente institucional não é uma tarefa fácil. Até, porque, encerra contradições incontornáveis em um país de economia de mercado.

Compatibilizar o perfil da mão-de-obra com os requerimentos do novo sistema é outra batalha cuja primeira etapa é vencer a histórica desarticulação entre a Universidade e os serviços.

Redistribuir profissionais e auxiliares, hoje concentrados nos grandes centros urbanos, para áreas desassistidas é outro entrave ainda não removido. Mesmo que a solução definitiva esteja associada ao desenvolvimento sócio-econômico das regiões mais carentes, um sistema de saúde descentralizado pode minimizar o problema com estratégias próprias\*.

No bojo de uma reforma sanitária ampla e radical deverá instituir um novo regime de trabalho, que permita aos profissionais de saúde construir uma carreira com base no mérito e eliminar definitivamente a "cultura do bico" e a "dupla militância" que compõem a patologia administrativa do setor.

\*/ - O Governo do Estado de São Paulo, por exemplo, está conseguindo fixar médicos em municípios que não contavam com esse profissional, simplesmente entregando ao Prefeito a prerrogativa de nomear o profissional. O Governo Estadual apenas paga o salário.

Até que novos Planos de Cargos e Salários combinem o atendimento das justas reivindicações corporativas com o interesse público, será necessário conviver com o problema, minimizando-o. Uma medida simples seria determinar um só local de trabalho para os médicos com mais de um vínculo com o setor. A integração que hoje prospera entre as diversas instituições oficiais, sob a égide das AIS, favorece essa opção. Entretanto quase nada foi feita de significativo a respeito.

Seria arriscado especular sobre os determinantes do pouco alcance da medida. O fato é que não deixa de ser surpreendente. Afinal as AIS alcançam todos os estados e mais de 2 mil municípios. Como também é inusitado que reivindicação nesse sentido não componha a pauta das entidades médicas efetivamente preocupadas com o bem estar de seus membros e com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A exemplo do que já ocorre nas universidades, começa a tomar corpo na área da saúde - e o Relatório Final da VIII CNS é objetivo a respeito - (4) o movimento pela isonomia salarial entre União, Estados e Municípios.

A campanha tornar-se-á irresistível, se e tão logo, acontecer a integração, nos estados e municípios, da força de trabalho federal da área de saúde. A argumentação é poderosa: não há como justificar, em um sistema único de saúde, salários diferentes para funções iguais. Como é óbvio o nivelamento terá que ser por cima, tomando os salários do INAMPS como parâmetro.

A isonomia salarial elimina uma discriminação insustentável. Negociá-la, abre espaço para um novo pacto com profissionais de saúde, que assegure condições de trabalho adequadas, melhorias qualitativas na prestação de serviços, maior eficiência.

É necessário entendê-la, entretanto, como objetivo a ser alcançado ao nível de cada subsistema estadual ou municipal autônomos, que devem encontrar suas próprias soluções para a política de recursos humanos.

Entender a isonomia, como querem alguns, como uma padronização nacional de cargos e salários conflita com a essência ideológica da proposta descentralizadora, ao dar tratamento igual a situações e peculiaridades heterogêneas por natureza.

1991

TABELA 1

POPULAÇÃO, PRODUTO INTERNO BRUTO E PIB PER-CAPITA, ESTOQUE DE MÉDICOS POR 10.000 EM 1960, 1970 E 1980 E ESTIMATIVAS PARA 1990 E 2000

ANO	POPULAÇÃO		PRODUTO INTERNO BRUTO			MÉDICOS		
	EM 10.000 HABITANTES	ÍNDICE BASE = 100	EM US\$ BILHÕES	ÍNDICE	PER-CAPITA (US\$ 1,00)	ESTOQUE (1.000)	ÍNDICE BASE = 100	TAXA POR 10.000 HAB.
1960	70 191	100	17,4	100	247,90	31	100	4,4
1970	93 139	133	45,3	260	486,37	45	145	4,8
1980	119 061	170	236,9	1 361	1 989,74	102	329	8,6
1990	150 368	214	340,0	1 954	2 261,12	182	587	12,1
2000	179 487	256	668,9	3 844	3 726,73	262	845	14,6

FONTE: FIBGE/CELADE

Fundação Getúlio Vargas

Fundação Oswaldo Cruz

Elaboração: CSP/IPLAN/IPEA

Sebastião Francisco Camargo

NOTAS: As estimativas do PIB para 1990 e 2000 foram obtidas aplicando uma taxa de 7% ao ano a partir da previsão do PIB feita pelo Banco Central em 1985.

As estimativas dos médicos para os anos 1990 e 2000 foi obtida considerando um crescimento anual na ordem de 8 mil médicos por ano.

TABELA 2

BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO, DOS MÉDICOS E TAXAS POR 10000 HABITANTES,  
SEGUNDO AS REGIÕES E ALGUMAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO - 1970 E 1980.

REGIÕES	1970			1980		
	POPULAÇÃO %	MÉDICOS		POPULAÇÃO %	MÉDICOS	
		%	TAXA POR 10.000 HABITANTES		%	TAXA POR 10.000 HABITANTES
BRASIL	100,00	100,00	4,83	100,00	100,00	8,55
Norte	3,87	0,72	0,87	4,94	2,56	4,50
Nordeste	30,18	17,58	2,81	29,27	19,22	5,62
Sudeste	42,79	63,63	7,19	43,46	55,02	10,83
Rio de Janeiro	9,66	23,02	11,52	9,49	23,27	20,98
São Paulo	19,66	31,21	7,91	21,03	21,33	8,67
Sul	17,71	15,60	4,26	15,99	18,26	9,77
Centro-Oeste	5,45	2,47	2,22	6,34	4,93	6,61

FONTE: Fundação Oswaldo Cruz e Fundação IBGE - Censos Demográficos de 1970 e 1980.

ELABORAÇÃO: CSP/IPLAN/IPEA  
Francisco Camargo

Tabela 3

30/10/88

## ESTADO DE SAO PAULO

DISTRIBUICAO DOS MEDICOS SEGUNDO O NUMERO DE SITUACOES ATUAIS DE TRABALHO E LOCAL DE MORADIA  
NOV/85

NUMERO DE SITUACOES (ATUAIS)	REGIAO METROPOLITANA DE SAO PAULO				T O T A L		INTERIOR		T O T A L DO ESTADO	
	CAPITAL		OUTROS MUN		N	%	N	%	N	%
S/ INFO (*)	4	1.7	0	0.0	4	1.6	2	1.0	6	1.3
0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1	33	13.6	0	0.0	33	12.9	36	17.3	69	14.9
2	80	33.1	3	21.4	83	32.4	61	29.3	144	31.0
3	91	37.6	5	35.7	96	37.5	40	19.2	136	29.3
4	24	9.9	5	35.7	29	11.3	50	24.0	79	17.0
5	8	3.3	0	0.0	8	3.1	16	7.7	24	5.2
6	0	0.0	1	7.1	1	0.4	2	1.0	3	0.6
7	2	0.8	0	0.0	2	0.8	1	0.5	3	0.6
TOTAL	242	52.2	14	3.0	256	55.2	208	44.8	464	100.0

(\*) - INCLUI SITUACAO DE DESEMPREGO

FONTE: PESQUISA SITUACAO DE TRABALHO DE EX-RESIDENTES  
FUNDAP / CENTRO DE ESTUDOS E COORDENACAO DE BOLSAS E ESTAGIOS

Tabela 4

02/11/84

## ESTADO DE SAO PAULO

DISTRIBUICAO DOS MEDICOS SEGUNDO A REMUNERACAO MENSAL EM SALARIOS MINIMOS E LOCAL DE MORADIA  
NOV/85

REMUNERACAO SAL MINIMOS	REGIAO METROPOLITANA DE SAO PAULO						INTERIOR		T O T A L DO ESTADO	
	CAPITAL		OUTROS MUN		T O T A L		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%				
S/ INF (*)	14	5.8	0	0.0	14	5.5	4	1.9	18	3.9
ATE 4 SM	6	2.5	0	0.0	6	2.3	2	1.0	8	1.7
> 4 A 9	44	18.2	0	0.0	44	17.2	27	13.0	71	15.3
> 9 A 13	51	21.1	1	7.1	52	20.3	40	19.2	92	19.8
> 13 A 17	52	21.5	1	7.1	53	20.7	32	15.4	85	18.3
> 17 A 22	31	12.8	2	14.3	33	12.9	39	18.8	72	15.5
> 22 A 26	14	5.8	0	0.0	14	5.5	29	13.9	43	9.3
> 26 A 30	9	3.7	4	28.6	13	5.1	18	8.7	31	6.7
> 30 A 35	4	1.7	2	14.3	6	2.3	4	1.9	10	2.2
> 35 A 43	9	3.7	0	0.0	9	3.5	7	3.4	16	3.4
> 43 A 52	2	0.8	2	14.3	4	1.6	4	1.9	8	1.7
+ DE 52	6	2.5	2	14.3	8	3.1	2	1.0	10	2.2
TOTAL	242	52.2	14	3.0	256	55.2	208	44.8	464	100.0

(\*) - INCLUI SITUACAO DE DESEMPREGO

FONTE: PESQUISA SITUACAO DE TRABALHO DE EX-RESIDENTES  
FUNDAP / CENTRO DE ESTUDOS E COORDENACAO DE BOLSAS E ESTAGIOS

TABELA 05

DISTRIBUIÇÕES PERCENTUAL NO ESTADO DE SÃO PAULO DOS MEDICOS (1980)  
E MEDICOS EX-RESIDENTES EM 1985 SEGUNDO A REMUNERAÇÃO MENSAL EM  
SALÁRIOS-MINIMOS

REMUNERAÇÃO EM SALÁRIOS- MINIMOS	PERCENTAGEM	
	1980 <sup>1/</sup>	1985 <sup>2/</sup>
SEM INFORMAÇÃO <sup>3/</sup>	...	3,9
ATÉ 4 SM	1,2	1,7
4 a 17 SM	48,2	53,4
17 a 52 SM	45,8 <sup>4/</sup>	38,8
+ 52 SM	4,8	2,2

1/ - Pesquisa promovida pelo Conselho de Medicina de São Paulo. Da  
→ dos coletados entre agosto de 80 e abril de 81, na região metro-  
politana de São Paulo.

2/ - Pesquisa realizada pela FUNDAP entre médicos ex-residentes (no  
vembro/1985).

3/ - Inclui situações de desemprego.

4/ - Estimado por diferença.

FONTE: 1) CRM - São Paulo

2) FUNDAP.

## 6. A Ação do Governo até o Final da Década

### 6.1- O PLANO DE METAS (1986-1989)

A política de saúde, para o período de 1986/89, tem como objetivos centrais contribuir para o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população, bem como universalizar e equalizar a cobertura dos serviços de saúde.

Para o alcance desses objetivos foram definidas como metas estratégicas até o final da década:

- expandir e fortalecer os programas de controle de doenças, especialmente as transmissíveis;
- assegurar a equalização no direito de acesso aos serviços de saúde entre previdenciários urbanos e rurais e não previdenciários, garantindo em cada unidade federada, como padrão de atendimento, um mínimo de 2 consultas médicas por habitante/ano e 10% de cobertura em assistência hospitalar;
- universalizar a assistência farmacêutica mediante a distribuição gratuita de medicamentos básicos através da rede oficial;
- alcançar a auto-suficiência nacional em imunobiológicos (vacinas e soroterápicos) e reduzir a dependência em relação a medicamentos e equipamentos.

Na área de infra-estrutura de serviços pretende-se expandir em 20% a capacidade instalada da rede ambulatorial oficial e em 10% a oferta governamental de leitos, mediante a construção de 3.200 unidades sanitárias e de 11 mil leitos, bem como recuperar e reaparelhar anualmente 5% da capacidade instalada.

Coerente com os objetivos de descentralização do sistema e redução de desigualdades definidos no I PND-NR, o Plano de Metas estabeleceu que a expansão da rede de serviços deverá ocorrer de forma descentralizada, através de estados e municípios, com prioridade para as áreas com "déficit" assistencial.

Para se alcançar em todas as unidades da federação os parâmetros assistenciais mínimos<sup>\*/</sup> deverá haver um incremento de aproximadamente 102 milhões de consultas e de mais de 4,5 milhões de internações. Ou seja, o volume do atendimento ambulatorial deverá passar de 238,3 milhões de consultas em 1985, para 340,5 milhões em 1989, o que representa um incremento de 43% no período. O número de internações deverá passar de cerca de 12,1 milhões (1985), para 16,7 milhões (1989), o que representa um acréscimo de quase 38%.

A participação percentual do setor público, dentro do total de oferta de serviços, crescerá de 52,5 (1985) para 64,6% (1989) em relação ao atendimento ambulatorial e de 17,8% para 26,6% no tocante à assistência hospitalar. A participação do setor privado, ainda que cresça em números absolutos, deverá ter uma redução relativa no total de atendimentos. De 47,5% (1985) para 35,4% (1989) na área ambulatorial e de 82,2% para 73,1% na área hospitalar (Tabela 1 ).

Mais do que uma tendência de estatização do sistema, estas projeções refletem a preocupação do governo de alcançar maior eficiência na utilização dos recursos do setor público, submetidos por vários anos a uma política de sub-utilização e sucateamento.

---

<sup>\*/</sup>

2 consultas "per capita" e 10% de cobertura hospitalar.

Na área de controle de doenças transmissíveis, o combate às grandes endemias e às doenças controláveis por vacinas constituem as grandes prioridades explícitas de governo no campo da saúde.

Um problema preocupante tem sido a evolução da Malária. Mantida em níveis residuais na maior parte do país, essa endemia tem se expandido consideravelmente na Região Amazônica. Em 1985, por exemplo, registram-se mais de 400 mil casos na Região. Em 1984 a incidência foi de cerca de 26 casos por 1.000 habitantes. A meta do governo é reduzir o nível de incidência na Região para 10 a 15 casos por mil, até o final de 1989.

A doença de Chagas, por sua vez, tem uma área de transmissão endêmica que corresponde a 35% do território brasileiro. O objetivo, até 1989, é interromper a transmissão da doença e evitar sua reativação em 50% dos 2.135 municípios atingidos.

Cumprindo-se essa meta se terá um avanço significativo em relação à situação vigente em 1984, quando apenas 250 municípios (12% do total da área endêmica) estavam sob vigilância.

Também deverão ser intensificadas as medidas de combate ao mosquito transmissor da febre amarela e do dengue. Após quase uma década de convivência com focos isolados do Aedes aegypti em algumas capitais brasileiras a situação agravou-se com o aparecimento da epidemia de dengue no Rio de Janeiro e em outros estados.

Além de erradicar a poliomielite o governo tem como meta para 1989 alcançar controle do sarampo, da difteria, tétano e coqueluche, mediante a ampliação da cobertura vacinal.

Na área de medicamentos essenciais os programas oficiais de distribuição deverão ser expandidos beneficiando 45 milhões de pessoas em 1989 (atualmente atinge cerca de 24 milhões).

Na área de produção de imunobiológicos, soroterápicos e medicamentos, o governo investirá na modernização estrutural, material e tecnológica dos laboratórios oficiais com objetivo de alcançar a auto-suficiência nacional nesses produtos.

## 6.2- O CUSTO E AS LIMITAÇÕES

O total de recursos apenas para os programas prioritários da área da saúde<sup>\*/</sup>, no período 1986/89, está previsto em Cz\$ 262,1 bilhões, dos quais Cz\$ 10,3 bilhões (3,93%) se destinam à expansão/recuperação da infra-estrutura de serviços; Cz\$ 219,4 bilhões (83,71%) à assistência médica e hospitalar; Cz\$ 10,7 bilhões (4,08%) ao controle de doenças transmissíveis e Cz\$ 21,7 bilhões (8,28%) à produção e distribuição de insumos básicos (imunobiológicos, medicamentos, sangue e hemoderivados). (Tabela 2 )

O gasto público federal com serviços de saúde<sup>\*/</sup> está estimado para 1986 em Cz\$ 65 bilhões. Este valor representa algo em torno de 70% do gasto público total<sup>\*\*/</sup> com a função saúde. A Tabela 3 mostra a evolução do gasto federal com essa função<sup>\*\*\*/</sup> entre 1978 e 1985 bem como as estimativas para o período 1986-89.

Entre 1984 e 1989 o crescimento real dos recursos federais para a área de saúde será superior a 70%. Em valores "per capita" significa passar o gasto público total de US\$ 37 para US\$ 57, admitindo que a participação dos estados e municípios se mantenha em torno de 30% do total.

Este crescimento, embora significativo e marcante em relação ao período anterior à Nova República, ainda é insuficiente. Nossa posição no ranking dos países em desenvolvimento com relação a gastos com saúde, continuará - a despeito desse avanço - bastante desconfortável. Países como Venezuela, Jamaica e Portu-

<sup>\*/</sup> Excluídos os programas de alimentação e saneamento. Inclui gastos do INAMPS.

<sup>\*\*/</sup> Incluindo os dispêndios dos estados e municípios com saúde.

<sup>\*\*\*/</sup> Excluídos os programas de alimentação e saneamento. Inclui gastos do INAMPS.

gal dispendiam com saúde (1976), respectivamente US\$ 112, US\$ 91 e US\$ 79 por habitante/ano (17).

Mas a classificação internacional do Brasil, nesse caso, é uma questão menor. O fundamental é o fato de que nada obstante o crescimento inusitado dos recursos oficiais para saúde, dificilmente poder-se-á com os recursos mencionados:

- recuperar as perdas salariais da força de trabalho, e implantar novos planos de cargo e salários<sup>\*/</sup>;
- investir anualmente perto de Cz\$ 14 bilhões para evitar o sucateamento da capacidade instalada e fazer com que seu crescimento acompanhe o aumento populacional;
- atender as aspirações dos produtores privados, hospitais contratados, médicos e dentistas credenciados pelo INAMPS, cuja remuneração atual está em torno de 35% das reivindicações das categorias;
- elevar os parâmetros assistenciais atualmente fixados em 2 consultas "per-capita"/ano e 10% de cobertura populacional em atenção hospitalar;
- equalizar a assistência médica, odontológica e farmacêutica entre previdenciários rurais, urbanos e não previdenciários, e a distribuição inter-regional dos serviços;

---

<sup>\*/</sup> O custo da implantação da isonomia salarial com o INAMPS em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e abrangendo apenas as categorias de nível superior foi estimado em Cz\$ 2,5 bilhões (1986). (18)

- universalizar a assistência odontológica básica pelo menos para os grupos etários de maior prioridade epidemiológico e social.

Os recursos previstos até 1989 permitirão a consecução de alguns desses objetivos, mas não certamente, de todos.

Na verdade, contemplar todos esses pontos exigiria um orçamento público em saúde de no mínimo US\$ 10 bilhões, dos quais - dada a atual estrutura tributária - 70% seriam gerados por fontes federais.

TABELA 1

SAÚDE: EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS E HOSPITALIZAÇÕES POR TIPO  
PRESTADOR - 1985-1989

Em 1.000

PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE	1987		1985				1989			
	CM	No.º	CONSULTA MÉDICA		HOSPITALIZAÇÃO		CONSULTA MÉDICA		HOSPITALIZAÇÃO	
			Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
<u>SETOR PÚBLICO</u>	<u>10</u>		<u>125 137</u>	<u>52,5</u>	<u>2 151</u>	<u>17,8</u>	<u>220 030</u>	<u>64,6</u>	<u>4 478</u>	<u>26,6</u>
Próprios do INAMPS	2		52 795 ✓	22,2	239	2,0	78 318	23	405	2,9
Outros órgãos governamentais	6		62 766 ✓	26,3	1 474	12,2	126 728	37,2	3 212	19,3
Hospitals Universitários	2		9 576 ✓	4,0	438	3,6	14 984	4,4	861	5,2
<u>SETOR PRIVADO</u>	<u>90</u>		<u>113 226</u>	<u>47,5</u>	<u>9 943</u>	<u>82,2</u>	<u>120 483</u>	<u>35,4</u>	<u>12 200</u>	<u>73,1</u>
Contratados			66 784 ✓	28,0	7 596	62,8	71 407	21,0	9 640	57,8
Filantropicos			8 747	3,7	1 939	16,0	10 767	3,2	2 155	12,9
Sindicatos			19 268	8,1	14	0,1	19 531	5,7	16	0,1
Empresas			18 427 ✓	7,7	394	3,3	18 778	5,5	389	2,3
<b>TOTAL</b>			<u>238 363</u>	<u>100,0</u>	<u>12 094</u>	<u>100,0</u>	<u>340 513</u>	<u>100,0</u>	<u>16 678</u>	<u>100,0</u>

TABELA 2

## SAÚDE: METAS FINANCEIRAS GLOBAIS E DOS PRINCIPAIS PROGRAMAS

							Em Cr\$ 1000
PRINCIPAIS PROGRAMAS	ÓRGÃO EXECUTOR	TOTAL	1986	1987	1988	1989	METAS PARA 1989
<b>1. INFRA-ESTRUTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		<u>10 311 605</u>	<u>2 106 985</u>	<u>2 618 684</u>	<u>2 791 768</u>	<u>2 794 168</u>	- aumentar em 20% a capacidade instalada da rede ambulatorial pública e em 10% a oferta oficial de leitos mediante a instalação de 3.200 unidades ambulatoriais e 11.000 leitos.
1.1. Construção, ampliação, reforma e reequipamento de Unidades de Saúde.	MS		747 717	1 259 416	1 432 500	1 434 900	- recuperar 20% da rede ambulatorial pública e 10% dos leitos.
	MPAS/INAMPS		1 359 268	1 359 268	1 359 268	1 359 268	
<b>2. ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR</b>		<u>219 407 084</u>	<u>50 093 138</u>	<u>53 029 970</u>	<u>55 837 800</u>	<u>60 446 176</u>	- alcançar em todas as unidades federadas os parâmetros mínimos "per capita" de 2 consultas médicas por habitante/ano e de 0,1 internações, aumentando em 43% os serviços médicos e hospitalares com relação a 1985.
	MPAS/INAMPS		48 346 732	50 546 732	53 302 732	57 847 732	
	MS		675 733	1 065 111	1 091 738	1 119 031	
	MEC		1 070 673	1 418 127	1 443 330	1 479 413	
<b>3. CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>		<u>10 742 344</u>	<u>1 639 149</u>	<u>2 853 820</u>	<u>3 114 490</u>	<u>3 134 885</u>	
3.1. Endemias	MS/SUCAM	<u>10 247 045</u>	<u>1 460 192</u>	<u>2 750 964</u>	<u>3 009 064</u>	<u>3 026 825</u>	- erradicar a poliomielite e a raiva humana; manter sob controle a difteria, tétano, coqueluche e o sarampo, alcançando a cobertura de 80% e 95% (sarampo) dos menores de 1 ano; interromper a transmissão da doença de Chagas em 50% da área endêmica; diminuir para 5% a prevalência da esquistossomose; manter erradicada a febre amarela urbana e controlar o dengue; diminuir para 10 a 15 casos por 1.000 habitantes a incidência da malária na região amazônica e sob vigilância o restante do país.
3.1.1. Malária			519 576	967 150	1 083 208	1 086 690	
3.1.2. Chagas			529 725	661 134	727 247	735 181	
3.1.3. Esquistossomose			130 235	171 700	206 040	209 474	
3.1.4. Febre Amarela e Dengue			232 704	831 780	873 369	876 280	
3.1.5. Outras Endemias			47 952	119 200	119 200	119 200	
3.2. Doenças Evitáveis por Vacinas (pólio, sarampo, difteria, tétano e coqueluche).	MS/SNABS						
	MS/FSESP	<u>199 129</u>	<u>76 125</u>	<u>39 994</u>	<u>40 993</u>	<u>42 017</u>	
3.3. Outras doenças transmissíveis.	MS/SNABS/SNPES/FSESP	<u>296 170</u>	<u>102 832</u>	<u>62 862</u>	<u>64 433</u>	<u>66 043</u>	
<b>4. INSUMOS BÁSICOS</b>		<u>21 699 537</u>	<u>3 951 602</u>	<u>5 064 761</u>	<u>5 903 647</u>	<u>6 779 527</u>	
4.1. Implantação da Rede de Sangue e Hemoderivados.	MS/SNPES	<u>237 681</u>	<u>84 981</u>	<u>32 700</u>	<u>60 000</u>	<u>60 000</u>	- instalar 13 hemocentros e 49 sub-centros em capitais e cidades de por médio.
4.2. Aquisição e Distribuição de Medicamentos.	MS/CDME/SNABS/SNPES/MPAS/INAMPS	<u>20 300 919</u>	<u>3 579 920</u>	<u>4 740 649</u>	<u>5 552 235</u>	<u>6 428 115</u>	- universalizar a assistência farmacêutica mediante a distribuição gratuita de medicamentos básicos na rede oficial.
			2 605 066	3 668 649	4 373 235	5 131 115	
			974 854	1 072 000	1 179 000	1 297 000	
4.3. Produção de Medicamentos e Imunobiológicos.	MS/SNABS/FIOCRUZ	<u>1 160 937</u>	<u>286 701</u>	<u>291 412</u>	<u>291 412</u>	<u>291 412</u>	- alcançar a auto-suficiência nacional em imunobiológicos (vacinas e soroterápicos).
<b>TOTAL: Programas Prioritários</b>		<u>262 160 570</u>	<u>57 790 874</u>	<u>63 567 235</u>	<u>67 647 705</u>	<u>73 154 756</u>	
Outros programas	MS*	6 736 586	1 358 947	1 748 471	1 792 182	1 836 986	
	MPAS/INAMPS	23 713 000	5 294 000	5 767 000	6 073 000	6 579 000	
<b>TOTAL GERAL</b>		<u>292 610 155</u>	<u>64 443 821</u>	<u>71 082 706</u>	<u>75 512 887</u>	<u>81 570 742</u>	

\* Excluídos recursos para Alimentação e Nutrição e Saneamento, tratados em capítulos específicos.

BRASIL. Estimativa dos Gastos Federais Totais com Saúde  
1978-1989

ANO	US\$ MILHÕES	VARIAÇÃO ANUAL (%)
1978	3 860	-
1979	4 026	+ 4,3
1980	4 008	- 0,4
1981	4 361	+ 8,8
1982	4 764	+ 9,2
1983	3 229	- 32,2
1984	3 413	+ 5,7
1985	3 841	+ 12,7
1986 <sup>a/</sup>	4 656	+ 21,0
1987 <sup>b/</sup>	5 136	+ 10,3
1988 <sup>c/</sup>	5 456	+ 6,2
1989 <sup>c/</sup>	5 893	+ 8,0

FONTE: IPEA/IPLAN/CNRH

NOTAS: a/ - Orçamento (Posição Inicial)

b/ - Orçamento Proposto ao Congresso

c/ - Estimativas preliminares para o Plano de Metas (86-89)

OBS. : 1) Dados sujeitos a revisão.

2) Não inclui gastos com saneamento e com programas de alimentação e nutrição.

## 7. O Financiamento da Transição

### 7.1. AS FONTES ATUAIS

Saúde como direito universal e dever do estado continua rá como figura retórica se a participação oficial no financiamento do sistema de saúde não crescer em escala significativa nos próximos anos.

Atualmente, perto de 90% dos recursos federais destinados aos serviços de saúde são retirados do FPAS (Tabela 1 ). O restante tem origem em fontes convencionais do Tesouro, bem como na "contribuição social" que forma o FINSOCIAL. As últimas fontes mencionadas, ou seja, as não previdenciárias, compõem o Orçamento Fiscal da União.

A receita previdenciária, entretanto, a médio e longo prazos tende a exaustão, em decorrência sobretudo da pressão dos benefícios e da reduzida participação da União para o FPAS. Entre 1971 e 1984 a contribuição da União ao FPAS oscilou entre 6% e 13% do seu total.

### 7.2. AS POSSIBILIDADES NÃO EXPLORADAS

Eliminar privilégios fiscais de parlamentares, magistrados e militares, aumentar a eficiência do aparelho arrecadador, rever critérios para dedução de despesas com serviços de saúde das pessoas físicas e jurídicas<sup>\*/</sup>, aumentar a taxação sobre pro-

---

<sup>\*/</sup> O Imposto de Renda tem exercido no campo da saúde um papel incentivador do gasto privado bastante questionável do ponto de vista social. A permissão para que os gastos médicos, odontológicos e hospitalares sejam abatidos da renda bruta, constitui um privilégio que beneficia apenas cerca de 1,8 milhões de declarantes.

Esse subsídio se distribui de forma desigual entre seus beneficiários. São igualmente dedutíveis, por exemplo, tanto os custos de um tratamento pago por um assalariado, porque esse serviço não foi proporcionado pela previdência social, como a cirurgia plástica cosmética.

duos danosos à saúde, dar à previdência social participação no seguro obrigatório de veículos <sup>\*\*/</sup> ou, ainda, aumentar a taxaço sobre os mais ricos, são algumas - entre tantas - possibilidades defensáveis para aumentar a receita global do governo e, a partir daí, assegurar mais recursos para saúde.

Nos estudos sobre a re-estruturação do SINPAS as duas centrais de trabalhadores (CUT e CONCLAT) defenderam posicionamentos similares a respeito da destinação dos recursos previdenciários. Ambos postulam que estes recursos devam ser destinados exclusivamente à cobertura das prestações securitárias, passando a assistência médica a ser custeada com recursos fiscais da União.

A consecução da proposta exigiria um substancial incremento da receita fiscal uma vez que o montante de recursos aplicados pela SINPAS, em assistência médica, corresponderia a mais de 20% do orçamento da União. A estratégia mais viável seria um substituição gradativa dos recursos oriundos do SINPAS por recursos fiscais.

Se a assistência médica oficial não pode prescindir, pelo menos a curto/médio prazos, dos recursos oriundos do SINPAS, poderia pelo menos, ser retirada da incômoda posição de ser financiada com o que "resta" após o pagamento dos benefícios securitários do SINPAS

Estabelecer uma alíquota específica para a assistência à saúde, dentro dos encargos previdenciários, poderia ser uma solução transitória. Se essa alíquota incidisse sobre a contribuição do empregador, favoreceria a proposta de universalização do atendimento, na medida em que torna menos defensável o argumento

---

<sup>\*\*/</sup> É o INAMPS quem, em quase todos os casos, custeia parcial ou totalmente o atendimento médico às vítimas de acidentes automobilísticos sem nada receber das seguradoras por este serviço.

de que se trata de "dinheiro do trabalhador" e que, conseqüentemente, os benefícios devem retornar apenas para aqueles que contribuem para o fundo previdenciário.

Na atual estrutura de financiamento do SINPAS, apenas 1/3 da receita do FPAS provém de recolhimento sobre salários de empregados, o restante é oriundo de taxaço sobre empresas, contribuição da União e outras taxas que, repassadas para preços, são custeadas pela sociedade como um todo.

### 7.3. O PERFIL DESEJÁVEL

Tão ou mais importante do que identificar fontes alternativas de financiamento é o balizamento político dessa identificação. Em outras palavras: o trabalho técnico necessário à definição de um novo modelo de financiamento para o setor público de saúde, para ter legitimidade, deve subordinar-se a critérios definidos politicamente.

Isso significa que as fontes de custeio do setor devem atender, no máximo possível, as seguintes características combinadas:

ESTABILIDADE: vale dizer, imunidade e eventuais oscilações no comportamento da economia. A taxaço sobre o lucro das empresas pode ser um bom exemplo de fonte estável.

EFICÁCIA: para alcançar no ano 2000 no gasto público com saúde a taxa, ainda modesta, de US\$ 100 "per-capita"/ano, será necessário comprometer com essa função de governo cerca de 6% do PIB. Uma meta apenas razoável, diante da dívida social acumulada no setor, mas mesmo assim dependente de forte decisão política, já que o percentual atual não chega a 3%.

PROGRESSIVIDADE: as fontes atuais, como já mencionado, são bastante regressivas, favorecendo os segmentos de renda mais alto.

NÃO INIBIDORA DA CRIAÇÃO DE EMPREGO: a contribuição previdenciária baseada na folha de salário, desestimula o uso de mão-de-obra.

MÍNIMO EFEITO INFLACIONÁRIO: o Imposto de Renda das pessoas físicas tem esta característica. Um exemplo oposto, seriam os impostos, taxas e contribuições que sejam repassáveis para os preços.

ASSEGURE A AUTONOMIA DE ESTADOS E MUNICÍPIOS: uma reforma tributária que promova uma nova repartição de encargos e recursos entre as áreas federal, estadual e municipal, deverá assegurar a autonomia financeira e administrativa desses níveis de governo. Um sistema nacional de saúde efetivamente descentraliza do pressupõe que a maior parte dos recursos, hoje centralizada na União, passe ao âmbito dos estados e municípios.

GARANTA O PAPEL REDISTRIBUTIVO DA UNIÃO: a reforma tributária ao assegurar a reversão do quadro atual de centralismo e dependência, traz embutida, em um país de desigualdades, o risco de favorecer as áreas mais ricas. Seria imprescindível, portanto, garantir recursos para o governo federal que o permita eliminar ou reduzir esse virtual desequilíbrio, de modo que a restauração do regime federativo não implique no agravamento das disparidades regionais.

TABELA 1

BRASIL: ORIGEM DOS RECURSOS FEDERAIS  
 APLICADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE<sup>1/</sup>  
 NO EXERCÍCIO DE 1986.

F O N T E S	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0
Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS	87,3
Imposto de Renda - IR	
Imposto sobre Operações Financeiras - IOF	4,5
Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI	
Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL	4,3
Outras Fontes	2,3
A definir	1,6

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP - Estimativas para o Plano de Metas (1986/1989)

<sup>1/</sup>- Não inclui programas de Saneamento e de Alimentação e Nutrição.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) VIANNA, Solon Magalhães e PINTO, Vitor Gomes - A Assistência Médica da Previdência Social. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1981. Mimeo.
- (2) COTRIM, Josiane - Previdência Social já sonha alto - todos os benefícios poderão superar o salário mínimo. Correio Brasileiro, BSB, 10.11.86.
- (3) VIANNA, Solon Magalhães et alli. A Política de Saúde na Nova República: Subsídios para sua Formulação. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, Documento de Trabalho nº 24, 1986.
- (4) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986 - Relatório Final. BSB, 1986, 21 p.
- (5) CASTRO, Cláudio de Moura - E afinal o que vem a ser a descentralização? Brasília, IPLAN, s.d. 3 f.
- (6) GLAZER, Nathan - Descentralização: um caso de auto-ajuda. Diálogo, Rio de Janeiro, 17 (2): 2-8, 1984.
- (7) VIEIRA, Cezar. Apontamentos para análise do Financiamento das Políticas Nacionais de Saúde. Brasília, agosto, 1984.
- (8) PLANOS de saúde batem recorde de vendas. Jornal do Brasil, RJ, 12.10.86.
- (9) VIAL, Antonio, Os Grupos Médicos e a Previdência Social, Curitiba, 22.08.81.
- (10) SUSEP estuda nova legislação na área, Folha de São Paulo, SP, 18.11.86.

- (11) NOGUEIRA, Roberto Passos. Pessoal de Saúde, a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In Organização Pan-americana de Saúde. As ciências sociais em saúde na América Latina, tendências e perspectivas. BSB, 1982 p. 391-498.
- (12) GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - Fundação de Desenvolvimento Administrativo-FUNDAP. Situação de Trabalho de Ex-residentes, 1986.
- (13) SINDICATOS DOS MÉDICOS - Pesquisa. Situação dos Médicos no Rio de Janeiro, 1980, 25 p. Mimeo.
- (14) CASTRO, Cláudio de Moura et alli. A Mão Invisível nos Serviços de Saúde: Será que ela Cura? Documento apresentado na XVI Reunião do Conselho da Organização de Ciências Médicas (CIOMS). Ibadan, Nigéria, 24-27 de novembro de 1982.
- (15) CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A Utilização do "Vale Consulta Simples" e a Organização do Sistema de Saúde, 1 p.s.
- (16) CONSELHO REGIONAL MEDICINA - Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo.
- (17) MCGREEVEY et alli. Política e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Perspectiva Internacional. Brasília, IPEA/IPLAN, 1984. Série Estudos para o Planejamento, 26.
- (18) MENDES, Eugênio Vilaça - Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 17-21 de março, 1986, 86 p.