Solon Magalhães Vianna

Equidade nos Serviços de Saúde

1277
4

~~SAU 580~~
REH1277
TD24

Instituto de Planejamento - IPLAN

Instituto de Planejamento Econômico e Social
IPEA/IPLAN
SETOR DE
DOCUMENTAÇÃO
IPLAN

Texto para Discussão

nº 24

Eqüidade nos Serviços de Saúde

Solon Magalhães Vianna

Dezembro de 1989

Eqüidade nos serviços de saúde /
9912-0 IPEA - BSB

O Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) é uma fundação vinculada à Secretaria de Planejamento e Coordenação da Presidência da República (SEPLAN/PR), composta pelo Instituto de Planejamento (IPLAN), Instituto de Pesquisa (INPES) e Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico (CENDEC).

Ministro do Planejamento:	João Batista de Abreu
Presidente do IPEA:	Ricardo Luís Santiago
Diretor do IPLAN:	Flávio Rabelo Versiani
Diretores-Adjuntos:	Francisco Almeida Biato e Solon Magalhães Vianna

Coordenadoria de Agricultura e Abastecimento:	José Garcia Gasques
Coordenadoria de Educação e Cultura:	Divonzir Artur Gusso
Coordenadoria de Emprego e Salários:	Ana Amélia Camarano
Coordenadoria de Desenvolvimento Regional:	Clando Yokomizo
Coordenadoria de Deseny. Urbano e Meio Ambiente:	Edgar Bastos de Souza
Coordenadoria de Indústria e Tecnologia:	Michael Wilberg
Coordenadoria de Minas e Energia:	Otávio de Carvalho Franco
Coordenadoria de Planejamento Macroeconômico:	Eduardo Felipe Ohana
Coordenadoria de Saúde e Previdência Social:	Sérgio Francisco Piola
Coordenadoria do Setor Externo:	
Coordenadoria de Transportes e Comunicações:	Sílvio Caracas de Moura Junior

Setor de Documentação:	Norma Stenzel
Setor de Processamento de Dados:	José Adalberto de Paula Ferreira
Assessoria Editorial:	Maria Lúcia Casasanta Brüzzi

Comitê Editorial do IPLAN:

. Flávio Rabelo Versiani - Presidente
. Carlos Monteiro Villa Verde
. Edgar Bastos de Souza
. Eduardo Felipe Ohana
. Maria Lúcia Casasanta Brüzzi
. Pedro Demo
. Solon M. Vianna

Data de Conclusão: maio de 1989

Tiragem inicial: 500 exemplares

Este trabalho é de responsabilidade do(s) autor(es). As opiniões nele contidas não representam necessariamente o ponto de vista do IPLAN, ou da SEPLAN.

Instituto de Planejamento - IPLAN/IPEA
Ed. BNDES, 11º andar, Setor Bancário Sul

EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE*

IPEA/IPLAN
SETOR DE DOCUMENTAÇÃO
MEPLAN

Brasília, 1989

---

*Documento apresentado no Iº Seminário Nacional sobre Economia e Financiamento do Setor Saúde promovido pela FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, entre 5 e 9 de 1989.

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	3
2. Igualdade e Eqüidade	4
2.1 Aspectos Conceituais	4
2.2 Indicadores Aproximados	6
3. Formas de Igualdade	7
3.1 No Direito de Acesso	7
3.2 Na Distribuição dos Recursos	8
3.3 Na Utilização dos Serviços	8
3.4 No Financiamento e no Gasto	9
3.5 Nos Resultados	9
4. As Desigualdades nos Serviços de Saúde	10
4.1 Uma Perspectiva Internacional	10
4.2 O Caso Brasileiro	13
4.2.1 Antecedentes	13
4.2.2 Retratando a Desigualdade	15
5. A Eqüidade no Sistema Único de Saúde	17
6. Eqüidade e Descentralização	18
7. Considerações Finais: Limites e Restrições à Eqüidade	19
Tabelas e Gráficos	23
Anexo I	31
Anexo II	33
Referências Bibliográficas	37

RESUMO

Este trabalho aborda alguns dos múltiplos aspectos relacionados com saúde e eqüidade. Inicialmente, examina os conceitos de igualdade e eqüidade, bem como as vantagens e desvantagens dos indicadores mais usados na mensuração das desigualdades e as formas com que estas se apresentam no campo da saúde. A seguir, discute como a questão se apresenta em alguns países e como, nos últimos 25 anos, vem evoluindo no Brasil. E, mais adiante, analisa o tratamento dado à matéria na Constituição de 88, e no anteprojeto de lei orgânica da saúde preparado pelo Ministério da Saúde. Finalmente, o texto mostra as contradições que se podem apresentar quando se procura combinar eqüidade e descentralização, para, na última seção, discutir os principais limites e restrições a uma maior eqüidade na prestação de serviços de saúde no Brasil.

1. INTRODUCAO

Em 1960, a parcela mais rica da PEA brasileira - 1% - detinha nada menos que 12% da renda, percentual este que aumentou para 15% e 17% em 1970 e 1980, respectivamente. "Nesse último ano a parcela de renda dos 50% mais pobres era tão somente 13%, ou seja, menor do que aquela do 1% mais rico." (Oliveira, 1982).

Diante de tal quadro, não é de surpreender que economistas, cientistas políticos, sociólogos e outros profissionais tenham centrado a atenção nesse problema. Conseqüentemente, questões consideradas como de menor importância relativa, como as desigualdades em áreas sociais específicas, foram, até o final dos anos 70, objeto de menor preocupação.

Mesmo ofuscada pela emergência da recessão do início da década, a temática redistributiva manteve-se em pauta, vindo, porém, a incorporar com mais assiduidade enfoques setoriais. O caso da saúde é exemplar. Foi justo no momento de maior escassez que as desigualdades no campo médico-sanitário passaram não só a receber análises mais freqüentes como, até mesmo - em aparente parodoxo - merecer medidas concretas para sua redução.

Este trabalho trata de alguns dos múltiplos aspectos envolvidos na matéria. De início, discute os conceitos de igualdade e eqüidade, bem como os indicadores mais usados na mensuração das desigualdades nos servicos de saúde e as diferentes formas com que essas desigualdades se apresentam.

A seguir, examina o comportamento desses indicadores nos últimos anos. E, mais adiante, analisa o tratamento dado à questão da eqüidade na saúde pela Constituição e a abordagem que o assunto recebe na proposta oficial de regulamentação (Lei Orgânica da Saúde).

Finalmente, discute as implicações da descentralização vis-a-vis a manutenção da hegemonia da União no financiamento

setorial, bem como os limites e restrições para uma maior eqüidade na prestação de servicos de saúde.

2. *IGUALDADE E EQUIDADE*

2.1 Aspectos Conceituais

Em uma sociedade razoavelmente justa, onde prevaleça o entendimento de saúde como bem público, há amplo consenso quanto à igualdade no direito de acesso aos serviços médico-sanitários providos, direta ou indiretamente, pelo Estado.

A mera definição formal de um direito, entretanto, não garante necessariamente o seu exercício efetivo. Nem assegura que o exercício desse direito se distribua igualmente entre os diferentes segmentos sociais. Pelo menos assim acontece no campo da saúde.

O princípio do "acesso igualitário", tal como consagrado na Constituição de 88, não implica igualdade na utilização dos servicos. Estes estão mais acessíveis para uns do que para outros, inclusive do ponto de vista geográfico (distância). As necessidades de tratamento, por sua vez, não se distribuem entre pessoas ou entre regiões da mesma forma. Além disso, a valorização e a percepção do estado de saúde variam de indivíduo para indivíduo: os hipocondríacos usam os serviços com extrema voracidade, mas, no extremo oposto, estão aqueles que retardam ao máximo a procura de atenção médica, mesmo diante de sinais e sintomas que consensualmente seriam considerados alarmantes.

O mandamento constitucional, portanto, não deve merecer entendimento literal, que restrinja o seu alcance. A igualdade de acesso, no caso, não significa apenas eliminar privilégios de grupos e pessoas, mas também contemplar a discriminação positiva, a fim de garantir "mais" direitos a quem tiver "mais" necessidade.

Peter West assinala a existência de dois princípios de eqüidade: o horizontal - tratamento igual para iguais - e o vertical, tratamento desigual para desiguais (West, P. In ARTELLS, 1988). Estes dois princípios, na verdade, expressam de outra forma o conhecido aforisma segundo o qual " nada é mais desigual do que tratar igualmente pessoas (ou contextos) desiguais".

Na área de saúde, seria relativamente simples pensar em situações nas quais proporcionar tratamento igual seria pouco eqüitativo. É o caso hipotético, citado por Le Grand (1988), no qual duas pessoas com o mesmo problema de saúde recebem o mesmo tratamento. Uma, entretanto, por apresentar condições físicas superiores, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento acarretou desigualdade de resultado. Teria sido, por conseguinte, mais eqüitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável, cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior. Na verdade, neste exemplo a necessidade igual é apenas aparente.

Há um outro exemplo, também de Le Grand, complementando o anterior, que alude a dois indivíduos com o mesmo problema de saúde e com idêntica capacidade de resposta ao tratamento. Sob quaisquer outros aspectos ambos são também semelhantes, à exceção apenas da atitude pessoal diante do fator risco: um é adverso a ele e o outro, amante do perigo. A ambos é oferecida a oportunidade de uma cirurgia que implica a probabilidade de 50% de dano físico permanente. O primeiro, ao contrário do outro, recusará a cirurgia. Neste caso não haverá claramente tratamento igual para necessidade igual, mas é improvável que muitos considerem a situação como não eqüitativa. O fato de o in-

divíduo adverso ao risco ter optado por não se operar - atitude decorrente de uma decisão pessoal, legítima, de abdicar de um direito - justifica a diferença de tratamento (Le Grand, 1988).

2.2 Indicadores Aproximados

Musgrove (1983) discute dois tipos mais usuais de indicadores aproximados de equidade entre regiões ou grupos sociais: os que expressam recursos (oferta) e os que se referem à utilização dos servicos (demanda). Entre os primeiros, os mais comumente empregados são o número de médicos ou de leitos por habitantes e o gasto público per capita em saúde.

Indicadores como esses têm vantagens evidentes. Em primeiro lugar são simples de calcular. Ademais, como ressalta Musgrove, "sempre que os grupos comparados sejam suficientemente grandes, parece razoável supor que as necessidades de atenção por 1000 pessoas sejam iguais entre grupos e que uma igualdade na oferta de servicos corresponderá , aproximadamente, a uma igualdade no grau de satisfação dessas necessidades".

Mas há também limitacões nesse tipo de indicador. Pode ser equivocado supor que as necessidades sejam sempre iguais entre grupos. Esses indicadores, úteis para comparações geográficas, não admitem, sem informação adicional, comparações entre grupos definidos por outras variáveis, como, por exemplo, renda.

Além disso, tais indicadores presumem implicitamente que só a população próxima a um hospital ou a um médico utiliza esses recursos. Assim, não levam em conta a demanda oriunda de, outras áreas sobre os mesmos recursos, o que conduz à errônea suposição de que onde não há servicos instalados ninguém obtém atenção (Musgrove, 1983). Ou que, onde há oferta, esta só é utilizada por quem está perto.

Finalmente, os indicadores de recursos per capita não fazem distinção entre os diferentes problemas de saúde. O sistema de saúde pode ser mais eqüitativo com relação a um problema do que com outro, mas a medição da eqüidade pelo prisma dos recursos e não pelos produtos elimina essa distinção, também no entendimento de Musgrove.

Um outro tipo de indicador aproximado contempla a utilização de servicos, ou seja, a demanda, e se expressa em medidas como, por exemplo, número de consultas ou de altas por 1000 ou 100 habitantes.

A vantagem desse tipo de indicador é a melhor discriminação entre condições ou servicos especificos. Não obstante, apresenta as mesmas deficiências que os indicadores de oferta por pessoa em termos geográficos. (Musgrove, 1983). A deficiência pode ainda ser mais marcante porque os indicadores de utilização não consideram a demanda insatisfeita, consabidamente alta em países como o Brasil.

3. FORMAS_DE_IGUALDADE

As desigualdades sociais no campo da saúde apresentam-se basicamente sob cinco formas distintas: no direito de acesso, na distribuição dos recursos, na utilização dos serviços, nos resultados das ações de saúde e no financiamento.

3.1 No Direito de Acesso

A igualdade no direito de acesso é uma característica predominante nos modelos denominados sistema único ou serviço nacional de saúde, onde a ausência de modalidades assistenciais organizadas por clientelas ou grupos sociais específicos tende a eliminar, ou tornar residuais, o privilégio e a discriminação.

Embora por si só não assegure o uso efetivo dos servicos a garantia de direito igual é pré-requisito para o acesso equa nime.

3.2 Na Distribuição dos Recursos

O exercício do direito de acesso igualitário tem pou eficácia quando os recursos não se distribuem equitativament *inclusive quanto à localização espacial.*

De modo geral, se inexistirem políticas eficazes de re distribuição, os recursos humanos e os equipamentos sociai para saúde tendem a acompanhar a distribuição da renda. Em sc ciedades desiguais não se localizam, por conseguinte, próxin da maioria dos usuários nem se estruturam de acordo com a reais necessidades destes.

Em certos casos, porém, a concentração pode ser necessá ria. Isso acontece com servicos de alta tecnologia, que deve estar estratégicamente situados, a fim de ampliar, no limite a área de influência. Na maioria das vezes não é viável, ne justificável, diluir, por diferentes locais, técnicos altament especializados, cuja eficácia se potencializa quando atuam e equipe.

3.3 Na Utilização dos Serviços

Não bastam, todavia, garantias formais de acesso e di tribuição espacial equilibrada dos recursos. Tais requisito embora necessários, não são suficientes, pois nem sempre a seguram o uso eqüitativo dos serviços.

O consumo dos serviços de saúde é influenciado, às vez até mais fortemente, por outros fatores que não os mencionado O nível de educação, por exemplo. Pessoas melhor informad usam de forma mais adequada, e com mais freqüência, os servic de saúde.

Aspectos culturais e até religiosos podem ter influência decisiva. Assim, a prática dos transplantes de órgãos em muitos países depende hoje, para sua disseminação, menos da questão tecnológica do que da disponibilidade de doadores. A solução mais eficaz seria o uso compulsório de órgãos de cadáveres, salvo se houvesse manifestação anterior contrária. Legislação nesse sentido, entretanto, pode ser obstruída por fatores culturais.

Há ainda que considerar os incentivos e desincentivos ao consumo. A proximidade do serviço favorece o uso. O mesmo acontece com a qualidade. A boa qualidade do serviço, não obrigatoriamente do ponto de vista técnico mas do usuário, contribui para aumentar a procura. Filas, entraves burocráticos, distância, atendimentos sumários e negligentes, bem como barreiras econômicas, desestimulam a demanda, seja ela justificável tecnicamente ou não.

3.4 No Financiamento e no Gasto

O financiamento dos serviços de saúde pode ter características regressivas, dependendo de como esse ônus se distribui na sociedade. Alta participação relativa dos impostos indiretos na estrutura tributária e alíquota única para as diferentes faixas de renda no caso de impostos diretos são formas regressivas de financiar o setor público.

O gasto, por seu turno, pode ter um comportamento desigual, mesmo quando a decisão sobre o uso dos recursos é centralizada, situação que, em tese, favoreceria uma alocação mais justa. A desigualdade pode manifestar-se na distribuição, tanto regional como entre diferentes grupos sociais, dos recursos financeiros.

3.5 Nos Resultados

Ainda que as diferenças nas condições de saúde entre grupos sociais não possam ser atribuídas exclusivamente ao maior

ou menor uso dos serviços de saúde, é reconhecido que esses serviços desempenham um papel importante.

Variáveis como educação e renda, para ficar só com as mais estudadas, além de assegurarem por si mesmas melhores condições de vida, contribuem decisivamente para aumentar o acesso aos serviços públicos, mesmo quando eles são proporcionados de forma supostamente igualitária a todos as pessoas.

4. AS DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 Uma Perspectiva Internacional

Por mais significativos que tenham sido os avanços em alguns países na ampliação e democratização do acesso aos serviços de saúde, os desequilíbrios no sistema, embora controlados não parecem demonstrar suscetibilidade à erradicação. As diferenças no estado de saúde são marcantes e sugerem, mais um vez, que a distribuição de saúde entre segmentos sociais se subordina menos à forma de organização dos serviços médicos do que a outros fatores sócio-econômicos.

Manifesta-se com freqüência a convicção de que as diferenças de classe no nível de saúde teriam sido eliminadas nas confortáveis sociedades escandinavas de bem-estar. Uma pesquisa realizada em Oslo, entre homens saudáveis de 40 a 49 anos, mostrou que não é bem assim, o estudo encontrou, por exemplo correlação entre status social e fatores de risco coronário (HJORT, 1980).

Outras investigações norueguesas demonstram diferenças marcantes nas estatísticas de mortalidade entre ocupações. prevalência de doenças crônicas está relacionada ao nível de renda. A mortalidade infantil nas áreas mais deprimidas, como no condado ártico de Finnmark, tem sido sempre maior que nos condados mais ricos. Nessa sociedade afluente, os idosos,

famílias imigrantes e os mais pobres dispõem de serviços de pior qualidade que o restante da população (Hjort, 1980).

Na Inglaterra não tem sido diferente. O Relatório Black, de 1980, cujo principal achado, ao mesmo tempo paradoxal e alarmante, talvez tenha sido a constatação de que as desigualdades se acentuaram desde a instalação do Serviço Nacional de Saúde(NHS), tem antecedentes com conclusões similares, como os estudos de Titmuss e de Hart.

Titmuss, no fim dos anos 60, demonstrou que os grupos de renda mais alta faziam melhor uso dos serviços estatais. A "Lei da Atencão Inversa" de Hart, segundo a qual a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente à necessidade da população servida, foi formulada no início dos anos 70. (Hunter, 1983).

Não há garantias de que as reformas no NHS buscadas pelo Governo Thatcher possam reduzir as desigualdades. Ao contrário. A idéia da criação do "vale-saúde" - uma das propostas reformistas - poderá agravá-las. De acordo com esse esquema, "a população receberia vales de determinado valor com os quais cada pessoa compraria o seguro-saúde de uma empresa privada, ficando com a opção de inteirar, com seu próprio dinheiro, o valor de um seguro melhor e mais abrangente " (Rodrigues, 1988).

Se é assim em sociedades tidas como competentes na provisão de serviços sociais, o que acontece em países como Argentina, Colômbia ou Brasil em relação à distribuição da assistência à saúde?

Na Argentina seria difícil almejar a eqüidade. O sistema de saúde argentino é extremamente diversificado e heterogêneo, onde cada nível do setor público - central, provincial e municipal - oferece serviços com alto grau de autonomia e segundo lógica própria.

Nesse país uma pequena parte da população - aproximadamente os 10% de maior renda - busca as modalidades assistenciais privadas, inclusive os planos de seguro. Um segundo grupo, algo em torno de 60% do total, formado por trabalhadores assalariados, demanda as cerca de 340 obras sociais que compõem o sistema de seguridade social. O restante, a camada mais pobre, tem nos centros assistenciais do setor público a única opção de atendimento. A estratificação entre setores sociais reproduz-se, ainda com mais intensidade, dentro da própria seguridade social, onde as prestações médicas por filiado chegam a variar de 1 a 9. (Isuani, 1988).

Na Colômbia a seguridade social cobre não mais que 16% da população e dispõe de apenas 8% do total de leitos hospitalares. Ainda que o setor público seja responsável por 74% da população e disponha de 76% dos leitos, tal condição não reequilibra por inteiro a distribuição social dos recursos: o setor privado, responsável por 10% da população, opera 15% dos leitos hospitalares.

Por esses dados, a situação colombiana não seria tão desigual quanto a da Argentina ou do Brasil. Entretanto, outras informações, inclusive qualitativas, indicam um quadro menos otimista. O gasto do governo central, mesmo desempenhando certo papel redistributivo entre as regiões, não elimina a regressividade em inúmeros casos (Rojas, 1988).

Um dos objetivos da política de saúde colombiana (Rojas, 1988), a universalização da cobertura, está ainda limitado à atenção básica. E a palavra de ordem da OMS, "Saúde para Todos", na versão colombiana, significa não mais que "Saúde Básica para Todos", um objetivo modesto se comparado com a regra constitucional brasileira, que pretende assegurar acesso universal a todos os tipos de serviços de saúde (art. 196), além de atendimento integral (art. 198, II), e não apenas atenção primária.

4.2 O Caso Brasileiro

4.2.1 Antecedentes

A criação do FUNRURAL em 1963, do Plano de Pronta Ação (PPA) da previdência social em 1974 e do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976 compõem nas décadas de 60 e 70 o conjunto de políticas de maior importância com vistas à redução das desigualdades nos serviços de saúde.

O primeiro incorporou à demanda de serviços de saúde quase a metade da população brasileira. O PPA, dez anos depois, universalizou o atendimento de emergência, beneficiando os não filiados ao regime previdenciário. O PIASS foi o passo seguinte. Primeiro no Nordeste e, a partir de 1979, no País como um todo, promoveu a extensão de cobertura mediante ampliação da rede pública de serviços básicos.

O FUNRURAL, sobretudo em decorrência da forma como remunerava os serviços privados, proporcionou, de fato, um atendimento de segunda classe, se fosse possível qualificar a atenção médica na área urbana como de primeira. Melhor do que nada, poder-se-ia contra-argumentar. Afinal é necessário ter em conta que a população rural, cuja quase totalidade não tinha - e continua não tendo - meios para comprar no mercado médico os serviços de que necessita, dependia, até a criação do FUNRURAL, da filantropia e da rede pública estadual e municipal, rarefeita e de baixa resolutividade.

O PPA, a despeito da generosidade do seu objetivo, acarretou um aumento significativo nos gastos com assistência médica. O plano, na prática, emitia um cheque em branco à rede hospitalar privada, já que qualquer atendimento rotulado como de emergência feito nessa rede passou a ser ressarcido pela previdência social, independente de autorização prévia e da vinculação do paciente à previdência social.

O PIASS, por sua vez, como esforço até então sem precedentes para assegurar um nível mínimo de satisfação às necessidades básicas de saúde e uma clara prioridade às áreas mais deprimidas, apresentou problemas de execução, inclusive quanto ao desequilíbrio entre as ações de saneamento e as de saúde, em detrimento das primeiras.

Em contrapartida, FUNRURAL, PPA e PIASS, com estratégias antagônicas, pela primeira vez romperam com a idéia de que os recursos previdenciários só poderiam ser aplicados em favor daqueles que supostamente os geram: patrões, empregados e trabalhadores autônomos.

Essa postura pouco solidária - até porque o trabalhador de hoje pode ser o desempregado de amanhã - foi superada na Constituição, embora viesse encontrando alguma aceitação, como ficou registrado no I Encontro Nacional das Confederações Nacionais de Trabalhadores, realizado em Brasília, em novembro de 1984 (Vianna & Piola, 1985).

Na verdade - do ponto de vista econômico - "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 a contribuição, tanto do empregado como do empregador, é proporcionada pela receita das vendas desses produtos e servicos, inclusive no mercado externo". A postura ortodoxa, segundo a qual a previdência social não deve financiar um sistema médico universalizado, desconsidera também que, embora responsável por cerca de 90% da população brasileira, a previdência participa no gasto público com saúde com algo em torno de apenas 50% (Vianna, & Piola, 1986) e somente 30% desse gasto poderia ser estimado como originário de desconto sobre a remuneração de trabalhadores assalariados e autonômos.

Mas foi com a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS-RS CIPLAN nº 6/84) e, posteriormente, do Programa de Desenvolvimento de Sistema Unificado de Saúde (SUDS-Decreto nº

94.657 de 29.07.87), que se consolidaram as bases políticas e doutrinárias, posteriormente inseridas no texto constitucional, e que formalizaram a universalização da atenção à saúde financiada, a partir deste ano, pelo orçamento da seguridade social.

Todo esse acervo de políticas foi, como é sabido, incapaz de erradicar as desigualdades, quer na distribuição dos recursos quer na utilização dos serviços de saúde. Mas certamente a situação seria ainda mais insatisfatória se elas não tivessem sido implementadas. Atualmente tais políticas podem mostrar, em vários aspectos, timidez e impropriedades. Na conjuntura em que foram implementadas, porém, representaram os avanços possíveis na democratização do acesso à saúde.

4.2.2 Retratando a Desigualdade

No campo da saúde o Brasil convive ainda com as cinco formas de desigualdades discutidas na seção 3 deste documento. A desigualdade no direito de acesso talvez seja a mais perversa, na medida em que institucionaliza a discriminação.

A distribuição de médicos, um bom indicador-síntese de localização da oferta como um todo, revela forte concentração no Sul e Sudeste. Com 60% da população do País, essas regiões dispõem de 73% dos médicos (dados de 1985). Em 1970, com o mesmo percentual demográfico, a disponibilidade de médicos era de quase 80%, o que sugere uma desconcentração em favor de outras regiões (FIOCRUZ-IBGE. In Vianna & Piola, 1986). As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, principalmente as duas primeiras, têm-se mantido abaixo da média nacional na utilização de serviços hospitalares e ambulatoriais (Tabela 1).

Os mesmos indicadores demonstram que, entre 1971 e 1985, as diferenças entre as populações rurais e urbanas mantiveram-se importantes. Em quase 15 anos a redução dessas desigualdades teve pouca expressão, como se constata na Tabela 2.

A Tabela 3 demonstra que o quadro de desigualdade se repete quanto ao uso de medidas preventivas, que presumivelmente seriam acessíveis a todos, sobretudo depois do esforço do PIASS na expansão da rede básica. Ainda que tenha triplicado entre 1978 e 1984 no Nordeste e crescido expressivamente no Norte e Centro-Oeste, a cobertura vacinal nessas regiões ainda está distante dos níveis alcançados no Sul e Sudeste.

As diferenças no nível de saúde são bem conhecidas. A mortalidade infantil é duas vezes mais alta entre os mais pobres (renda inferior a 1 salário mínimo) do que entre aqueles que ganham mais de 5 salários mínimos. Para as pessoas de renda mais alta, a esperança de vida está em torno dos 70 anos: entre a população de baixa renda , entretanto, é inferior a 55 anos (IBGE, In Piola, Vianna & Pinto, 1985).

Essas assimetrias repetem-se, tanto no modo com que os servicos de saúde são financiados, quanto no gasto per capita. O financiamento dos serviços de saúde no modelo brasileiro tem fortes características regressivas. Mesmo admitindo-se que a alíquota sobre o lucro das empresas, uma das novas fontes da seguridade social, possa ser progressiva, não se pode dizer o mesmo das demais.

A alíquota sobre o faturamento ou a receita bruta das pessoas jurídicas é repassada para os precos. Por conseguinte, incide igualmente, e não eqüitativamente, sobre toda a sociedade. A contribuição sobre a folha de salário não é diferente. No caso das pessoas físicas, onera apenas as remunerações até 10 salários mínimos. No caso de pessoas jurídicas, a contribuição é integralmente repassada para os preços.

O Imposto de Renda, principal fonte do Orçamento Fiscal, tornou-se mais regressivo ao passar a ter, a partir de 1989, somente duas alíquotas. A máxima é de apenas 25%. O abatimento - para efeito de pagamento do Imposto de Renda - das despesas com saúde, embora limitado ao que exceder a 5% do total de rendimentos, representa, em última análise, um subsídio pago por

toda a sociedade a sua parcela mais rica, os 7% que declaram renda anualmente.

A análise do gasto previdenciário per capita com assistência médica (Tabela 4) demonstra que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste estão bastante abaixo da média nacional. O mesmo indicador por grupo de usuários mostra que o gasto com servidores públicos é mais de 8 vezes superior ao com a população rural, cujo total per capita, tomada a média nacional como igual a 100, é de apenas 25 (Tabela 5).

5. A EQUIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os 315 artigos, somados às centenas de incisos, alíneas, parágrafos e itens, totalizando milhares de dispositivos na Constituição de 1988, não eliminaram a necessidade, ainda por satisfazer, de centenas de leis ordinárias e complementares. Sem isso matérias importantes, particularmente as relacionadas com os direitos sociais, continuarão sem efetividade.

O mais insólito porém é a situação em que inúmeras formulações constitucionais, por força de sua ambigüidade, poderão, ao serem regulamentadas, assumir um sentido diametralmente oposto ao imaginado pelos seus idealizadores.

O princípio do "acesso igualitário" aos serviços de saúde, por exemplo, permite leituras divergentes. Uma das intenções do dispositivo é impedir o uso de recursos públicos - seja qual for a fonte - para financiar privilégios médicos para qualquer grupo social.

Há quem entenda, porém, que a regra em questão se aplicaria apenas aos serviços situados no âmbito da seguridade social. Vale dizer: outros serviços custeados pelos orçamentos fiscal ou das estatais poderiam continuar assegurando para os assim chamados "mais iguais" um atendimento médico diferenciado.

Se a proposta de regulamentação não tiver clareza nesse entendimento, as expectativas reformistas que ainda restam poderão ser frustradas. E a base jurídica para criar um sistema de saúde eqüitativo, definitivamente comprometida. Não deixa de ser desalentador admitir que o anteprojeto oficial da Lei Orgânica de Saúde não tem a objetividade e a explicitação necessárias para tratar de tema tão crucial (Anexo I).

6. EQUIDADE E DESCENTRALIZAÇÃO

Um dos argumentos mais poderosos em favor de sistemas únicos ou de serviços nacionais de saúde de concepção centralizada é a maior possibilidade dessas formas organizacionais operarem com maior eficácia redistributiva na medida em que centralizam os recursos e as decisões sobre alocação.

O argumento, à primeira vista, parece irrefutável. A vantagem comparativa, todavia, só é real diante de sistemas totalmente descentralizados, em que o nível central abdica de qualquer função redutora dos desequilíbrios inter-regionais. Ademais, sistemas centralizados não são redistributivos por definição. Quando organizados por clientela, como acontece na Argentina, e aconteceu com os serviços previdenciários brasileiros, podem favorecer a desigualdade.

Por outro lado, quando esses subsistemas são unificados - como ocorreu no Brasil a partir de 1966 com a fusão dos diferentes institutos de previdência no INPS - eles não passam, automaticamente, à prática da justiça distributiva. No caso de sistemas descentralizados, como se pretende venha a ser o brasileiro, e onde a União continuará como fonte hegemônica de financiamento, a eficácia redistributiva dependerá dos critérios adotados para repassar recursos.

A definição da fatia de cada estado em função da capacidade instalada - como aconteceu nas AIS com a Programação Orçamentária Integrada (POI) - mantém as desigualdades inter-regio

nais, pois não inclui nenhum fator corretivo à má alocação espacial da oferta.

O critério populacional (per capita) é simples, transparente e igualitário, mas não totalmente eqüitativo. Embora mais justo que o anterior, ele também não corrige as desigualdades acumuladas, embora possa impedir que elas se agravem.

Os sistemas centralizados podem, portanto, ser imperfeitos na função redistributiva, enquanto os descentralizados não são, obrigatoriamente, agravadores das desigualdades. Ao contrário, dependendo do modelo, podem reduzi-las.

A descentralização, porém, quando despida de qualquer preocupação social, estimula desigualdades. Se, por hipótese, cessar toda e qualquer participação federal nos serviços de saúde, certamente as diferenças entre estados ricos e pobres tenderiam ao agravamento.

Mas, ao que tudo indica, não é esse o modelo brasileiro de sistema único de saúde. Este pretende combinar a função equalizadora do governo central com a plena autonomia das unidades da Federação e dos municípios na organização e gestão dos serviços de natureza local e regional.

7. CONSIDERACOES_FINAIS:_LIMITES_E_RESTRICOES_A_EQUIDADE

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, a despeito de algumas inegáveis conquistas constitucionais, ainda tem pela frente inúmeros obstáculos. Alguns, explícitos, outros, nem tanto. Nenhum, porém, subestimável.

Se o entendimento - como aconteceu na Assembléia Nacional Constituinte - foi difícil até mesmo em torno de princípios gerais que permitem leituras conflitantes, parece coerente admitir que a regulamentação desses princípios, se pretender to-

car fundo nos problemas e definir soluções claras e objetivas, encontrará resistências poderosas.

Na verdade, o projeto oficial de regulamentação do sistema único contorna o contencioso, mantendo, em aspectos fundamentais, a mesma ambigüidade constitucional com respeito à questão da eqüidade. O projeto, por exemplo, admite, por omissão, o entendimento equivocado da ausência de limites à livr iniciativa, esquecendo, de um lado, que não há direito absolut e, de outro, que serviços de saúde, inclusive privados, são d "relevância pública" (art. 197) e, por conseguinte, devem te seu funcionamento subordinado ao interesse social. E apenas re pete o texto constitucional, sem decodificar o verdadeiro sig nificado da expressão "acesso igualitário" (Ministério da Saú de, 1989).

É claro que o projeto não é imutável. Mas não parece fáci que propostas alternativas, estabelecendo regras claras em re lação à matéria, tenham grandes possibilidades de êxito. lobby da medicina de mercado, com certeza reagirá contra idéia de se atribuir às Secretarias de Saúde competência pa: definir - com base no tipo e volume das necessidades assiste: ciais coletivas - as áreas onde organismos privados "poder instalar e operar serviços de saúde vinculados ou não ao sist ma único de saúde "(artigo 24, Anexo II) (Vianna, 1989).

Proibir o emprego de recursos públicos no custeio da a sistência médico-hospitalar para a burocracia oficial, como propõe (artigo 61 - Anexo II), despertará naturais - e poder sas - resistências, ainda que se assegure (art. 81) um períc de transição, durante o qual os recursos oficiais decresceri gradualmente até sua extinção (Vianna, 1989).

Reduzir desigualdades implica portanto eliminar privi: gios. Isto está longe de ser fácil em um país cartorial e p meável a pressões corporativas. Mas não se visualiza outra ternativa. Até porque os privilégios, dado o seu custo, não extensíveis a todos. Se fossem, deixariam de ser privilégio

As pressões a favor da manutenção do status quo não são pequenas. O número de beneficiários do modelo atual alcança algo entre 10 a 15 milhões de pessoas. Pode parecer pouco em uma população de 140 milhões, mas é o suficiente - dado o poder político dessa minoria - para empeçar o processo de reforma.

Reduzir desigualdades exige também um certo equilíbrio na distribuição espacial dos serviços públicos e privados, o que não é factível a curto prazo. O objetivo depende - entre outros fatores - de uma política de investimento agressiva e com prioridades diferentes daquelas com que temos convivido nas últimas décadas, além de uma ação reguladora do mercado diversa da exercida até agora.

Há, também, o cepticismo e a desinformação da grande maioria desatendida, ou mal-atendida, beneficiária em potencial de um projeto reformista. À descrença se soma uma certa apatia. Talvez porque o cotidiano dos desassistidos na luta pela sobrevivência aponte para outras prioridades, ou, quem sabe, também porque o grau de politização dos grupos mais desfavorecidos seja inversamente proporcional as suas carências no campo da saúde, para não mencionar sua menor capacidade de pressão.

Resgatar a enorme dívida social acumulada no setor, e, ao mesmo tempo, equalizar os padrões de utilização de serviços entre diferentes regiões é bastante complicado em um contexto recessivo, sem correr o risco de nivelar por baixo a utilização dos serviços ou de reduzir sua qualidade reconhecidamente precária.

Por outro lado, os esforços redistributivos, sobretudo se concentrados apenas em reagir às pressões de demanda, podem afetar muito pouco o nível de saúde. No Reino Unido, por exemplo, a despeito do gasto per capita em saúde ser mais alto na Escócia, que é mais pobre, a Inglaterra, mais rica, tem um nível de saúde mais elevado (Hunter, 1983).

O sistema de saúde brasileiro, entretanto, já demonstr competência para vencer dificuldades e até, paradoxalmente avançar na adversidade. Em plena euforia da prosperidade econ mica dos anos 70 a universalização dos serviços de saúde e redução das desigualdades fizeram progressos pouco expressivos quando comparados com os resultados alcançados em plena r cessão da primeira metade desta década. Não deixa de ser inus tado que políticas equalizadoras, de certa eficácia como as A e o SUDS, geradas em um contexto de escassez, tenham sido p liticamente inviáveis na fase de abundância. De certa form contradições como estas ajudam a preservar o otimismo.

TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1

BRASIL - UTILIZAÇAO DE SERVIÇOS MEDICO-HOSPITALARES PROVIDOS PELO INAMPS, SEGUNDO AS DIFERENTES REGIOES

1980 E 1985

REGIOES	ASSISTENCIA HOSPITALAR (% DA POP. ATENDIDA)		ASSISTENCIA 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	11,20	9,96	1,98	2,24
Sul	14,90	11,40	1,67	1,71
Centro-Oeste	10,70	8,89	1,07	1,35
Brasil	9,90	8,92	1,51	1,76

ELABORAÇAO: CSP/IPLAN/IPEA

FONTES: MPAS/INAMPS em dados 1983

IBGE - Anuario Estatistico 1983 Tab. Avançados.

Censo Demografico 1980.

INAMPS - Secretaria de Planejamento 1985.

In VIANNA, S.M. e PIOLA, S.F. Os Desafios da Reforma Sanitaria IPEA/IPLAN nov. 1986, 59 p.

TABELA 2

BRASIL - UTILIZAÇAO DE SERVIÇOS MEDICO-HOSPITALARES PROVIDOS PELO INAMPS, SEGUNDO CLIENTELAS URBANA E RURAL

1978 e 1984

ESPECIFICAÇAO	ANO					
	1971	RAZAO DE ATENDIMENTO URBANO/RURAL	1980	RAZAO DE ATENDIMENTO URBANO/RURAL	1985	RAZAO DE ATENDIMENTO URBANO/RURAL
ASSISTENCIA HOSPITALAR						
- Pop. Atendida (%)	3,00		9,90		8,92	
. Urbana	5,40	2,34	11,90	2,10	10,25	1,88
. Rural	2,30		5,70		5,44	
ATENÇAO AMBULATORIAL						
- Cons. por Hab. (total)	0,50		1,50		1,76	
. Urbana	0,88	4,40	1,99	3,90	2,22	4,03
. Rural	0,20		0,51		0,55	

FONTE: INAMPS EM DADOS.

TABELA 3

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

REGIAO	VA. 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: - Sarampo: 1 dose
- DPT : 3 doses
- BCG-ID : 1 dose

FONTE: SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAUDE
In VIANNA, S.M. e PIOLA S.F. op. cit.

TABELA 4
BRASIL: DISPENDIOS PER CAPITA DO INAMPS,
SEGUNDO GRANDES REGIOES
1980 - 1983 - 1986

REGIOES	GASTO PER CAPITA DO INAMPS (Em US$)		
	1980	1983	1986
TOTAL	29,80	21,13	24,66
Norte	12,90	8,28	10,26
Nordeste	16,93	11,66	15,49
Sudeste	36,35	27,08	31,09
Sul	33,71	22,98	24,69
Centro-Oeste	20,83	17,43	18,91

FONTE dos Dados Brutos: INAMPS - Secretaria de Planejamento.

NOTA: Valores deflacionados pelo IGP-DI e convertidos para dolares de 1986. A taxa media de cambio utilizada foi de Cz$ 13,65 por dolar.

Elaboraçao: IPEA/IPLA/CSP

BRASIL: DISPENDIOS PER CAPITA DO INAMPS
SEGUNDO GRANDES REGIOES

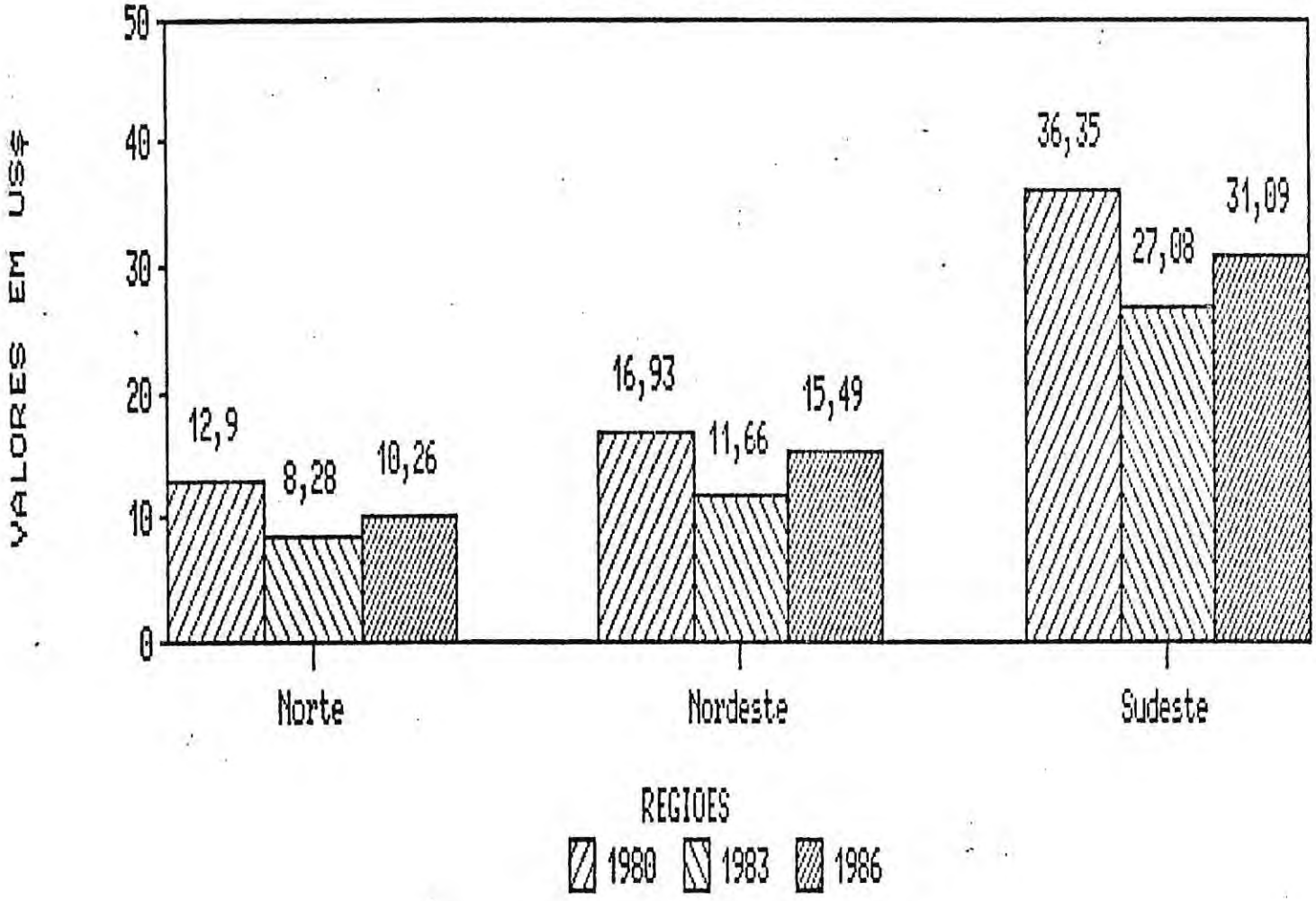

TABELA 5

BRASIL: GASTOS FEDERAIS PER CAPITA COM SAÚDE POR GRUPO DE USUÁRIOS (ÍNDICE DE BASE = 100)

1978

GRUPOS DE USUARIOS	GASTO "PER CAPITA"
BRASIL	100
SERVIDORES PUBLICOS	211
POPULAÇAO URBANA	162
POPULAÇAO RURAL	25

* APENAS OS GASTOS DA PREVIDENCIA SOCIAL

NOTA: ESTIMATIVAS FEITAS COM BASE EM DADOS APRESENTADOS NO SEMINARIO HEALTH FOR ALL REALIZADO NA UNIVERSIDADE DE SUSSEX EM NOVEMBRO DE 1981.

ANEXO_I

DISPOSITIVOS RELACIONADOS COM EQUIDADE PRESENTES
NO PROJETO DE LEI ORGANICA DE SAÚDE
PREPARADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Versão Preliminar)

Art. 3º A garantia de saúde, enquanto dever do Estado, é conseqüência de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos, bem como ao acesso igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 7º O Sistema Único de Saúde, na realização de suas finalidades, observará os seguintes princípios fundamentais:

III - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - utilização do critério epidemiológico para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática;

VIII - ênfase na municipalização dos serviços e sua localização na proximidade das pessoas a serem assistidas;

X - gratuidade dos servicos e das ações de saúde.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, considerar-se-á a combinação dos seguintes critérios, de acordo com a análise de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

§ 1º. 50% (cinqüenta por cento) dos recursos destinados a Estados e Municípios serão distribuídos segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes.

ANEXO_II

DISPOSITIVOS RELACIONADOS COM EQÜIDADE PRESENTES
NO SUBSTITUTIVO AO ANTEPROJETO DE LEI ORGANICA DA SAÚDE
ELABORADO POR SOLON MAGALHÃES VIANNA
PARA APRECIAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Art. 3º A garantia da saúde, enquanto dever do Estado, é conseqüência de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução dos riscos de doenças e de outros agravos e assegurem o acesso universal e equânime às ações e aos serviços providos pelo sistema único de saúde.

Art. 7º O sistema único de saúde se orienta pelos seguintes princípios e diretrizes:

I - universalização e eqüidade no acesso ao atendimento nos serviços de saúde, sem privilégios ou discriminações que não sejam decorrentes das necessidades de tratamento,

VII - utilização de critérios epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades e orientação programática,

Art. 12 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios ou seus consórcios, exercerão, autonomamente e em regime de responsabilidade solidária e articulação funcional, as seguintes atribuições:

XIII - a regulação do mercado na área de saúde,

XVI - o acompanhamento e a avaliação permanentes do desempenho do sistema único de saúde, particularmente quanto a sua eficiência, eqüidade e padrões qualitativos,

Art. 19 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo Unico. A relevância pública dos serviços prestados pelo setor privado, participante ou não do sistema único de saúde, sujeita-os ao controle e fiscalização e à obediência a padrões éticos e técnicos fixados pelo Poder Público.

Art. 23 A autorização para instalação e funcionamento de serviços privados de assistência à saúde depende de aprovação da autoridade sanitária estadual e local.

Parágrafo Unico. Para o deferimento, a autoridade competente levará em conta, no caso de pessoa jurídica, além das exigências previstas na legislação, o grau de relevância pública do empreendimento, expresso no interesse social do projeto, considerando a sua característica e localização vis-a-vis as reais necessidades locais ou regionais.

Art. 24 As Secretarias de Saúde estaduais e municipais ou órgãos equivalentes definirão, no âmbito das áreas sob sua jurisdição, com base no tipo e volume das necessidades assistenciais, as áreas onde poderão ser instalados serviços privados de assistência à saúde.

Art. 60 Somente por Lei Municipal poderão ser criadas modalidades de participação do usuário no custeio dos serviços, conforme previsto na alínea "c" do inciso II do art. 56.

Parágrafo Único. A participação do usuário não poderá ter caráter regressivo e seus resultados deverão reverter exclusivamente para o aprimoramento dos serviços locais, vedado o seu uso na remuneração de pessoal.

Art. 61 Não é permitido o emprego de recursos dos orçamentos fiscal, da seguridade social e das empresas de propriedade ou sob controle governamental no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e dos Municípios, para custear total ou parcial-

mente serviços de assistência à saúde para funcionários e dependentes.

Parágrafo Único. Os Tribunais de Contas da União e das unidades da Federação fiscalizarão o cumprimento do disposto no caput deste artigo.

Art. 64 Para o estabelecimento dos valores a serem repassados pela União será utilizada a combinação dos seguintes critérios:

I - número de habitantes;

II - renda per capita;

III - aporte efetivo da unidade da Federação e do Município para o sistema único de saúde com recursos próprios no exercício anterior;

IV - comportamento de indicadores de eficiência, eficácia, eqüidade e qualidade na prestação de serviços de saúde;

V - comprometimento das unidades da Federação e dos Municípios com a prestação de serviços de alta complexidade cuja cobertura extrapole a área geográfica sob sua jurisdição;

VI - gasto federal direto no Estado e no Município com serviços de natureza regional e local, e com o pagamento de pessoal federal cedido ao sistema único de saúde estadual e municipal.

Art. 65 Somente poderão receber recursos federais as unidades da Federação que adotarem os critérios mencionados no artigo anterior para definir os repasses aos seus Municípios.

Art. 66 A transferência de recursos para investimento dependerá da análise e avaliação pelo Ministério da Saúde dos projetos estaduais elaborados com base em planos diretores permanentemente atualizados.

Parágrafo Único. Os projetos deverão - sem prejuízo de outros detalhamentos - demonstrar o eventual déficit assistencial e demais necessidades da unidade da Federação, por Município ou microrregião, e o grau de utilização da capacidade instalada já existente.

Art. 74 O número de leitos hospitalares públicos que poderá ser destinado a instalações privativas será definido exclusivamente no nível local, ouvidos os colegiados de que trata o art. 11.

Parágrafo Único. O pagamento a ser feito pelo paciente pelo uso das instalações privativas mencionadas neste artigo deverá, no mínimo, cobrir o seu custo real.

Art. 79 A assistência médica nos casos de acidentes de trabalho passa a ser prestada no âmbito do sistema único de saúde, nos mesmos critérios e padrões adotados para a assistência em geral .

Art. 80 Os serviços de assistência à saúde pertencentes aos sistemas estaduais e municipais de previdência social integram-se ao sistema único de saúde mediante sua incorporação às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme o caso.

Art. 81 A alocação de recursos orçamentários ou de qualquer outra fonte pública nos diferentes órgãos da administração direta e indireta, inclusive empresas sob controle governamental no âmbito das Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, para a prestação de assistência médica, odontológica, hospitalar e complementar para servidores e dependentes, decrescerá gradualmente até seu desaparecimento em 1994.

§ 1º A prestação da assistência referida no caput deste artigo é facultada, desde que custeada parcialmente pelo beneficiário até 1994, e integralmente depois dessa data.

§ 2º. A proibição prevista neste artigo alcança também os órgãos previdenciários estaduais e municipais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTELLS, J. J. - Notas sobre la Consideración Económica de la Equidad: Utilización y Acesso. In: CURSO TALLER INTERNACIONAL DE ECONOMIA DE LA SALUD, 1. Barcelona: Asociación de Economia de la Salud, Sep. 1988.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Lei Orgânica da Saúde. Versão preliminar, s. d.

3. DOCUMENTO Propõe um Novo Modelo Político para o País (Declaração do Encontro das Confederacões Nacionais de Trabalhadores e Suas Federações). Folha de São Paulo, São Paulo, 13 nov. 1984.

4. LE GRAND, Julian. - Equidad y Atención Sanitária. In: CURSO TALLER INTERNACIONAL DE ECONOMIA DE LA SALUD, 1. Barcelona: Asociación de Economia de la Salud, Sep. 1988.

5. HJORT, Peter F. - Inequities in Medical Care: Consequences for Health. Scandinavian Journal of Social Medicine (suppl. 34): 75-84, 1980.

6. HUNTER, David J. - Reducing Inequalities in Health: Political and Organisational Implications for the British National Health Service. Effective Health Care, 1(4): 191-7, 1983.

7. ISUANI, Ernesto Aldó. - Consideraciones sobre el Sistema de Atención a la Salud en Argentina. Trabalho apresentado no SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE FINANCIAMENTO DE SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE. São Paulo, ago. 1988.

8. MUSGROVE, Philip. - La Equidad del Sistema de Servicios de Salud: Conceptos, Indicadores e Interpretación. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana, 95(6):525-46, Dic. 1983.

9. OLIVEIRA Fº., Gesner. - Medindo a Desigualdade. Folha de São Paulo, São Paulo, 24 out. 1982.

10. PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA Solon Magalhães & PINTO, Vitor Gomes. - A Política de Saúde na Nova República: Subsídiospara sua Formulação. Brasília: IPEA/IPLAN/CNRH, 1985. 53p. (CNRH. Documento de Trabalho, 24).

11. RODRIGUES, Sérgio. - Inglaterra Lança Patrocínio de Empresa para Cirurgias. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 8 maio 1988 1. cad. p. 31.

12. ROJAS RENTEIRA, Oscar. - Financiamento del Sector Salud, Experiencias Internacionales: el Caso de Colombia. Trab. apresentado no SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE FINANCIAMENTO DE SISTEMAS UNIFICADOS Y DESCENTRALIZADOS DE SALUD. São Paulo, ago. 1988. 24p.

13. VIANNA, Solon Magalhães. - Substitutivo apresentado ao Conselho Nacional de Saúde ao Anteprojeto do Ministério da Saúde sobre a Lei Orgânica de Saúde. Brasília, maio, 1989.

14. VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco. - Os Desafios da Reforma Sanitária. Brasília: IPEA/IPLAN, 1986. 62p.

15. ---.- Política de Saúde: Algumas questões. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1985. 44p. (CNRH. Documento de Trabalho, 21).

PUBLICACOES DO IPLAN

O IPLAN publica regularmente os seguintes tipos de trabalho: Notas para Discussão (ND), Textos para Discussão (TD) e Estudos para o Planejamento (EP), bem como informes de Acompanhamento de Políticas Públicas (APP). As Notas para Discussão, os Textos para Discussão e os informes de Acompanhamento foram, até julho de 1988, publicados assistematicamente, quando então passou-se a adotar numeração seriada, contínua.

ND-1-"Energia: Problemas e Perspectivas", José Cechin, Edmir S. Moita e Otávio Franco, agosto, 1988, 18p.

ND-2-"Trigo: Falta Ampliar a Concorrência entre os Moinhos", Ricardo P. Soares, agosto, 1988, 28p.

ND-3-"Transporte de Carga, Planejamento Energético e Desenvolvimento Regional", Miguel El Afioni, agosto, 1988, 13p.

ND-4-"A Desestatização da Comercialização do Trigo: Fator de Concentração Industrial", Eduardo Felipe Ohana, novembro, 1988, 9p.

ND-5-"Comportamento Recente do Capital Estrangeiro - Algumas Considerações Gerais", Renato Baumann, abril, 1989, 24p.

ND-6-"Reflexões sobre o Seminário Internacional: Mudança Tecnológica, Organização do Trabalho e Formas de Gestão - IPEA/IPLAN/CENDEC, 3 a 5 de out./1988", Rosa Maria Sales de Melo Soares, maio, 1989, 38p.

ND-7-"BEFIEX: Efeitos Internos de um Incentivo à Exportação", Renato Baumann, agosto, 1989, 38p.

ND-8-"Privatização, Conversão da Dívida Externa e Repatriação de Capitais Brasileiros: Uma Proposta", Luiz Zottmann, outubro, 1989, 8p.

ND-9-"País Rodoviário" e Outros Mitos, Charles Leslie Wright, novembro, 1989, 16p.

TD-1-"O GATT e a Política Comercial Brasileira", Renato Baumann, agosto, 1988, 24p.

TD-2-"A Economia Política da Proteção no Brasil e a Rodada Uruguai", Renato Baumann, setembro, 1988, 22p.

TD-3-"Participação do Menor na Força de Trabalho Brasileira nos Anos Oitenta (Caracterização e Reflexões)", Ricardo Lima e Freda Burger, outubro, 1988, 39p.

TD-4-"Crescimento Urbano e Oferta de Empregos Formais no Nordeste no Período 1970/1980", Edgar Bastos de Souza, outubro, 1988, 40p.

TD-5-"Século XXI: A Quantas Andará a População Brasileira?" Ana Amélia Camarano, Kaizô Beltrão e Ricardo Neupert, fevereiro, 1989, 56p.

TD-6-"Conversão de Dívida Externa em Investimentos: Avaliação do Impacto Monetário Recente e do Efeito sobre os Investimentos", José Nelson Bessa Maia, março, 1989, 42p.

TD-7-"Comportamento de Preços no Setor Automobilístico: Descrição e Análise da Evolução em um Cenário de Aceleração Inflacionária", Eduardo Felipe Ohana, abril, 1989, 26p.

TD-8-"O Capital Estrangeiro: Regulamentação Legal no Brasil e em Outros Países", Sheila Márcia E. S. de Almeida, maio, 1989, 44p.

TD-9-"Uma Análise de Intervenção Aplicada ao INPC", Carlos Henrique Motta Coelho e Moysés Tenenblat, junho, 1989, 30p.

TD-10-"Os Arranjos Domiciliares das Famílias Matrifocais", Ricardo F. Neupert, Selma Maria Gabriel Calheiros e Lenita Maria Turchi, junho, 1989, 26p.

TD-11-"O Acordo Comercial EUA-Canadá e suas Conseqüências para o Brasil", Luis Fernando de Lara Resende, junho, 1989, 50p.

TD-12-"Evolução da População Economicamente Ativa no Brasil até o ano 2010", Ricardo Federico Neupert, Selma Maria Gabriel Calheiros e Mário Lisbôa Theodoro, junho, 1989, 62p.

TD-13-"Internal Migration in Brazil", George Martine, junho, 1989, 36p.

TD-14-"Mudando as Instituições de Treinamento (um estudo de caso de dois centros de treinamento de tecnologia no Brasil)", Raulino Tramontin e Ronald Braga, junho, 1989, 56p.

TD-15-"Fases e Faces da Modernização Agrícola Brasileira", George Martine, julho, 1989, 67p.

TD-16-"A Teoria Dual de Mercados de Trabalho e a Determinação de Salários na Indústria de Pernambuco", Ismael Carlos Oliveira, agosto, 1989, 92p.

TD-17-"Migrações Internas no Brasil - Tendências e Perspectivas", George Martine, agosto, 1989, 26p.

TD-18-"A Política de Preco Uniformizado do Oleo Diesel e suas Implicações no Avanco da Fronteira Agrícola", Enid Rocha Andrade da Silva, agosto, 1989, 26p.

TD-19-"Planejamento da Educação no Brasil: Revisão e Propostas", José Amaral Sobrinho, agosto, 1989, 32p.

TD-20-"Transporte Urbano: As Responsabilidades do Govêrno Federal e a Autonomia Municipal", Ieda Maria de O. Lima, agosto, 1989, 30p.

TD-21-"A Urbanização no Brasil: Retrospectiva, Componentes e Perspectivas", George Martine, Ana Amélia Camarano, Kaizô Beltrão e Ricardo Neupert, outubro, 1989, 72p.

TD-22-"Incentivos Financeiros e Fiscais na Pecuarização da Amazônia", Clando Yokomizo, outubro, 1989, 30p.

TD-23-"Projecões Populacionais: Usos, Abusos e Não-Usos", George Martine e Ricardo Lima, novembro, 1989, 26p.

TD-24-"Eqüidade nos Serviços de Saúde", Solon Magalhães Vianna, dezembro, 1989, 38p.

APP-1-"Análise de Desempenho do Setor Industrial, Janeiro-Junho de 1988", Coordenadoria de Indústria e Tecnologia, setembro, 1988, 41p.

APP-2-"Indicadores de Conjuntura - Setor Externo", Coordenadoria de Setor Externo, setembro, 1988, 67p.

APP-3-"Acompanhamento do Nível de Emprego e Renda", Coordenadoria de Emprego e Salário, setembro, 1988, 49p.

APP-4-"Educação e Cultura - 1987: Situação e Políticas Governamentais", Coordenadoria de Educação e Cultura, outubro, 1988, 320p.

APP-5-"As Políticas Federais de Desenvolvimento Urbano em 1987", Coordenadoria de Desenvolvimento Urbano, novembro, 1988, 62p.

APP-6-"Análise do Desempenho do Setor Industrial, Janeiro-Setembro de 1988", Coordenadoria de Indústria e Tecnologia, dezembro, 1988, 53p.

APP-7-"O Município na Constituição de 1988", Edgar Bastos de Souza, março, 1989, 100p.

APP-8-"Os Transportes Urbanos na Década de 90: Problemas e Perspectivas", Charles Leslie Wright e José Alex Sant'Anna, abril, 1989, 67p..

APP-9-"Análise das Propostas de Lei Agrícola: Anteprojeto do Ministério da Agricultura", Coordenadoria de Agricultura e Abastecimento, abril, 1989, 9p.

APP-10-"Conjuntura Macroeconômica: Alguns dos Principais Pontos de 1988", Coordenadoria de Planejamento Macroeconômico, abril, 1989, 42p.

APP-11-"A Conta Social Revisitada - 1980/1987", Coordenadoria de Saúde e Previdência Social, maio, 1989, 22p.

APP-12-"Déficit do Setor Público", Coordenadoria de Planejamento Macroeconômico, maio, 1989, 22p.

APP-13-"Regionalizacão das Transacões do Setor Público - 1985", Fundacão Getúlio Vargas/IBRE/Centro de Estudos Fiscais, junho, 1989, 164p.

APP-14-"As Propostas de Lei Agrícola Estaduais - Uma Análise Crítica", Coordenadoria de Agricultura e Abastecimento, junho, 1989, 22p.

APP-15-"Demanda y Oferta de Servicios Urbanos en las Ciudades Medianas del Brasil - Proyecto DU-2", Nações Unidas/CEPAL, junho, 1989, 94p.

APP-16-"Avaliação dos Planos e Políticas do Setor Siderúrgico Estatal", Coordenadoria de Indústria e Tecnologia, junho, 1989, 38p.

APP-17-"Mercado de Trabalho em 1988: Ligeira Recuperação dos Níveis de Emprego e de Rendimentos", Coordenadoria de Emprego e Salários, agosto, 1989, 50p.

APP-18-"Condicionantes da Política Energética Nacional", Coordenadoria de Minas e Energia, agosto, 1989, 16p.

APP-19-"As Políticas Federais de Desenvolvimento Urbano em 1988", Coordenadoria de Desenvolvimento Urbano, agosto, 1989, 142p.

APP-20-"Lei Agrícola - Concepção e Políticas Específicas", Coordenadoria de Agricultura e Abastecimento, outubro, 1989, 14p.

APP-21-"Mercado de Trabalho no Primeiro Semestre de 1989: Ligeira Ampliação no Nível de Emprego e Manutenção dos Rendimentos", Coordenadoria de Emprego e Salários, novembro, 1989, 34p.

APP-22-"Análise dos Dados do Censo Agropecuário de 1985: Coletânea", Coordenadoria de Agricultura e Abastecimento, novembro, 1989, 110p.