

**Política e Financiamento do
Sistema de Saúde Brasileiro:
Uma Perspectiva Internacional**

**Saúde para Poucos ou para
Muitos: O Dilema da Zona Rural
e das Pequenas Localidades**

IDEA

série estudos para o planejamento

26

**SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPEA)**

**Presidente do Conselho de Administração
ANTÔNIO DILFIM NETTO
Ministro-Chefe da Secretaria de Planejamento**

**Presidente do IPEA
JOÃO FLÁVIO PÉCORÁ
Substituto Geral da Secretaria de Planejamento**

**Superintendente do Instituto de Planejamento (IPLAN)
JOÃO AUGUSTO ARANTES SAVASINI**

**Superintendente do Instituto de Pesquisas (INPES)
MIRIAM GARTENKRAUT**

**Superintendente do Instituto de Programação e Orçamento (INOR)
EDMUNDO AUGUSTO BASTOS**

**Superintendente do Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico
(CTDE)
FACILTO DA SILVA SOARES**

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO
DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**



**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL
E DAS PEQUENAS LOCALIDADES**

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPEA)

Instituto de Planejamento (IPLAN)
Edifício BNDE, 11º andar, SBS — Brasília

Instituto de Pesquisas (INPES)
Av. Pres. Antônio Carlos, 51, 16º andar — Rio de Janeiro

Instituto de Programação e Orçamento (INOR)
Edifício BNDE, 10º andar, SBS — Brasília

Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico (CENDEC)
Campus da Fundação Universidade de Brasília

Serviço Editorial
Av. Pres. Antônio Carlos, 51, 13º andar — Rio de Janeiro



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO — IPLAN
CENTRO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS — CNRH
Série Estudos para o Planejamento nº 26

**POLÍTICA E
FINANCIAMENTO
DO SISTEMA
DE SAÚDE
BRASILEIRO:
UMA
PERSPECTIVA
INTERNACIONAL**

William Paul McGreevey

Lúcia Pontes de Miranda Baptista

Vitor Gomes Pinto

Sérgio Francisco Piola

Solon Magalhães Vianna



**SAÚDE
PARA POUCOS
OU PARA MUITOS:
O DILEMA
DA ZONA RURAL
E DAS PEQUENAS
LOCALIDADES**

Vitor Gomes Pinto

Brasília, 1984

Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva Internacional / William Paul McGreevey ... /et alii/ . Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades / Vitor Gomes Pinto. Brasília, IPEA/IPLAN, 1984.

214 p. (IPEA/IPLAN. Série estudos para o planejamento, 26).

1. Política de saúde — Brasil. 2. Saúde — Brasil — custo. 3. Saúde — Brasil — zona rural. I. McGreevey, William Paul. II. Pinto, Vitor Gomes. III. Instituto de Planejamento Econômico e Social, Instituto de Planejamento. IV. Título: Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades. V. Série.

**CDD 351.841
CDU 354.53(81)**

Este trabalho é da inteira e exclusiva responsabilidade de seus autores. As opiniões nele emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Secretaria de Planejamento.

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

APRESENTAÇÃO	5
I — INTRODUÇÃO	7
II — PADRÕES DOS GASTOS EM SAÚDE	13
III — DISPÊNDIOS PÚBLICOS (FEDERAIS) EM SAÚDE (1978/85)	27
3.1 — A Proposta de Reorientação do Orçamen- to Federal de Saúde	30
3.1.1 — Alimentação e Nutrição	33
3.1.2 — Serviços Básicos de Saúde	34
3.1.3 — Controle de Doenças Transmis- síveis	35
3.1.4 — Medicamentos	37
3.2 — O Subsistema Médico-Hospitalar	39
IV — A QUESTÃO DOS CUSTOS NO SISTEMA DE SAÚDE	43
4.1 — O Papel do Médico	43
4.2 — Aspectos Comportamentais	53
4.3 — A Tecnologia de Ponta	56

V — FONTES DE CUSTEIO PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	63
VI — POLITICA DE SAÚDE	67
6.1 — Modelos de Sistema de Saúde	67
6.2 — Responsabilidades Institucionais	69
6.3 — Mudanças no INAMPS	71
6.3.1 — O “Plano de Curitiba”	72
6.3.2 — O INAMPS e os Serviços Básicos de Saúde	75
6.3.3 — A Administração das Políticas de Saúde Previdenciária	77
VII — QUESTÕES REMANESCENTES	81
 ANEXOS:	
I — Evolução de US\$ 1.00 em Relação a Cr\$ 1,00	85
II — Proporção de Cesarianas em Relação ao Total de Partos Ocorridos em Hospital, segundo as Classes de Rendimento Mensal Familiar — 1981	86
III — População Brasileira: Taxa de Urbanização — 1950/80	86
IV — Evolução das Despesas das Entidades do SINPAS (Moeda Corrente) — 1971/81	87
V — Brasil: Assistência Hospitalar da Previdência Social, por Região — 1971/82	88
VI — Brasil: Recursos Despendidos em Controle de Doenças Transmissíveis — 1978/82	89
VII — Modalidades Assistenciais do INAMPS — Serviços Produzidos e Gasto em 1981	90
SIGLAS E ABREVIATURAS	91
BIBLIOGRAFIA	95

**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL E DAS
PEQUENAS LOCALIDADES**

APRESENTAÇÃO	103
RESUMO	105
I — INTRODUÇÃO	111
II — A POPULAÇÃO	113
2.1 — População-Alvo	113
2.2 — Atividade Econômica	116
2.3 — Quadro Epidemiológico	119
III — ASSISTÊNCIA MÉDICA RURAL DA PREVIDÊNCIA	125
3.1 — Disponibilidade Geral de Serviços de Saúde	125
3.2 — A Oferta de Serviços Previdenciária	127
3.3 — Concessão e Reajuste de Subsídios	130
3.4 — Análise do Desempenho	134
IV — O FINANCIAMENTO DO SISTEMA RURAL PRE- VIDENCIÁRIO	145
4.1 — Gastos e Estrutura de Custeio	145
4.2 — Análise das Fontes de Receita	150
4.2.1 — Imposto sobre a Produção Rural (IPR)	150
4.2.1.1 — Receita Real e Pos- sível do IPR	153
4.2.1.2 — A Evasão do IPR ..	155
4.2.1.3 — Propostas para o Aumento da Re- ceita	158
4.2.2 — Imposto sobre a Folha de Sa- lário de Contribuições (IFSC) ..	159
4.2.3 — Contribuição do Empregador (ER)	160

V — PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	165
5.1 — Capacidade Instalada	165
5.2 — Gastos e Estrutura de Custeio	169
5.3 — Análise do Desempenho e da Estrutura de Gastos e Custeio/PIASS/Rede Básica	173
5.3.1 — Fatores de Desequilíbrio	174
5.3.2 — Avaliação do Desempenho da Rede Básica	178
VI — POLÍTICA DE SAÚDE	181
6.1 — Desenho Geral do Sistema de Saúde na Zona Rural e em Localidades de Pequeno Porte	181
6.2 — Elenco de Medidas Operacionais	183
VII — CONCLUSÃO	197
BIBLIOGRAFIA	199

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

POLÍTICA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Gráficos

I.1 — Participação Relativa dos Setores Público e Privado nos Gastos em Saúde — 1975	10
II.1 — Brasil: Percentual dos Gastos Federais em Serviços “Curativos” e “Preventivos” — 1949/82	15
II.2 — Despesas das Entidades do SINPAS — 1981 ..	20
III.1 — Brasil: Participação Percentual dos Programas nas Despesas Efetuadas entre 1978 e 1982 e Estimadas para 1983 e 1985, em Saúde, na Área Federal	32
IV.1 — Brasil: Variação Anual dos Serviços Produzidos pelo INAMPS — 1971/82	50
IV.2 — Pacientes Renais por Milhão de Habitantes em 15 Países Desenvolvidos (1975) e no Brasil (1981) em Relação ao PNB Per Capita	57

Tabelas

1.1	— Tendências, em 11 Países, do Percentual do PNB Gasto com Saúde — 1950/81	8
1.2	— Gastos com Saúde Per Capita Total e Público, em Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento, Respectivamente — 1976	9
II.1	Brasil: Participação Percentual dos Serviços de Caráter Predominantemente Curativo (INAMPS) e Preventivo (MS e Outros) nos Gastos Públicos Federais com Saúde — 1949/82	14
II.2	— Brasil: Dispêndios do Tesouro — Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, com Destaque para o Ministério da Saúde — 1978/82	16
II.3	— Brasil: Recursos Despendidos em Controle de Doenças Transmissíveis — 1978/82	17
II.4	— Brasil: Despesas Totais (Correntes e de Capital) das 10 Maiores Empresas Estatais — 1981	21
II.5	— Brasil: Evolução do PIB e da Receita do SINPAS e Percentual da Receita do SINPAS em Relação ao PIB — 1970/82	22
II.6	— Brasil: Participação dos Gastos do INAMPS nas Despesas Totais do SINPAS — 1970/82	23
II.7	— Brasil: Receitas do SINPAS e Despesas do INAMPS, por Regiões — 1981	23
II.8	— Brasil: Gastos do INAMPS (Assistência Médico-Hospitalar) Total e Per Capita , por Regiões — 1981	24
II.9	— Brasil: População, Área Geográfica e PIB, por Regiões — 1980	24
II.10	— Brasil: Recursos Repassados pelo MS para as Diferentes Regiões do País, segundo os Prin-	

cipais Campos de Atuação do Ministério — 1982	25
III.1 — Brasil: Gastos Público Federal Total e com a Função Saúde (Total e Per Capita), Realizados entre 1978 e 1982 e Previstos entre 1983 e 1985	28
III.2 — Brasil: Consolidação de Recursos Despendidos em Saúde, 1978/82, e Estimados para 1983/85 para os Principais Programas Setoriais e De- mais Áreas	29
III.3 — Brasil: Participação Percentual dos Programas nas Despesas Efetuadas entre 1978 e 1982 e Estimadas para 1983 e 1985, em Saúde, na Área Federal	31
III.4 — Brasil: Estabelecimentos de Saúde e Leitos se- gundo sua Classificação por Região	36
III.5 — Brasil: Ação de Controle da Poliomielite — Re- sultados das Campanhas, a Nível Nacional — 1980/82	38
III.6 — Brasil: Despesas do INAMPS por Programas — 1981	40
III.7 — Brasil: Evolução do Valor da Unidade de Servi- ço (US), do INPC e da ORTN — 1980/82 ..	42
IV.1 — Brasil: Consultas Médicas e Internações Hospi- tulares Efetuadas pelo INAMPS — 1970/82 ..	48
IV.2 — Brasil: Exames Laboratoriais e Radiológicos e Outros Serviços Complementares Efetuados pelo INAMPS — 1970/81	49
IV.3 — Brasil: Médicos Graduados Anualmente — 1941/82	52
V.1 — Brasil: Estimativas de Recursos do Tesouro e do SINPAS para o Setor Saúde — 1983/85 ..	65
V.2 — Brasil: Recursos Oriundos do FINSOCIAL por Área — 1982/83	66

**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL E DAS
PEQUENAS LOCALIDADES**

Tabelas

II.1 — População Recenseada com Domicílio na Zona Rural, nas Cidades de até 20 mil Habitantes e nas Vilas, por Região — Brasil, 1980	114
II.2 — População Recenseada em Cidades e Vilas e na Zona Rural e seu Crescimento Relativo — Brasil, 1970 e 1980	115
II.3 — População Economicamente Ativa em Atividades Agropecuárias, de Extração Vegetal e Pesca, por Rendimento Médio Mensal — Brasil, 1980	117
II.4 — PEA em Atividades Agropecuárias, de Extração Vegetal e Pesca, por sua Ocupação Principal — Brasil, 1980	117
II.5 — Mortalidade Proporcional de Menores de Um Ano e do Grupo de 65 a 79 Anos, segundo o Número de Municípios com Óbitos Informados, por Regiões, no Brasil, em 1979	121
II.6 — Mortalidade Proporcional segundo Grupos de Causas, nas Capitais — Todas as Idades — Brasil, 1979	121
II.7 — Domicílios com Serviços de Saneamento Básico, em 1970 e 1980, no Brasil	123
III.1 — Rede de Unidades de Saúde Existente e Conveniada com o INAMPS para Atendimento da População Rural e de Localidades de Menor Porte — Brasil, 1980/81	126

III.2	— Serviços Prestados à População Rural, segundo o Tipo de Entidade Conveniente, e Total de Serviços Prestados na Zona Urbana pelo INAMPS — Brasil, 1981	129
III.3	— Limites Mensais de Despesas do INAMPS com Convênios para Assistência Rural, Fixados em 1.º de junho de 1981	132
III.4	— Valor Per Capita em Assistência Ambulatorial e Hospitalar Prestada pelo INAMPS segundo a Região — Brasil, 1978 a 1980	134
IV.1	Receita Total e de Contribuições Rurais por Fonte e Gastos com Saúde e Benefícios Previdenciários — MPAS — Brasil, 1972 a 1981 ...	147
IV.2	— Receita Total e de Contribuições Rurais por Fonte e Gastos com Saúde e Benefícios Previdenciários, a Preços Constantes de 1980 — MPAS — Brasil, 1976 a 1981	148
IV.3	— Receita Previdenciária Total e Rural segundo a Fonte, por Regiões e Unidades Federativas em Percentuais — Brasil, 1981	149
IV.4	— Receita Real e Teoricamente Possível do Imposto Previdenciário sobre a Produção Rural (IPR), em Relação à Renda Interna na Agricultura — Brasil, 1972 a 1980	154
IV.5	— Colheita de Alguns Produtos Primários segundo o Destino da Produção e Valor Total da Produção — Brasil, 1975	157
V.1	— Centros de Saúde, Postos de Saúde, Unidades Mistas e Sistemas de Abastecimento de Água Construídos com Recursos do PIASS em 1978 e 1979 e Rede Incorporada ao Programa de Serviços Básicos em 1980 e 1981, por Regiões, no Brasil	167

V.2	— Gastos de Investimento e de Custeio com o Programa de Serviços Básicos de Saúde, segundo a Fonte de Recursos, Efetuados até 1981 e o Orçado para 1982 — Brasil	171
V.3	— Investimentos em Saneamento Básico Efetuados até 1981 e Previstos para 1982 — PIASS e Programa de Serviços Básicos de Saúde, segundo a Fonte — Brasil	171
V.4	— Gastos Federais com o Programa de Serviços Básicos de Saúde, por Regiões, Efetuados de 1976 a 1981 e o Orçado para 1982 — Brasil ..	172
V.5	— Custeio de Unidades Básicas de Saúde pelo INAMPS em 1982, segundo o Tipo e Custo Unitário da Unidade	172
VI.1	— Recursos Novos para o Programa de Atenção à Saúde na Zona Rural e em Pequenas Localidades, em Investimento e Custeio, segundo o Tipo de Atividade — Brasil, 1983/86	190

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO
DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

**"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há homens que lutam um ano e são melhores.
Há homens que lutam muitos anos e são muito
bons.
Porém, há homens que lutam a vida inteira, e
estes são os imprescindíveis."**

BERTOLD BRECHT

Carlos Gentile de Mello, a cuja memória é dedicado este documento, estava entre os imprescindíveis.

APRESENTAÇÃO

Há um número significativo de pessoas estudando saúde e doença nos seus mais diferentes aspectos. Tentativas sob a ótica médica, social e epidemiológica tornam-se cada vez mais freqüentes e aprimoradas. É indisputável a sua importância. Sem esses estudos estaríamos tropeçando no escuro ao tentar pensar (ou repensar?) uma política de saúde.

Todavia, existe um outro lado da questão. Economistas em monocórdio cantochão insistem que "tudo tem seu custo". No fundo, fazer alguma coisa custa o que deixamos de fazer com o mesmo volume de recursos; é o bem conhecido conceito de "custo-oportunidade".

Por dever de ofício, contabilizam-se gastos com saúde algumas vezes com minudências dispensáveis, outras vezes com despreço a aspectos fundamentais. Tudo isso segundo padrões sempre fiéis às exigências formais, mas que, usualmente, pouco esclarecem sobre o que de fato acontece com os recursos ou qual o seu impacto.

São lamentavelmente escassos os esforços de juntar o real ao contábil. Esse casamento é que permite visualizar os dois lados da questão. Sem fazer esse enlace não se pode falar em decisões minimamente inteligentes ou julgar se as políticas de saúde são mais ou menos adequadas.

O presente trabalho é uma dessas tentativas de confrontar, criticamente, esforço com resultado ou de procurar pesar custos com seus efeitos. A partir da coleta e análise de dados feitas em boa parte pelo CNRH, William McGreevey, do Banco Mundial, produziu a primeira redação que embasou esta versão final. Trata-se de análise bastante bem fundamentada e abrangente do que vem acontecendo na área de saúde no Brasil em comparação com outros países, discutindo sobretudo como, em nosso País, os dispêndios vêm sendo realizados.

Este tipo de trabalho corresponde muito de perto à vocação do CNRH, e daí minha grande satisfação em apresentá-lo. Mais ainda, representa o resultado de um esforço de colaboração muito interessante e promissor entre técnicos do CNRH e do Banco Mundial.

CLÁUDIO DE MOURA CASTRO

julho de 1983

CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO

O sistema de atenção à saúde do Brasil cada vez mais se assemelha aos sistemas vigentes em países desenvolvidos, especialmente no que se refere aos altos índices de utilização de tecnologia avançada e de prestação de serviços especializados. Procedimentos terapêuticos bastante sofisticados, como a cirurgia cardíaca e a diálise renal, ou de diagnóstico, como a tomografia computadorizada, são praticados com regularidade em muitos centros médicos de grandes cidades. Apesar de ser um país ainda em desenvolvimento, o Brasil é o sétimo maior importador mundial de equipamentos médicos, além de possuir, internamente, uma significativa capacidade de produção de grande parte do instrumental utilizado no setor [3].

A presença do Estado no sistema, principalmente através da Previdência Social, tem aumentado de forma considerável, sobretudo nas duas últimas décadas. Estima-se que o INAMPS, autarquia do SINPAS responsável pela assistência médica previdenciária, custeie mais de 80% de todas as internações hospitalares que ocorrem no Brasil. Esses dois aspectos — sofisticação tecnológica e crescente participação estatal —, somados a outros que serão analisados mais adiante, parecem estar contribuindo para um aumento nos gastos com saúde, o qual, na última década, ocorreu em ritmo superior ao dos países industrializados.

A participação dos gastos setoriais nos dispêndios nacionais tem aumentado substancialmente desde a década de 50. Os recursos destinados à saúde em 1981 foram da ordem de US\$ 4,5 bilhões, cerca de 4% do PNB brasileiro, não muito atrás da Inglaterra (1979), com 5,2%, embora ainda bem abaixo dos Estados Unidos (1981), com 9,8% do PNB. Há apenas alguns anos esses gastos eram bem menores: ao redor de 1950 estavam em torno de 1% do PNB e em 1975 atingiam 2,5% (gasto público) (Tabela 1.1). Na última década, a despesa do Governo federal com saúde triplicou, alcançando US\$ 4,2 bilhões em 1980. Mesmo assim o Brasil ainda se encontra em um padrão de dispêndios *per capita* pequeno, quando comparado com países como Venezuela, Portugal e Jamaica (Tabela 1.2).

TABELA 1.1

**TENDÊNCIAS, EM 11 PAÍSES, DO PERCENTUAL DO PNB
GASTO COM SAÚDE — 1950/81**

Países	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1977	1978	1979	1981
Alemanha Ocidental	...	...	...	...	6,4	9,4	9,2	9,2	...	...
Austrália ^a	...	...	(5,0)	(5,2)	5,5	7,0	(7,9)	8,0	...	...
Brasil	(1,0)	...	...	...	...	(2,5)	...	...	...	(4,0)
Canadá	4,0	4,3	5,6	6,1	7,1	7,1	7,1	...	...	...
Estados Unidos	4,5	4,4	5,3	6,2	7,4	8,6	8,9	8,9	9,0	9,8
França	(3,4)	(4,5)	(4,7)	(5,3)	6,4	7,9	7,9	8,2	8,4	...
Itália	...	...	...	(5,0)	(6,1) ^b	7,1	6,4	...	...	...
Países Baixos	...	(4,0)	(4,5)	(5,3)	6,3	8,1	8,2	...	...	...
Reino Unido	3,9	3,4	3,8	3,9	4,3	5,5	5,2	5,2	5,2	...
Suécia	3,4	4,1	4,7	5,6	7,4	8,5	9,8	...	...	...
Suíça	...	...	...	(3,8)	...	6,9	6,9	...	...	...

Fontes: [40] e [28].

Nota: Os dados entre parênteses são aproximados, não derivados de fontes primárias.
Anos fiscais até 30 de junho.
1971.

A Tabela 1.1 compara os gastos em saúde de 10 países desenvolvidos e do Brasil em anos selecionados no período 1950/81. A despesa com saúde necessitou de 30 anos para dobrar seu volume nos Estados Unidos, mas o fez em períodos bem mais curtos na Suécia e nos Países Baixos. Os gastos cresceram de forma bem menos acelerada no Reino Unido, Canadá, Austrália e Itália. A Tabela 1.2 mostra os gastos totais *per capita* para 10 países desenvolvidos e os gastos públicos para oito países em desenvolvimento em 1976. O Gráfico 1.1 ilustra as participações percentuais do gasto público e privado, dentro do gasto total em saúde, para 11 países, inclusive o Brasil. Em 1982 somente os gastos públicos federais brasileiros em saúde atingiram cerca de US\$ 55 *per capita*, e as estimativas incluindo gastos privados e de todo o setor público indicam um gasto *per capita* da ordem de US\$ 77 [50].

TABELA 1.2

GASTOS COM SAÚDE PER CAPITA TOTAL E PÚBLICO, EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM DESENVOLVIMENTO, RESPECTIVAMENTE — 1976

Per Capita em Saúde (US \$1.0)

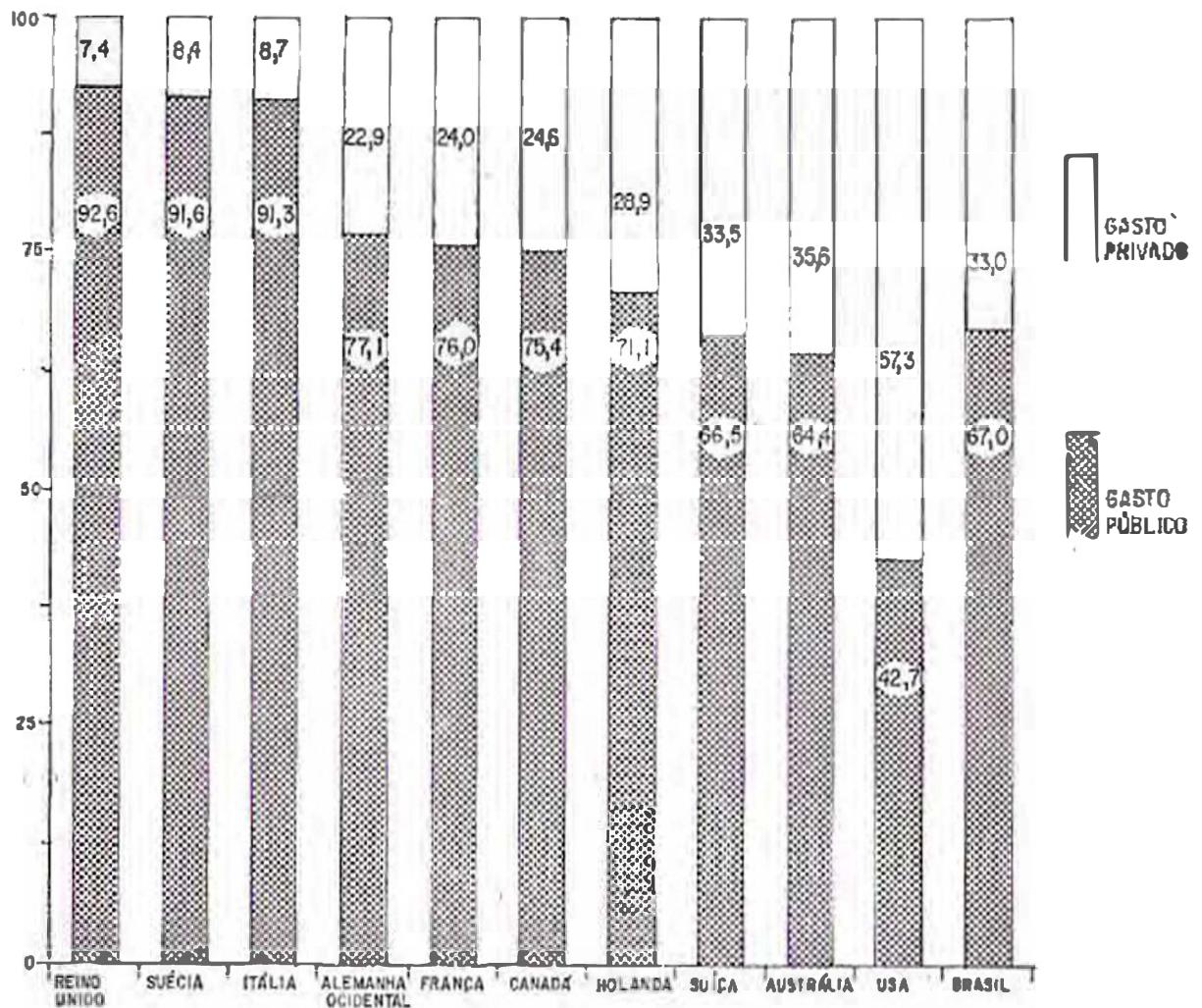
Países Desenvolvidos	Gasto Total	Países em Desenvolvimento	Gasto Público
Suécia	928	Venezuela	112
Alemanha Ocidental	774	Jamaica	91
Estados Unidos	769	Portugal	79
Suíça	688	Brasil ^a	55
Países Baixos	632	Chile	27
Canadá	609	Costa Rica	25
França	589	Peru	23
Austrália	546	Colômbia	13
Reino Unido	231		
Itália	221		

Fontes: [40] e [28].

^a 1980.

Gráfico I.1

PARTICIPAÇÃO RELATIVA DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NOS GASTOS EM SAÚDE — 1975



Assim, embora os gastos em saúde tenham crescido em todos os países referidos, esse crescimento apresentou grande variação de país para país, o que demonstra a existência de diferentes estratégias para a expansão do setor de saúde. O Brasil, hoje com volume de gastos com saúde não muito diferente do experimentado pelos países desenvolvidos no início dos anos 50, está diante de duas alternativas: insistir no paradigma americano ou optar, a exemplo da Inglaterra, por um modelo de custo mais baixo e cobertura universal, para o desenvolvimento de seu sistema de saúde. A opção está — em última análise — entre gastos excessivos em práticas

curativas baseadas em estruturas hospitalares, de um lado, ou em ações básicas de caráter mais preventivo, de custo menor, de outro. A escolha poderia significar um gasto de mais de 10% do PNB em saúde, no primeiro caso, ou de menos de 5%, no segundo, para atingir objetivos similares no médio e longo prazo, uma vez que percentuais maiores do PNB destinados à saúde não se traduzem, necessariamente, em melhores condições de higiene.

A alternativa adotada deverá influenciar a forma pela qual o Brasil alocará seus ainda escassos recursos na área social nos próximos anos, afetando portanto a disponibilidade para atendimento a outras necessidades básicas e indicando, enfim, o quão eficientemente poderá o Governo brasileiro lidar com as disparidades entre ricos e pobres quanto ao acesso a boas condições de saúde, nutrição e saneamento.

CAPÍTULO II — PADRÕES DOS GASTOS EM SAÚDE

Quando, ao redor de 1950, o Governo brasileiro gastava menos de 1% do PNB com a função saúde, a maior parte desses dispêndios atendia a execução de ações preventivas, de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o subsistema médico-hospitalar a cargo da Previdência Social, financiado através de taxas incidentes sobre as folhas de salário, tem crescido enormemente em relação aos serviços tradicionais de saúde pública.

Entre 1949 e 1982, o subsistema de saúde pública, custeado por impostos gerais, teve um papel progressivamente menor em relação ao subsistema "curativo" previdenciário. A participação do primeiro em relação aos gastos públicos em saúde caiu de 87,1% em 1949 para aproximadamente 30% em 1975 e 15% em 1982. Tem havido uma clara tendência no sentido da marginalização das atividades a cargo do Ministério da Saúde, cujo orçamento diminuiu, em termos reais, no período 1965/75 em decorrência da baixa prioridade atribuída aos programas de saúde pública [37]. A Tabela II.1 e o Gráfico II.1 mostram a evolução dos gastos para anos selecionados entre 1949 e 1982 com serviços "curativos" e "preventivos".

Deve-se, no entanto, analisar esses dados com precaução, pois o MS é também responsável por serviços médicos, pres-

tados por seus grandes hospitais especializados (oncologia e saúde mental no Rio de Janeiro, por exemplo) e mesmo por outros (FSESP) de pequeno porte no interior das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, o MPAS/INAMPS apóia financeiramente ações de atenção primária desenvolvidas através do PIASS, embora somente pouco mais de 1% dos recursos da assistência médica previdenciária, em 1981, tenha sido destinado a ações básicas de saúde. Além disso, serviços de saúde materno-infantil e de controle de doenças (prevenção do câncer feminino, para só citar um exemplo) são prestados direta e indiretamente pelo INAMPS. Desta forma, apenas um estudo mais acurado identificaria aqueles serviços de baixo custo por pessoa beneficiada, mas com altos retornos individuais e coletivos, em oposição a serviços de natureza secundária ou terciária que, além de seu elevado custo, pro-

TABELA II.1

BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS SERVIÇOS DE CARÁTER PREDOMINANTEMENTE CURATIVO (INAMPS) E PREVENTIVO (MS E OUTROS) NOS GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS COM SAÚDE — 1949/82 (Em %)

Anos	Assistência Médico-Hospitalar (Serviços "Curativos")	Atenção Primária (Serviços "Preventivos")
1949	12,9	87,1
1965	35,8	64,1
1969	59,2	40,8
1975	70,2	29,7
1978	81,3	18,7
1979	81,9	18,1
1980	84,5	15,5
1981	82,2	17,8
1982	84,6	15,4

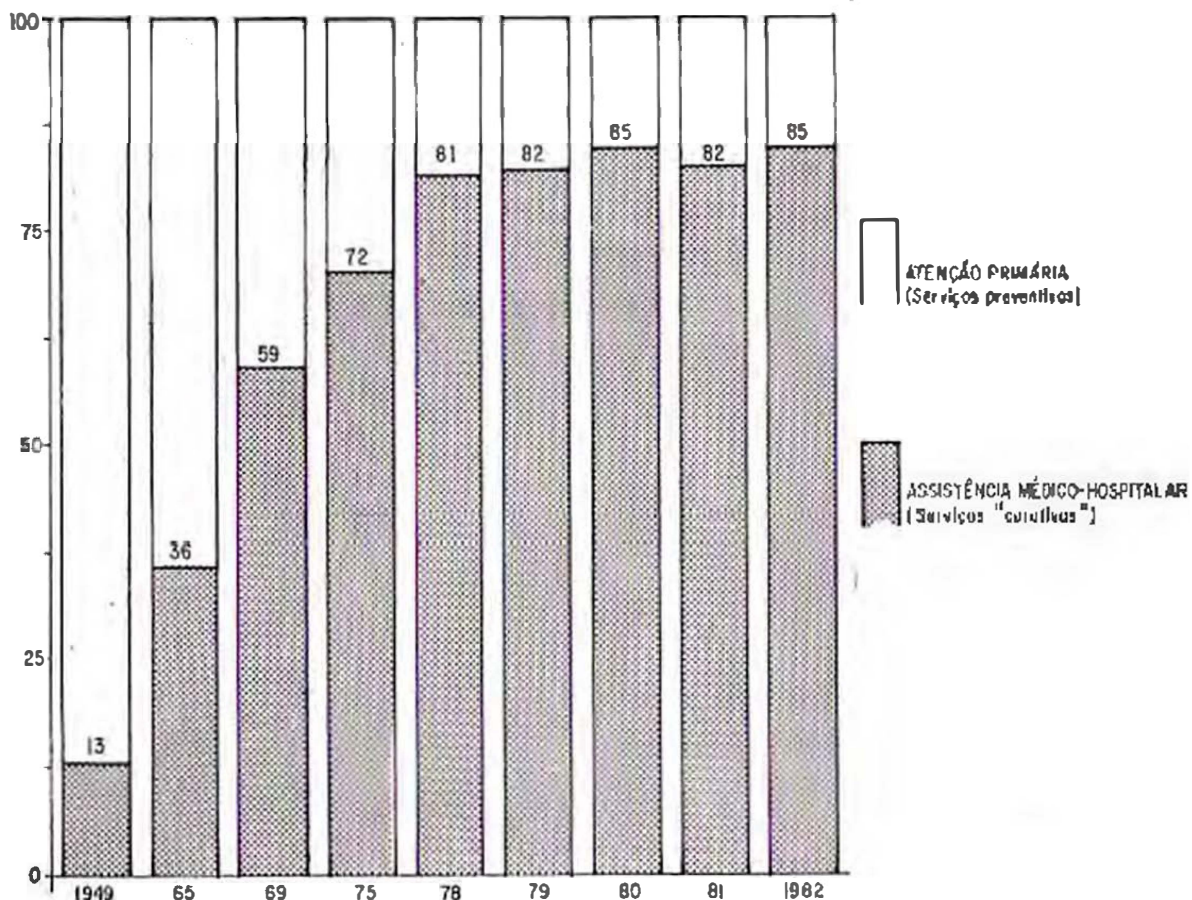
Fontes: [37], para os anos até 1975.

Notas: 1) Os recursos do MPAS/INAMPS foram computados como "curativos"; os demais (MS e Outros) como "preventivos".

2) A partir de 1978: apenas Gastos Públicos Federais.

Gráfico II.1

BRASIL: PERCENTUAL DOS GASTOS FEDERAIS EM SERVIÇOS "CURATIVOS" E "PREVENTIVOS" — 1949/82



porcionam reduzidas taxas de retorno individual e social. Os dados brasileiros, contudo, não estão disponíveis de forma que se possa efetuar com maior precisão essa análise.

Em anos recentes, tem havido uma diminuição ainda maior da participação do MS dentro do total dos gastos federais. A parcela dos gastos federais que lhe correspondeu diminuiu de 1,8% em 1978 para 1,6% em 1982 (Tabela II.2). O controle de endemias, um dos principais programas do Ministério da Saúde — executado pela SUCAM e que tem absorvido de 1/4 a 1/3 do orçamento do Ministério —, teve dois de seus maiores programas cortados substancialmente entre 1978 e 1981. Os gastos com o programa de malária declinaram em termos reais em 35% naquele período; outro programa, o de controle da esquistossomose, diminuiu em 80%. Os recursos aplicados em

TABELA II.2

BRASIL: DISPÊNDIOS DO TESOUREO — PODERES LEGISLATIVO, JUDICIÁRIO E EXECUTIVO, COM DESTAQUE PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE — 1978/82

(Em Cr\$ milhões correntes)

Especificação	1978		1979		1980		1981		1982	
	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%
Poder Legislativo	3.034	0,8	4.986	1,0	8.877	0,7	18.240	0,8	40.389	0,9
Poder Judiciário	3.468	1,0	5.412	1,0	9.600	0,8	20.990	0,9	52.326	1,1
Poder Executivo	349.499	98,2	510.738	98,0	1.172.517	98,5	2.215.666	98,3	4.527.057	98,0
Ministério da Saúde	6.459	1,8	9.476	1,8	16.390	1,4	31.319	1,4	71.927	1,6
Presidência da República e Demais Ministérios	131.535	37,0	198.843	38,2	419.124	35,2	998.058	44,3	2.250.776	48,7
Fundos, Encargos, Transferências	211.505	59,4	302.419	58,0	737.003	61,9	1.186.289	52,6	2.204.354	47,7
Total das Despesas	365.001	100,0	521.136	100,0	1.190.994	100,0	2.254.896	100,0	4.619.772	100,0

Fonte: Balanços Gerais da União, 1978-1982.

Nota: Não inclui recursos do INAMPS.

1981 para o combate às moléstias transmissíveis foram inferiores em 43% ao gasto real de 1978 (Tabela II.3).¹ Sem dúvida, a fase recessiva da economia brasileira nos últimos anos, acarretando a necessidade de conter os gastos públicos, vem sendo responsável por parte significativa das reduções orçamentárias na área governamental. Todavia, o peso desses cortes caiu com mais intensidade sobre o orçamento do MS do que sobre o orçamento federal como um todo.

Enquanto os gastos em saúde pública declinaram, o sistema médico-hospitalar cresceu em termos reais, ao longo das últimas décadas, qualificando-se certamente como um dos setores de maior crescimento relativo no País. O sistema médico-hospitalar a cargo do INAMPS tem a maior parte de seus fundos proporcionada por taxas sobre a folha de salário, taxas estas que se destinam, primordialmente, a pagar aposentadorias, pensões, auxílio-doença e outros benefícios pecuniários.

Aproximadamente 2/3 dos recursos destinam-se ao custeio dessas prestações em dinheiro, enquanto cerca de 1/4 é destinado a cuidados médico-hospitalares; o restante atende outras despesas (Gráfico II.2). O sistema de seguro social destinado aos trabalhadores e suas famílias tem sido gradualmente estendido; hoje, talvez, mais de 90% de todos os brasileiros estejam de algum modo cobertos pelo SINPAS.²

Criado em 1977 (Lei n.º 6.439), o SINPAS é responsável pelos diferentes programas de proteção social a cargo do MPAS, englobando os seguintes órgãos:

- INPS (benefícios em dinheiro);

¹ Esses programas tiveram em 1982 um aumento de recursos em relação ao ano precedente.

² Por causa da magnitude e importância, mas, sobretudo, devido à sua crise recente, o sistema previdenciário no Brasil tem sido objeto de muitos estudos, incluindo Barnum (1981), Cohn (1981), Chadad e Macedo (1981), José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula (1981), Braga e Pedro Luiz Barros Silva (1982), Malloy (1979), Possas (1981), Fernando Resende e Dennis Mahar (1974), Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira (1981), Solon M. Vianna e Vitor G. Pinto (1981), Peter Thullen (1981), Maria Emilia de Azevedo (1981 e 1982).

TABELA II.3

BRASIL: RECURSOS DESPENDIDOS EM CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS — 1978/82

(Em Cr\$ 1.000,00 de 1980)

Titulos	Órgãos	1978	1979	1980	1981	1982
Controle de Doenças Transmissíveis		6.440.341	7.273.652	4.364.086	3.636.927	5.241.909
Controle das Doenças Evitáveis por Imunizantes	MS/SNABS	—	—	19.440	12.840	32.832
Ações de Vigilância e Estudos Epidemiológicos	MS/SNABS	27.778	21.443 ^a	9.510	15.817	4.409
Controle da Esquistossomose	MS/SUCAM	2.062.400	1.444.437	667.826	404.972	417.893
Controle da Doença de Chagas	MS/SUCAM	649.536	558.375	653.812	944.521	1.378.085
Controle da Febre Amarela	MS/SUCAM	260.535	242.410	411.418	— ^b	79.407
Controle da Malária	MS/SUCAM	2.379.043	2.535.711	1.952.158	1.544.649	2.345.056
Controle de Outras Endemias	MS/SUCAM	898.448	1.286.077	518.554	594.692 ^c	866.767 ^c
Controle das Doenças Evitáveis por Imunizantes	MS/FSESP	54.136	88.749	69.243	58.834	63.738
Controle de Doenças Transmissíveis	MS/FSESP	93.107	63.314	57.075	40.956	29.196
Operação do Sistema de Vigilância Epidemiológica	MS/FSESP	15.358	33.136	5.050	19.646	24.526

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981.

SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983.

FGV — Deflatores IGP/DI, médias anuais, 1977-1982.

^a Em 1978 e 1979 o título era "Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica".^b Em 1981 "Controle da Febre Amarela" estava englobado em "Controle de Outras Endemias".^c Inclusive Recursos Extra-Orçamentários alocados à SUCAM para diversas Endemias.

- INAMPS (assistência médica);
- DATAPREV (processamento de dados);
- IAPAS (administração financeira);
- CEME (assistência farmacêutica);
- LBA (assistência social); e
- FUNABEM (assistência ao menor).

Esse complexo despendeu cerca de US\$ 16,3 bilhões em 1981, gasto esse só excedido pelo orçamento da União e pela PETROBRÁS (Tabela II.4). O sistema de seguro social vem crescendo com rapidez desde os anos 60. Em 1970, por exemplo, seus recursos constituíam aproximadamente 4,3% do PIB, percentual que subiu para 5,5% em 1978 e 6% em 1982 (Tabela II.5).

Hoje a situação do SINPAS não mais ostenta a euforia da década de 70, quando o sistema cresceu em ritmo superior ao da economia como um todo (Tabela II.5). Isto se deve não apenas à conjuntura econômica desfavorável (na qual as taxas atuais de desemprego são um indicador bastante explícito) que vem afetando a expansão da receita previdenciária, como à própria tendência dos gastos do sistema em crescer exponencialmente. Uma das causas apontadas para esse desequilíbrio seria o elenco de benefícios, em certa medida irrealisticamente generoso na opinião de alguns analistas, ao incluir a possibilidade de aposentadorias precoces [46].

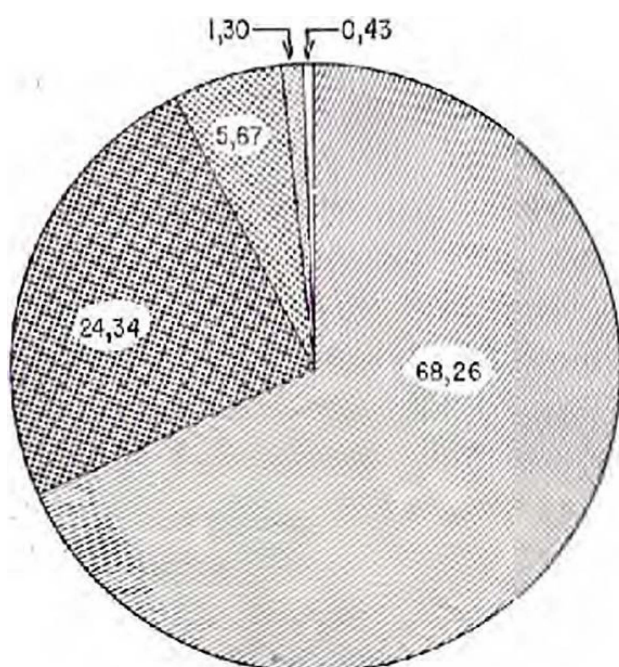
O INAMPS, o componente médico do sistema previdenciário, foi responsável em 1982 por 23% do total de gastos do SINPAS (31,6% em 1976). Com um dispêndio da ordem de Cr\$ 186,7 bilhões em 1980, essa autarquia pode ser classificada, em relação ao porte, como a 5.^a paraestatal, excluídos os bancos governamentais e o próprio SINPAS (Tabelas II.4 e II.6).

Cerca de 42% das receitas do SINPAS — segundo dados de 1981 — foram geradas em São Paulo, mas apenas 24% dos recursos do INAMPS foram gastos naquele Estado. O SINPAS obteve somente 9% de sua receita no Nordeste; o INAMPS, todavia, despendeu 17% do seu orçamento naquela região. Essa política redistributiva por parte da assistência

médica previdenciária ocorreu também nas regiões Norte e Centro-Oeste (Tabela II.7). Entretanto, persistem grandes discrepâncias nos dispêndios com saúde: o INAMPS tem um gasto *per capita* no Sudeste duas vezes superior ao do Nordeste, onde as condições de saúde são sensivelmente piores (Tabela II.8). Na verdade, a distribuição desigual dos serviços de saúde constitui um dos principais problemas do setor, ao qual se somam a excessiva centralização das decisões na área federal e uma participação mal disciplinada do setor privado, tudo isso causando custos excessivos e sem proporcionar, como seria desejável, cuidados de saúde realmente universalizados.

Nesse contexto, o SINPAS/INAMPS e o MS operam de maneira autônoma: o primeiro custeando serviços de assistência médica desenvolvidos principalmente através do setor privado e com uma atuação mais marcante nas regiões Sudeste

Gráfico II. 2
DESPESAS DAS ENTIDADES DO SINPAS
(MOEDA CORRENTE) - 1981



ENTIDADE	VALOR (Cr\$ Milhões)	%
INP S	1.015.381	68,26
INAMPS	352.112	24,34
IAPAS	84.334	5,67
LBA	19.200	1,30
FUNAREM	6.487	0,43
TOTAL	1.487.584	100,00

Fonte: MMS/IAPAS.

e Sul; e o MS, por sua vez, concentrando-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste³ em programas de saúde pública, que incluem desde as ações da SUCAM de combate a doenças endêmicas, como Chagas, Malária, Febre Amarela e Esquistossomose, até serviços de atenção médico-sanitária executados pela FSESP; além disso, o MS apóia técnica e financeiramente as Secretarias Estaduais de Saúde. A função redistributiva dos

TABELA II.4

**BRASIL: DESPESAS TOTAIS (CORRENTES E DE CAPITAL)
DAS 10 MAIORES EMPRESAS ESTATAIS — 1981**

Empresas Estatais	Despesas	
	Em Cr\$ Bilhões	Em US\$ Bilhões
<i>Total</i>	7.584,9	79.2
Gr. Petrobrás	1.927,0	20.1
Gr. SINPAS	1.557,1	16.3
Gr. Siderbrás	629,9	6.6
Gr. Eletrobrás	624,5	6.5
Gr. Telebrás	421,3	4.4
Gr. CVRD	254,1	2.7
Gr. RFFSA	224,5	2.3
SFEE	224,2	2.3
IAA	169,5	1.8
DNER	126,6	1.3
Todas as demais	1.427,0	14.9

Fontes: SEPLAN/SEST. *Relatório das Atividades da SEST em 1981*. Brasília, 1982; e *Boletim do Banco Central*, 1982.

³ Essas regiões em conjunto representam cerca de 82% da área geográfica e 40% da população brasileira, mas apenas 17% do PIB. As regiões Sudeste (quatro Estados) e Sul (três Estados) correspondem a 18% da área do País e a 60% de seus recursos humanos. Sua participação no PIB, entretanto, é de 83% (Tabela II.9).

TABELA II.5

**BRASIL: EVOLUÇÃO DO PIB E DA RECEITA DO SINPAS E
PERCENTUAL DA RECEITA DO SINPAS EM RELAÇÃO AO PIB
— 1970/82**

Anos	PIB		Receita do SINPAS		%
	Cr\$ Bilhões Correntes	US\$ Bilhões	Cr\$ Bilhões Correntes	US\$ Bilhões	
1970	210,1	45,8	9,1	2,0	4,3
1971	279,5	52,9	12,2	2,3	4,4
1972	368,4	62,1	17,9	3,0	4,9
1973	508,7	83,0	25,6	4,2	5,0
1974	740,5	109,1	36,9	5,4	5,0
1975	1.052,1	129,5	55,7	6,9	5,3
1976	1.680,2	157,4	89,5	8,4	5,3
1977	2.523,1	178,4	138,9	9,8	5,5
1978	3.729,8	206,3	206,7	11,4	5,5
1979	6.239,4	232,7	335,9	12,5	5,4
1980	13.104,3	244,0	636,0	11,8	4,9
1981	26.879,2	260,9	1.368,7	14,3	5,1
1982	53.257,2	297,3	3.183,3	17,8	6,0

Fontes: *Conjuntura Econômica*, FGV, 1970-1982, vários números; IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria.

Nota: Estimativa considerando uma taxa real de crescimento de 1,4% e variação do IGF em 95,4 para o PIB de 1982.

recursos do MS está registrada na Tabela II.10. Do total de recursos repassados aos Estados para o fortalecimento dos grandes campos de atuação do MS, cerca de 72% foram para as regiões Norte (10,4%), Nordeste (54,5%) e Centro-Oeste (7,1%). Na área de alimentação e saneamento,⁴ esse percen-

⁴ Esses recursos não incluem os destinados pelo PLANASA ao abastecimento de água e rede de esgoto, recursos esses que estão no âmbito de outro Ministério (MINTER) e representarão, em 1983, 99% do total (Cr\$ 278,9 bilhões) a ser aplicado no setor pelo Governo federal.

TABELA II.6

**BRASIL: PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS DO INAMPS NAS
DESPESAS TOTAIS DO SINPAS — 1970/82**

(Em Cr\$ milhões correntes)

Anos	Despesas Totais		%
	SINPAS	INAMPS	
1970	9.183	2.661	29,0
1971	11.700	3.265	27,9
1972	16.822	4.435	26,4
1973	23.215	6.230	26,8
1974	33.731	8.943	26,5
1975	52.649	15.377	29,2
1976	90.723	28.657	31,6
1977	137.810	42.115	30,6
1978	212.762	63.422	29,8
1979	332.572	91.791	27,6
1980	682.814	186.773	27,4
1981	1.487.584	362.112	24,3
1982	3.102.982	712.410	23,0

Fontes: MPAS. Grupo de Custeio. Despesas do SINPAS e INAMPS até 1977; e MPAS Balanços do SINPAS e INAMPS, 1978-1982.

TABELA II.7

**BRASIL: RECEITAS DO SINPAS E DESPESAS DO INAMPS,
POR REGIÕES — 1981**

(Em Cr\$ milhões correntes)

Regiões	Receitas do SINPAS		Despesas do INAMPS	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
Brasil	1.368.675	100,0	362.112	100,0
Norte	25.478	1,9	8.701	2,4
Nordeste	123.762	9,0	62.313	17,2
Sudeste	856.951	62,6	190.497	52,6
Sul	194.245	14,2	68.279	18,9
Centro-Oeste	56.332	4,1	21.812	6,0
Direção-Geral	111.907	8,2	10.510	2,9

Fontes: Boletim do Banco Central, 1982; IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria, 1982.

TABELA II.8

BRASIL: GASTOS DO INAMPS (ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR) TOTAL E PER CAPITA, POR REGIÕES — 1981

Especificação	Gastos do INAMPS		
	Total Cr\$ Milhões Correntes	Per Capita	
		Cr\$ 1,00	US\$
<i>Brasil</i>	362.112	2.965	31
Norte	8.701	1.402	15
Nordeste	62.313	1.750	18
Sudeste	190.497	3.585	37
Sul	68.279	3.535	37
Centro-Oeste	21.812	2.773	29
Direção-Geral	10.510	—	—

Fontes: IBGE, *Tabulações Avançadas do Censo Demográfico, 1980.*

(2.^a Alternativa); *Conjuntura Econômica*, FGV, 1982; *Boletim do Banco Central*, 1982; e IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria, 1982.

TABELA II.9

BRASIL: POPULAÇÃO, ÁREA GEOGRÁFICA E PIB, POR REGIÕES — 1980

Regiões	População		Área		PIB ^a		
	Em 1.000	%	Em 1.000 km	%	Cr\$ Bilhões	US\$ Bilhões	%
					Correntes		
<i>Brasil</i>	119.070,9	100,0	8.511,9	100,0	13.104,3	244,0	100,0
Norte	5.855,5	4,9	3.581,2	42,1	275,2	5,1	2,1
Nordeste	34.885,5	29,3	1.548,7	18,2	1.533,2	28,6	11,7
Sudeste	51.746,4	43,5	924,9	10,8	8.583,3	159,8	65,5
Sul	19.038,9	16,0	577,7	6,8	2.240,8	41,7	17,1
Centro-Oeste	7.544,6	6,3	1.879,4	22,1	471,8	8,8	3,6

Fontes: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981; e *Conjuntura Econômica*, FGV, 1981.

^a Estimativa para 1980 com base na distribuição regional de 1970.

TABELA II.10

**BRASIL: RECURSOS REPASSADOS PELO MS PARA AS DIFERENTES REGIÕES DO PAIS,
SEGUNDO OS PRINCIPAIS CAMPOS DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO — 1982**

Regiões	Recursos Repassados ^a											
	Total		Alimentação		Medicamentos		Saneamento		Saúde		Hemoderivados	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
<i>Total</i>	18.526	100,0	11.312	100,0	2.782	100,0	1.260	100,0	2.593	100,0	579	100,0
Norte	1.940	10,4	821	7,2	211	7,6	294	23,3	496	19,1	118	20,4
Nordeste	10.096	54,5	7.363	65,1	789	28,4	737	58,5	1.049	40,5	159	27,5
Centro-Oeste	1.310	7,1	743	6,6	195	7,0	82	6,5	287	11,1	0,5	0,1
Sudeste	3.142	17,0	1.411	12,5	1.147	41,2	127	10,1	332	12,8	124	1,3
Sul	2.038	11,0	974	8,6	440	15,8	20	1,6	427	16,5	178	30,7

Fonte: MS/SG — Secretaria de Planejamento, 1983.

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

·tual, nessas regiões, chegou a quase 80% (85,1% no Nordeste) e 58%, respectivamente. Os repasses em medicamentos, entretanto, ocorreram em valores proporcionais à distribuição regional da população, o que explica o percentual mais alto destinado à região Sudeste (41,2%).

CAPÍTULO III — DISPÊNDIOS PÚBLICOS (FEDERAIS) EM SAÚDE (1978/85)

Em 1982, grupo técnico da PR-SEPLAN (IPEA-CNRH) formulou uma projeção plurianual de gastos consolidados federais,¹ 1982/85 [35]. A estrutura de gastos em saúde para o período 1983/85, incluída neste documento, representa uma proposição feita a nível técnico; não se trata ainda de uma decisão de governo. De qualquer forma, demonstra a intenção, existente a nível central, de promover uma reavaliação e reestruturação dos gastos do setor saúde, de forma a corrigir suas distorções mais notáveis. Por tratar-se de proposta concreta de reformulação do quadro orçamentário para a saúde no âmbito federal, vale a pena analisá-la.

As principais metas para o setor saúde são de que a participação setorial nos gastos totais do Governo supere o nível alcançado antes das reduções verificadas entre 1980 e 1982, e que os recursos destinados a serviços básicos de saúde sejam aumentados. A Tabela III.1 mostra os gastos federais totais em saúde para o período 1978/82 e a proposição feita para o período 1983/85. Pode-se verificar que a participação da saúde diminuiu entre 1979 e 1982.

¹ CPPG.

TABELA III.1

BRASIL: GASTOS PÚBLICO FEDERAL TOTAL E COM A FUNÇÃO SAÚDE (TOTAL E PER CAPITA), REALIZADOS ENTRE 1978 E 1982 E PREVISTOS ENTRE 1983 E 1985

(Em Cr\$ de 1980)

Anos	Gastos Públicos Federais					
	Totais		Em Saúde			
	Cr \$ Milhões	US\$ Milhões	Cr\$ Milhões	US\$ Milhões	%	Per Capita (Cr\$ 1.00)
1978	1.716.097	31.951	221.689	4.128	12,9	1.957
1979	1.677.566	31.234	223.090	4.154	13,3	1.922
1980	1.840.669	34.271	220.904	4.113	12,0	1.855
1981	1.720.782	32.038	206.194	3.839	12,0	1.688
1982	2.026.912	37.738	236.369	4.401	11,7	1.886
1983	1.970.145	36.681	258.413	4.811	13,1	2.010
1984	2.034.797	37.885	279.588	5.206	13,7	2.118
1985	2.106.561	39.221	298.974	5.566	14,2	2.207

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1982, e Balanços SINPAS e INAMPS, 1978-1982.

A projeção para 1983 sugere um incremento da parcela do setor nos gastos federais, ou seja, de 11,7% em 1982 para 13,1% (Tabela III.1). Note-se, entretanto, que esta percentagem ainda permanece abaixo da alcançada em 1979. Em 1984 e 1985 a participação do setor saúde atingiria um nível ligeiramente mais alto do que em qualquer outro ano analisado. O gasto *per capita* federal com a função saúde passaria de Cr\$ 1.957 em 1978 para Cr\$ 2.207 em 1985. Se na projeção dos dispêndios federais para a saúde buscou-se superar, em termos relativos, o nível do gasto prevalente em 1978 e aumentar o valor *per capita*, na estimativa de alocação de recursos entre serviços preventivos e curativos (Tabela III.2) foram privilegiados os primeiros, o que representa um rompimento com as práticas presentes.

TABELA III.2

BRASIL: CONSOLIDAÇÃO DE RECURSOS DESPENDIDOS EM SAÚDE, 1978/82, E ESTIMADOS PARA 1983/85 PARA OS PRINCIPAIS PROGRAMAS SETORIAIS E DEMAIS ÁREAS

(Em Cr\$ 1.000,00 de 1980)

Programas	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
<i>Principais Programas</i>	207.244.223	210.137.979	215.558.349	200.001.698	229.031.701	252.110.905	272.769.454	291.682.107
<i>Alimentação e Nutrição</i>	6.277.182	6.693.284	7.307.096	8.222.582	11.292.368	37.426.416	42.493.912	46.013.764
<i>Assistência Médica e Sanitária</i>	193.627.557	196.553.897	199.929.061	182.393.599	206.421.861	197.833.775	211.233.721	223.233.721
<i>I — Serviços Básicos de Saúde</i>	1.918.954	3.263.456	4.653.561	5.939.734	7.258.553	36.200.107	49.600.053	61.600.053
<i>II — Atenção Médico-Hospitalar</i>	191.708.603	193.290.441	195.275.500	176.453.865	199.163.308	161.633.668	161.633.668	161.633.668
<i>Controle de Doenças Transmissíveis</i>	6.440.341	6.273.652	4.364.086	3.636.927	5.241.909	9.553.790	10.405.770	11.422.446
<i>Produtos Profiláticos e Terapêuticos</i>	899.143	617.146	3.958.106	5.748.591	6.075.562	7.286.924	8.636.051	11.012.176
<i>Demais Áreas</i>	14.444.846	12.952.010	5.345.644	6.192.787	7.337.269	6.302.806	6.819.217	7.291.953
Total das Despesas	221.689.069	223.089.989	220.903.993	206.194.485	236.368.968	258.413.711	279.588.671	298.974.060

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981; SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983; Balança do INAMPS, 1978-1982; Balanço LBA, 1978-1982; Balança INAN, 1978-1982; Relatório da CNAE 1978-1981 e informações INAE, 1982; e FGV — Deflatores IGP/DI, médias anuais, 1977-1982.

3.1 — A Proposta de Reorientação do Orçamento Federal de Saúde

Os principais aspectos da proposta de mudança na estrutura dos gastos setoriais estão resumidos na estimativa de recursos do Tesouro e do INAMPS necessários ao setor saúde, no período 1982/85 (Tabela III.2). Em 1982, de um total de Cr\$ 236 bilhões (a preços de 1980), Cr\$ 199 bilhões foram gastos no sistema médico-hospitalar, isto é, 84% dos recursos federais do setor. De acordo com a proposta em causa, os recursos para serviços de caráter curativo deverão permanecer constantes durante três anos, de 1983 até 1985 (Cr\$ 162 bilhões), ao passo que os recursos disponíveis para as demais atividades crescerão substancialmente. Até 1985 os recursos para o subsistema médico-hospitalar terão caído para 54% do total, enquanto o percentual destinado à atenção primária em geral terá crescido para 21%. Para 1983 foi proposto que os “serviços curativos” recebam 63% do total (Tabela III.3). Estas mudanças, se concretizadas, constituiriam uma reversão sem precedentes nos últimos 30 anos, período no qual os serviços médico-hospitalares cresceram, ao passo que os recursos destinados à prevenção e a outros serviços básicos diminuíram.

Os estudos mencionados têm justificativa técnica convincente. Sua viabilidade, contudo, requer que o MS receba uma quantidade bem maior de recursos do que lhe tem sido destinada nos últimos anos; e o MPAS/INAMPS terá de reorientar seus gastos na direção dos serviços básicos de saúde, ou seja, aumentar o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. Há um dado importante que estimula as esperanças de que esse objetivo possa ser alcançado: o controle sobre os custos médico-hospitalares vem-se tornando mais rigoroso a partir de 1981, o que sugere que o Governo pode ter sucesso na reorientação proposta desde que haja firme vontade política.

TABELA III.3

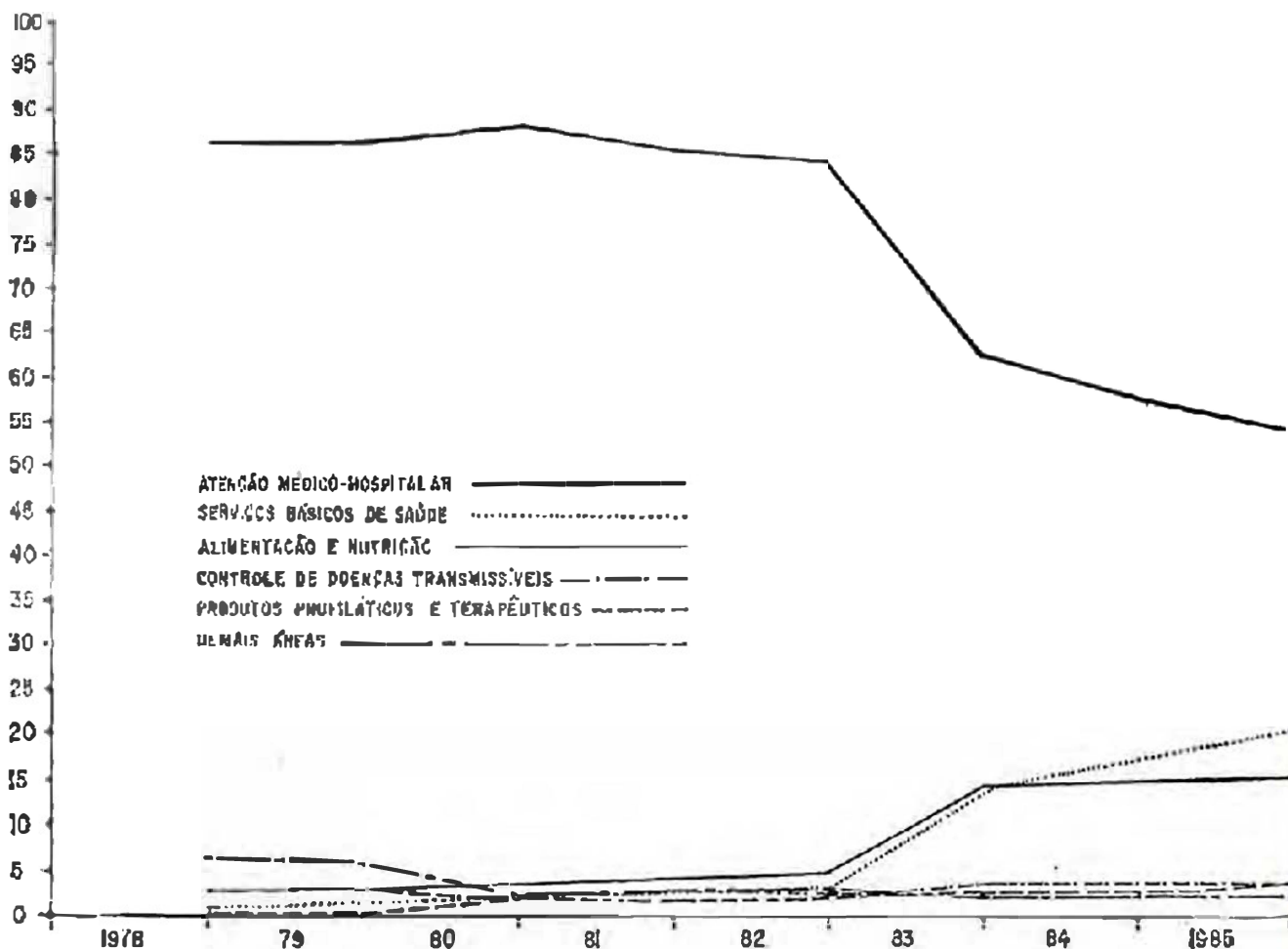
BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS PROGRAMAS NAS DESPESAS EFETUADAS ENTRE 1978 E 1982 E ESTIMADAS PARA 1983 E 1985, EM SAÚDE, NA ÁREA FEDERAL

Programas	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
<i>Principais Programas</i>	93,5	94,2	97,6	97,0	96,9	97,6	97,6	97,6
<i>Alimentação e Nutrição</i>	2,8	3,0	3,3	4,0	4,8	14,5	15,2	15,4
<i>Assistência Médica e Sanitária</i>	87,4	88,1	90,5	88,4	87,3	76,6	75,6	74,7
I — Serviços Básicos de Saúde	0,9	1,5	2,1	2,9	3,1	14,0	17,8	20,6
II — Atenção Médico-Hospitalar	86,5	86,6	88,4	85,5	84,2	62,6	57,8	54,1
<i>Controle de Doenças Transmissíveis</i>	2,9	2,8	2,0	1,8	2,2	3,7	3,7	3,8
<i>Produtos Profiláticos e Terapêuticos</i>	0,4	0,3	1,8	2,8	2,6	2,8	3,1	3,7
<i>Demais Áreas</i>	6,5	5,8	2,4	3,0	3,1	2,4	2,4	2,4
Total das Despesas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981; SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa, Relatório 12, 1983; Balanço da INAMPS, 1978-1982; Balanço LBA, 1978-1982; Balanço INAN, 1978-1982; Relatório da CNAE, 1978-1981 e Infarmações INAE, 1982; e FGV — Deflatores (GF/DI), médias anuais, 1977-1982.

Gráfico III.1

BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS PROGRAMAS NAS DESPESAS EFETUADAS ENTRE 1978 E 1982 E ESTIMADAS PARA 1983 E 1985, EM SAÚDE, NA ÁREA FEDERAL



Nota: Cr\$ A PREÇO DE 1980.

Na distribuição dos gastos em saúde, o documento do IPEA/CNRH observou que as despesas em Serviços Básicos de Saúde, Alimentação e Nutrição, Controle de Doenças Transmissíveis e Medicamentos estiveram em torno de apenas 7% em 1978 e 12% em 1982, do total, a despeito de serem esses os quatro programas prioritários. As Tabelas III.2 e III.3 mostram os volumes de alocações passados e estimativas para os programas mencionados entre 1978 e 1985, onde, nesse último ano, os gastos nos programas mencionados deverão alcançar 43,5% do total de gastos federais em saúde.

3.1.1 — Alimentação e Nutrição

O Programa de Alimentação e Nutrição desenvolver-se-á de acordo com a proposição feita no anteprojeto do "Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-III Pronan, 1982-1985", aprovado pelo Conselho Deliberativo do INAN em 26 de maio de 1981. Esse Programa pretende atingir, até 1985, 27 milhões de pessoas, o que representa um acréscimo de 32% em relação à cobertura de 1982, além de melhorar a qualidade da suplementação alimentar e de ampliar o desenvolvimento das atividades de apoio ao pequeno produtor rural.

A expansão do Programa de Alimentação e Nutrição, se concretizada, conduzirá esta área a despende em 1985 pelo menos quatro vezes mais do que o fez em qualquer ano no período 1978/82. De acordo com as sugestões feitas pelo próprio INAN, esta expansão estará dirigida essencialmente para três objetivos:

a) ampliação da cobertura do subprograma de Suplementação Alimentar a gestantes, nutrizes e crianças (de 2,5 para 4 milhões de pessoas atendidas);

b) melhoria qualitativa e quantitativa da alimentação fornecida a escolares carentes e elevação da freqüência de atendimento por escolar de 130 para 160 dias ao ano; e

c) apoio ao sistema integrado de aquisição e suprimento através da COBAL, objetivando racionalizar a linha de suplementação e possibilitar a venda de alimentos a preços reduzidos para a população de baixa renda (17% dos recursos totais serão destinados a este novo sistema).

É certo que, além da obtenção desses recursos, a implementação global do programa exigirá esforços de adaptação do aparato administrativo que possam permitir ao INAN conduzir e coordenar melhor a política nutricional do País.

3.1.2 — Serviços Básicos de Saúde

A rápida expansão sugerida para o Programa de Serviços Básicos de Saúde, de Cr\$ 5,9 bilhões em 1981 para Cr\$ 61,6 bilhões em 1985 a preços de 1980, requer, a curto prazo, um grande esforço organizacional e mudanças estruturais no setor.

Esse crescimento, sem dúvida, só será factível se houver transferência de recursos da esfera “curativa” para a de serviços básicos de saúde. Entretanto, o remanejamento desses recursos pode ser obstaculizado por pressões sinérgicas de grupos de produtores e consumidores eventualmente afetados.

A expansão de serviços básicos de saúde, especialmente para áreas rurais, tem sido feita através do PIASS e FSESP. O Banco Mundial, em seu relatório² sobre recursos humanos no Brasil, examinou o funcionamento do PIASS e da FSESP em 1977 e 1978, observando que esta última organização, que mantém todo o seu pessoal em regime de tempo integral e dedicação exclusiva e desenvolve eficientes programas de treinamento, apresenta um investimento *per capita* e custos operacionais pelo menos três vezes maiores que os do PIASS. O relatório sugere, contudo, que a FSESP pode ser mais eficiente do que o PIASS. Os dois programas atuam em diferentes áreas do Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A FSESP está também presente nas regiões de fronteira norte. Diz o relatório: “Antes que um sistema de prestação de serviços de medicina nacional rural seja implementado, as lições da experiência do PIASS e da FSESP devem ser avaliadas. Em princípio, a abordagem do PIASS oferece um sistema de prestação de serviços de medicina básica rural adequado, mas na prática isto depende da melhoria da gerência das Secretarias Estaduais de Saúde”. Por outro lado, não seria aconselhável estender a cobertura por serviços de saúde em um país tão vasto como o Brasil, através de um organismo centralizado como a FSESP.

² Uma avaliação recente das vantagens e defeitos das diferentes formas de atuação no meio rural foi elaborada no CNRH [48].

O PIASS foi criado em agosto de 1976³ com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes, inicialmente atuando na região Nordeste e no chamado polígono das secas de Minas Gerais, onde está dimensionado (1979) para atender aproximadamente 7 milhões de pessoas [51]. A partir de 1979 o Programa foi expandido para todo o território nacional (áreas rurais), com prioridade para o Nordeste, o Norte, o Centro-Oeste e as áreas mais carentes das demais regiões. O PIASS atua através de módulos básicos, conjuntos de postos de saúde localizados em comunidades rurais e apoiados por uma unidade de maior porte situada na sede do município de referência. Além disso, no campo do saneamento básico tem implantado sistemas simplificados de abastecimento d'água e destinação de dejetos. Em dezembro de 1981, a rede de Serviços Básicos das Secretarias Estaduais de Saúde, onde se incluem as Unidades implantadas através do PIASS, contava com cerca de 9.500⁴ Unidades em funcionamento entre Postos, Centros de Saúde e Unidades Mistas (Tabela III.4). Apesar do grande incremento da rede pública de Unidades (especialmente PS e CS) verificado a partir de 1977, o objetivo de estender serviços básicos de saúde para todos os brasileiros ainda está longe de ser atingido, tanto em áreas rurais quanto nas periferias dos grandes centros urbanos.

3.1.3 — Controle de Doenças Transmissíveis

O crescimento proposto para as atividades de controle de doenças transmissíveis é bem menor do que o previsto para as demais áreas. Os recursos para esse programa não chegam, em 1985, a duplicar, em confronto com a posição em 1978. Ainda que não seja fácil, é possível que a SUCAM, agência responsável pelo componente mais expressivo do programa (o controle de endemias), e a FSESP, bem como as Secretarias

³ Projeto elaborado pelo IPEA/CNRH.

⁴ Inclui as unidades da FSESP.

TABELA III.4

**BRASIL: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E LEITOS SEGUNDO SUA CLASSIFICAÇÃO
POR REGIÃO^a**

Estabelecimentos de Saúde	Classificação e Região											
	Público						Privado					
	N	NE	SE	S	CO	BR	N	NE	SE	S	CO	BR
Posto de Saúde	733	2.422	533	368	50	4.106	12	25	2	37	—	76
Centro de Saúde	158	1.242	1.614	898	353	4.265	—	13	7	11	2	33
Posto de Assistência Médica ou Policlínica	65	736	825	608	40	2.274	199	790	2.033	513	152	3.687
Pronto-Socorro	1	10	47	1	3	62	5	15	141	12	7	180
Unidade Mista	87	248	24	2	17	378	6	21	22	1	2	52
Hospital	55	377	256	117	45	850	185	887	1.357	1.106	457	3.992
Leitos Hospitalares	6.007	31.633	47.095	15.410	6.852	106.727	8.807	55.346	156.837	71.535	22.977	315.502

Fonte: MS/Sistema de Informação de Saúde, 1982.

^aPopulação estimada em 1981 e número de municípios: Norte — 10,0 milhões de habitantes e 276 municípios; Nordeste — 32,0 milhões e 1.231; Sudeste — 53,0 milhões e 1.411; Sul — 19,4 milhões e 733; Centro-Oeste — 9,0 milhões e 367; Brasil — 123,4 milhões de habitantes e 4.018 municípios.

Estaduais de Saúde, sejam eficientes o bastante para conseguir resultados promissores a partir da obtenção desses fundos adicionais.

A despeito da existência de claro consenso de que mais recursos devam ser destinados às ações preventivas, não existem, no Brasil, estudos que indiquem, do ponto de vista econômico, o grau em que determinados problemas ou ações devam ser privilegiados. Estudos nacionais sobre Tuberculose, Doença de Chagas e Malária [30], por exemplo, não incluem análise de custo/benefício. As campanhas antipólio (Tabela III.5), que têm mobilizado dois dias por ano grande parte, senão a maioria, dos recursos humanos e materiais dos serviços de saúde pública, alcançaram êxito incontestável no seu objetivo de reduzir a incidência da doença: o número de casos caiu de 2.509 em 1979 para 122 em 1982. A continuidade dessa estratégia, ainda que respaldada por justificativa de ordem política ou mesmo epidemiológica (evitar o recrudescimento da doença), pode ser discutível, sob uma ótica estritamente econômica, ainda que esta, em certas circunstâncias, seja a menos relevante: "É comumente aceito que, não importa qual seja a doença, a prevenção sempre é mais barata do que a cura. Isto não é necessariamente verdade. Por exemplo, quando a incidência de poliomielite ou tuberculose é baixa, pode ser mais barato tratar os casos que aparecem do que empreender uma procura intensa para encontrar alguns casos de tuberculose em estágio inicial ou imunizar a população contra a pólio" [1].

3.1.4 — Medicamentos

A área de medicamentos (produtos profiláticos e terapêuticos) teve entre 1978/80 um crescimento de recursos atípico, mas explicável: o Fundo CEME, a partir de 1980, passou a incorporar, entre outros, os recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas a centralizar a compra de medicamentos. A atuação governamental nessa área tem tido, como caracte-

rísticas predominantes, a centralização na CEME da compra dos fármacos mais necessários e sua distribuição para as unidades ambulatoriais e hospitalares do INAMPS, das Secretarias Estaduais de Saúde e as vinculadas ao MEC (hospitais universitários e de ensino).

O crescimento estimado para as atividades relacionadas com produtos profiláticos e terapêuticos, segundo a Tabela III.2, deverá ser de 80% entre 1982 e 1985. O crescimento real sugerido privilegiará o desenvolvimento de tecnologia, de modo a possibilitar maior autonomia nacional no setor químico-farmacêutico. Um fator importante para direcionar as pesquisas e balizar o apoio à indústria nacional é a efetiva implantação da RENAME. A adoção dessa lista permitirá a concentração de esforços em um número restrito de medicamentos capaz de atender a quase totalidade das necessidades básicas da população brasileira.

TABELA III.5

**BRASIL: AÇÃO DE CONTROLE DA POLIOMIELITE —
RESULTADOS DAS CAMPANHAS, A NÍVEL NACIONAL
— 1980/82**

Anos	Etapas	Datas	População Alva	População Vacinada	Cobertura (%)	Total (Doses)
1980	1. ^a	14.06.80	18.060.931	18.122.978	100	21.759.050
	2. ^a	16.08.80		18.998.098	100	22.953.795
1981	3. ^a	15.08.81	18.525.362	18.561.331	100	21.911.518
	4. ^a	24.10.81		18.194.598	98,2	21.523.672
1982	5. ^a	12.06.82	19.005.483	17.148.140	98,2	19.558.902
	6. ^a	14.08.82		18.031.037	94,9	20.687.133

Fonte: MS/SNABS,DNE, 1982.

3.2 — O Subsistema Médico-Hospitalar

O chamado subsistema médico-hospitalar é a resultante de um conjunto heterogêneo e desarticulado de instituições públicas e privadas, tendo o INAMPS como o elemento nuclear. Inclui, além de unidades do próprio INAMPS, hospitais públicos do MS, dos Estados, dos Municípios, das Universidades e escolas isoladas de medicina, bem como hospitais e clínicas privadas, com e sem fim lucrativo. A importância relativa de cada um deles fica evidenciada no exame de sua participação no total de admissões hospitalares de beneficiários do INAMPS, assim distribuídas [33]:

● Hospitais privados contratados:	86%
● Hospitais do INAMPS:	2%
● Hospitais públicos (federais, estaduais e municipais):	6%
● Hospitais universitários:	2%
● Outros:	4%

Aproximadamente 56% do total de gastos do INAMPS, em 1981, destinaram-se à compra de serviços hospitalares, de diagnose e terapia (exames de laboratório, raios X e outros procedimentos) junto à rede privada. O segundo maior responsável pelos gastos do INAMPS são os serviços que presta diretamente (18,5% do total) e depois os gastos administrativos (5,4%). Quantias menores foram destinadas ao custeio de serviços conveniados com entidades estaduais e municipais (4,7%), hospitais universitários e de ensino (2,2%), instituições filantrópicas (3,4%), subsídios a empresas que prestam serviços de saúde a seus empregados (3,5%) e outras classes de pagamento (6,6%) (Tabela III.6). Esses dados mostram que a forma predominante de prestação de serviços médico-hospitalares é através do setor privado, com pagamento integral dos dispêndios por parte do INAMPS, conforme tabela de preços fixada pela previdência.

A assistência médica proporcionada pela previdência social triplicou sua cobertura nos anos 70. Não obstante o inegável alcance social dessa expansão sem precedentes, o subsistema tem sido qualificado por seus críticos mais veementes como elitista, irracional e incontrolável [26]. O desempenho descoordenado de órgãos públicos e privados, a má gerência dos primeiros e o descompromisso social de boa parte dos demais vêm contribuindo para a prestação de serviços inadequados, desigualmente distribuídos do ponto de vista social e geográfico, e o uso excessivo de tecnologia de ponta. Além disso, há casos de internações desnecessárias, superfaturamento e

TABELA III.6

BRASIL: DESPESAS DO INAMPS POR PROGRAMAS — 1981
(Em Cr\$ milhões correntes)

Programas	Despesa Realizada	
	Valor	%
Administração	19.710,2	5,4
Saúde	335.916,4	92,9
Serviços Próprios	67.144,5	18,5
Serviços Contratados	201.114,0	55,7
Convênios com Órgãos Governamentais	17.083,9	4,7
Convênios com Hospitais Universitários e de Ensino	8.112,7	2,2
Convênios com Entidades Filantrópicas	12.216,6	3,4
Convênios com Sindicatos e Entidades de Classe	9.306,6	2,6
Convênios com Empresas	12.588,3	3,5
Rede Distribuidora de Medicamentos	8.349,8	2,3
Previdência (Inativos e Pensionistas)	3.479,6	0,9
Programa de Formação do PASEP	1.758,7	0,5
Projetos	1.247,1	0,3
Total	362.112,0	100,0

Fonte: INAMPS: Relatório: Balancete Orçamentário da Despesa, 1981.

outras fraudes, para compensar remunerações reduzidas fixadas unilateralmente pelo INAMPS, bem como a subutilização dos leitos e outras instalações operadas pelo setor público [53].

Auditorias de contas hospitalares submetidas ao INAMPS para pagamento acharam irregularidades em 90% dos casos. Estas irregularidades incluem contas relativas a pacientes inexistentes, diagnósticos falsos, cobrança dupla para a mesma estadia no hospital, admissões hospitalares injustificáveis, faturas de medicamentos não ministrados e cobranças improcedentes para serviços especiais, tais como unidades de tratamento intensivo e salas de cirurgia [24].

A rápida expansão dos gastos médico-hospitalares⁵ na primeira fase da década de 70 está mencionada no início (Capítulos I e II) deste documento. A partir de 1978, os gastos médico-hospitalares mantiveram-se relativamente estáveis, havendo um crescimento de apenas 4% entre 1978 (Cr\$ 191 bilhões) e 1982 (Cr\$ 199 bilhões). Como parte da política de austeridade, em 1981 os gastos declinaram para Cr\$ 176 bilhões, crescendo novamente no ano seguinte (Tabela III.2). Deste modo, após quase uma década de crescimento inusitado, o subsistema médico-hospitalar teve, no início dos anos 80, seu primeiro confronto com a restrição de recursos.

A *performance* do subsistema — do ponto de vista econômico — vem sendo alterada como resultado de uma nova orientação exigida pela crise no sistema previdenciário. A participação do INAMPS no orçamento do SINPAS tem diminuído nos últimos anos, mas a produção global de serviços e, possivelmente, a sua cobertura continuam crescendo. O percentual do orçamento que cabe ao INAMPS, desde o começo dos anos 70, foi estimado para situar-se em torno de 25% do total das disponibilidades do SINPAS. Essa quota ficou geralmente acima daquele nível, atingindo o máximo de 31,6% em 1976 e permanecendo acima de 26% durante o período de 1970 até 1980. Em 1981

⁵ Refere-se a gastos federais nos quais a participação do INAMPS é acima de 90%.

a participação do INAMPS caiu para 24,3% do total de gastos, sendo de 23% em 1982 (Tabela II.6).

TABELA III.7

BRASIL: EVOLUÇÃO DO VALOR DA UNIDADE DE SERVIÇO (US), DO INPC E DA ORTN — 1980/82

Anos	US	INPC	ORTN
1980	100	100	100
1981	165	199	171
1982	296	359	301

Fontes: INAMPS. Valor da Unidade de Serviço, 1980—1982; e Conjuntura Econômica, FGV, vários números, 1980—1982.

Não há evidência de que esse comportamento, simplistamente classificado como melhoria do desempenho, seja resultado — em tão curto prazo — de um súbito aumento da eficiência do setor público. Ao que tudo indica, a redução da participação do INAMPS nos recursos do SINPAS foi determinada pela pressão dos dispêndios com benefícios em dinheiro, compromisso securitário não passível de compressão, fazendo com que ficasse menor a disponibilidade para a atenção médica. O ajuste a essa conjuntura obrigou o INAMPS a um maior rigor no controle dos serviços privados, a uma melhor utilização da rede pública e, não menos importante, a um reajuste de sua tabela de pagamento de serviços, em percentuais inferiores à inflação: o valor da US vem sendo reajustado em níveis inferiores aos do INPC e das ORTN (Tabela III.7). As medidas racionalizadoras em fase de implementação estão explicitadas no Plano de Reorientação da assistência médica previdenciária elaborado pelo CONASP e comentado no Capítulo VI deste documento.

CAPÍTULO IV — A QUESTÃO DOS CUSTOS NO SISTEMA DE SAÚDE

No Brasil os custos de alguns serviços de saúde são, com freqüência, maiores do que os observados em outros países desenvolvidos [39]. Essas informações não têm sido acompanhadas e analisadas tão exaustivamente quanto seria desejável, mas, a despeito dessas limitações, fornecem uma orientação já bastante sólida, tanto a respeito de como identificar áreas de gastos excessivos, como em relação a métodos que podem fazer com que o sistema de saúde tenha maior eficácia e menores custos.

4.1 — O Papel do Médico

Uma das causas importantes para as despesas crescentes do sistema de saúde é a desorganização do mercado de trabalho médico. Um dos fenômenos mais sérios nesse mercado parece ser a chamada “dupla militância”, denominação dada ao conflito de interesses que se estabelece com médicos servidores públicos que trabalham simultaneamente na área privada vinculada ao INAMPS. Essa situação insólita acarreta um duplo prejuízo, para o setor público em geral e para o INAMPS em

particular: de um lado, desestimula e desinteressa o profissional no emprego público, provocando a ociosidade dos serviços oficiais; e, de outro, faz com que a previdência tenha de custear na área privada pacientes que poderiam estar sendo tratados nos hospitais públicos.

Grande parte dos médicos brasileiros, principalmente nas grandes cidades, trabalha em tempo parcial em vários empregos, a maioria com salário, outros com pagamento por "produção". Na cidade de São Paulo, esses profissionais têm uma média de 2,4 "situações de trabalho" [21]. As desvantagens mais evidentes dessa condição, especialmente no caso de mais de um emprego público em locais diferentes, são: em primeiro lugar, o desgaste decorrente do deslocamento, repercutindo no tempo disponível para o atendimento, que passa a ser sumário e de baixa qualidade; e, em segundo, esta situação encoraja o desvio de pacientes para clínicas privadas, sobretudo as credenciadas pelo INAMPS, nas quais, segundo o ponto de vista questionável de alguns desses médicos, poder-se-ia oferecer cuidados de melhor qualidade e menos impessoais.

Este último aspecto, associado à obsolescência de algumas instalações, parece estar contribuindo para a ociosidade dos serviços oficiais e filantrópicos. A capacidade instalada do INAMPS, cerca de 8.000 leitos em 36 hospitais, era, em 1982, apenas um pouco maior que há 20 anos atrás [39]. Mesmo assim, estudos oficiais [12] constataram a subutilização dessas instalações nas principais cidades. Em São Paulo, um dos cinco hospitais do INAMPS permaneceu fechado um ano após sua conclusão. O Hospital Pediátrico Darcy Vargas, no Morumbi, um bairro paulista, tinha somente 1/3 de seus leitos ocupados em maio de 1982. O Hospital do INAMPS de Heliópolis tinha menos de 50% de ocupação na mesma época. A maternidade Leonor Mendes de Barros, do INAMPS, no bairro de Tatuapé, também tinha menos da metade ocupada [44].

Um fator que tem exacerbado esse conflito de interesses nas profissões médica e odontológica é o sistema de pagamento por ato médico. Quase todos os serviços dos contratados privados pelo INAMPS são remunerados a taxas expressas em

termos de número de Unidades de Serviços (US). Na atenção obstétrica, que representa 1/4 das admissões hospitalares, a previdência social paga ao médico, por um parto normal, 90 US, enquanto que uma cesariana custa o mesmo, com o adicional de 60 US para os honorários do anestesista. As taxas de partos foram modificadas a partir de 1982, a fim de igualar o pagamento de cesarianas e partos normais. Com essa medida pretendia-se diminuir o número de partos cirúrgicos, os quais estariam sendo realizados em excesso face ao incentivo decorrente da sua maior remuneração. Os resultados não parecem ser expressivos. A taxa de cesáreas continua alta (34%).¹ É possível que existam outras motivações para a conduta intervencionista do médico. Agendar cirurgias obstétricas, uma intervenção considerada segura, simples e rápida, é, por assim dizer, mais confortável e econômico para o médico do que esperar, como faziam os antigos médicos de família, às vezes durante horas, para que o nascimento ocorra naturalmente. Além disso pode haver acordos com os pacientes para, na ocasião da cirurgia, proceder à ligadura de trompas.

Pode estar havendo exagero quanto ao número real de cesáreas, desde que um certo percentual dessas teriam sido na realidade partos normais cobrados pelos hospitais privados, com ou sem conhecimento do médico, como cirúrgicos [4]. Nesse caso, mesmo que a remuneração do profissional não sofra majoração, a conta nosocomial cresce, pois passa a incluir medicamentos, um número maior de diárias, honorários do anestesista e outros itens. Quase um terço de todos os nascimentos pagos pelo INAMPS em junho de 1980 realizaram-se por cesariana [11].

Metade dos partos custeados diretamente pelos próprios pacientes, sem qualquer subsídio oficial, foi cirúrgica, no hospital da Universidade Católica Santa Lucinda, em Sorocaba, São Paulo [27]. Não se pode, portanto, considerar que o excesso de cirurgias seja um fenômeno exclusivo do mercado previ-

¹ Esse percentual refere-se apenas a pacientes previdenciários [52].

denciário.² Tudo indica que a prática médica usual no Brasil comporta uma ênfase especial em procedimentos cirúrgicos. Resta identificar as causas reais.

Padrões internacionais citam uma média de 25 exames complementares para cada 100 consultas de pacientes; serviços privados contratados pelo INAMPS produziram, em 1981, 130 exames para cada 100 consultas de pacientes, uma taxa cinco vezes superior ao normal [45]. Considerados em conjunto, os subsistemas público e privado realizaram 94 exames de laboratório e outros serviços complementares para cada 100 consultas (Tabela IV.1 e IV.2). É provável que um alto percentual desses exames tenha sido desnecessário.

O total de consultas médicas, tomando 1970 como base 100, aumentou para 572 até 1982 (Tabela IV.1). As hospitalizações aumentaram menos (472). Os exames de laboratórios subiram, até 1981, para 551, porém, os exames de raios X aumentaram a um nível muito mais elevado (1.036) e outros serviços complementares mais ainda (1.530) (Tabela IV.2). Aproximadamente 14,7 milhões de exames radiológicos, muitos deles tendo pouco valor diagnóstico, foram realizados em 1981. Raios X de tórax, que em 1974 somaram 42,3% de todos os exames radiológicos, não encontraram anormalidades significativas entre pacientes até 19 anos de idade, 5,6% de anormalidade entre aqueles de 20 a 50 anos e 11,8% entre aqueles acima de 50 anos [29]. Muitas dessas radiografias foram requisitadas apenas para atender exigências burocráticas relacionadas com permissão para práticas de esporte (escolares) ou como documentação para obter emprego. Os perigos do excesso de exposição dos raios X, hoje bastante conhecidos, fazem com que esses exames, ao menos em países desenvolvidos, tenham uso bastante seletivo.

A maioria das radiografias e os custos delas decorrentes poderiam ser evitados praticamente sem perda real de precisão diagnóstica, mas “é mais fácil pedir uma radiografia do que pensar” [41]. Estudos mostram que médicos melhores pedem

² Ver Anexo II.

menos testes, e vice-versa [20]. Mudanças substantivas no sistema de saúde que alterassem os padrões de consumo desses serviços certamente afetariam o denominado complexo médico-industrial, cujo crescimento alimentou e foi alimentado pela notável expansão do sistema de saúde brasileiro nos últimos 15 anos.

O INAMPS pagou também por 1,7 milhão de eletrocardiogramas, 700 mil eletroencefalogramas e mais de 10 milhões de outros exames de laboratório em 1979; parte destes testes poderia ter sido evitada sem interferir na qualidade do tratamento. Entre 1979 e 1981, o total de outros serviços complementares aumentou em 22% a cada ano, mesmo enquanto o INAMPS reduzia seus gastos totais (Tabela IV.2).

Estudos feitos nos Estados Unidos [43], Canadá [32] e Reino Unido [23] demonstram a ineficiência de muitos testes para diagnósticos. A superutilização desses testes, similar à de outros países, pode, todavia, ser mais perniciosa no Brasil, face à limitação de recursos financeiros e à desigualdade no acesso aos serviços.

Em meados de 1982, a tabela do INAMPS fixava em Cr\$ 480 (oito US) o preço de uma consulta, na época quase US\$ 2,0. Essa quantia é, obviamente, muito baixa para compensar o custo real do tempo de um médico e ao redor de pelo menos 10 vezes abaixo dos preços de mercado. A fase mais eficiente do trabalho médico é a consulta inicial; exames complementares raramente contribuem para mudar ou melhorar o diagnóstico feito nesse estágio [39]. O sistema de pagamento do INAMPS, sub-remunerando o serviço mais valioso, acaba, na verdade, por encorajar a superutilização de serviços, testes, instalações e operações que poderiam ser evitados. As causas desse consumo no Brasil e nos Estados Unidos não são as mesmas. O Brasil não tem o problema, bastante comum nos Estados Unidos, do excesso de testes para diagnóstico em pacientes, como um modo de evitar qualquer margem de erro cuja ocorrência redundaria em processo judiciário.

Outro aspecto tão importante quanto polêmico, no que se refere ao papel do médico, diz respeito à remuneração desses

TABELA IV.1

BRASIL: CONSULTAS MÉDICAS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES EFETUADAS PELO INAMPS
— 1970/82

(Em milhares)

Anos	Consultas Médicas			Consultas Odontológicas			Internações Hospitalares		
	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)
1970	35.849	—	100	4.297	—	100	2.816	—	100
1971	44.688	24,7	125	3.111	-27,6	72	2.932	4,1	104
1972	52.687	17,9	147	7.073	127,3	165	4.449	57,8	158
1973	53.900	2,3	150	8.015	13,3	187	4.719	6,1	168
1974	59.618	10,6	166	9.136	14,0	211	5.194	10,1	184
1975	92.333	54,9	258	13.828	51,4	322	6.649	28,0	236
1976	118.648	28,5	331	18.160	31,3	423	8.356	25,7	297
1977	132.503	11,7	370	23.483	29,3	547	8.617	3,1	306
1978	145.412	9,7	406	29.010	23,5	675	9.658	12,1	343
1979	154.540	6,3	431	31.634	9,0	736	10.571	9,5	375
1980	179.751	16,3	501	34.160	8,0	795	11.753	11,2	417
1981	202.589	12,7	565	37.968	11,2	884	13.194	12,3	469
1982	205.100	1,2	572	39.145	3,1	911	13.278	0,6	472

Fonte: FUNRURAL, Boletim Estatístico, N.5, 1978; e INAMPS em Dados, 1978-1980.

Nota: Em 1982, dados estimados a partir dos serviços efetivamente realizados até o mês de novembro.

TABELA IV.2

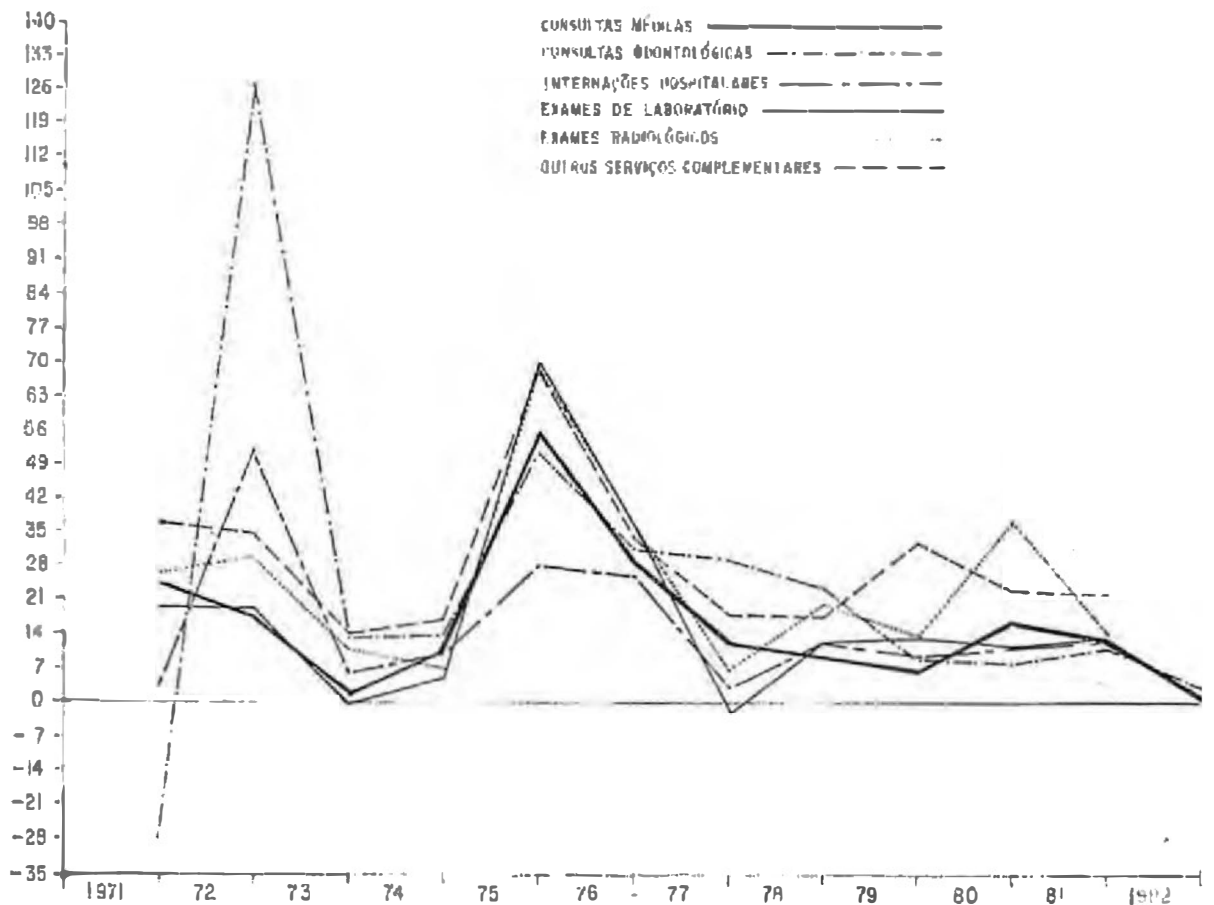
BRASIL: EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS E OUTROS SERVIÇOS COMPLEMENTARES
EFETUADOS PELO INAMPS — 1970/81

(Em milhares)

Anos	Exames Laboratoriais			Exames Radiológicos			Outros Serviços Complementares		
	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)
1970	10.581	—	100	1.416	—	100	7.708	—	100
1971	12.665	19,7	120	1.793	26,7	127	10.553	36,9	137
1972	16.189	19,3	143	2.326	29,7	164	14.185	34,4	184
1973	16.022	-0,4	142	2.583	11,1	182	16.213	14,3	210
1974	16.693	5,6	150	2.767	7,1	195	18.995	17,2	246
1975	27.076	70,3	256	4.679	69,1	331	31.956	68,2	415
1976	37.051	36,8	350	6.394	36,9	452	42.743	33,8	555
1977	36.254	-2,2	343	6.842	7,0	483	50.423	18,0	654
1978	40.771	12,5	385	8.217	20,1	580	59.309	17,6	769
1979	46.131	13,1	436	9.360	13,9	661	78.624	32,6	1.020
1980	51.512	11,7	487	12.822	37,0	906	96.579	22,8	1.252
1981	58.394	13,4	551	14.674	14,4	1.036	117.942	22,1	1.530

Fonte: FUNRURAL, Boletim Estatístico, N.5, 1978; e INAMPS em dados, 1978-1980.

Nota: A partir de 1979 foram contados todos os "Serviços Complementares" realizados, tais como curativos, eletrocardiogramas, injeções, imobilizações, pequenas cirurgias, etc. Até 1978 eram contados apenas pequenos procedimentos cirúrgicos.

BRASIL: VARIAÇÃO ANUAL DOS SERVIÇOS PRODUZIDOS PELO INAMPS —
1971/82

profissionais. A medicina brasileira — à luz de alguns indicadores disponíveis — está entre as profissões melhor remuneradas, embora os salários do setor público sejam baixos e a grande maioria da categoria dependa dessa fonte de receita, parcimoniosa mas pouco exigente. Um médico trabalhando para o Governo do Estado de São Paulo recebia em 1981 cerca de US\$ 385 por mês para quatro horas diárias de trabalho [22]. Esse profissional, no entanto, poderia compensar esse salário baixo trabalhando menos horas do que o formalmente exigido, tendo outro(s) emprego(s) e mantendo atividades em uma instituição privada ou em seu próprio consultório.

O salário dos médicos brasileiros pode ser considerado alto quando comparado com o de outras categorias de nível

superior. Essa posição hegemônica não se refere apenas a salários nominais, mas decorre também de uma jornada de trabalho menor e da permissão constitucional para acumular dois empregos públicos. Há — de outra parte — evidências de grandes desigualdades na distribuição dessas rendas entre os profissionais da medicina. Uma “classe média” de médicos, com idade suficiente para ter 10 ou mais anos de exercício profissional, pode ter rendimentos elevados (para os padrões brasileiros) provenientes de prática privada liberal e/ou com pagamento por Unidade de Serviço, combinada com um ou mais empregos de tempo parcial no setor público. Contudo, um número significativo, e cada vez maior, de médicos jovens em começo de carreira recebe consideravelmente menos, formando os segmentos que vêm-se organizando com vistas a uma melhoria salarial e de condições de trabalho.

Pesquisa conduzida com o apoio do Conselho Regional de Medicina de São Paulo encontrou somente dois médicos, entre 795 entrevistados, que se consideraram desempregados [21]. Mais de 40% dos médicos incluídos na pesquisa trabalhavam mais de 50 horas por semana, e 27% mais de 60 horas. Metade da amostra tinha uma renda mensal superior a 15 salários mínimos, ou seja, US\$ 1.545. Devido ao excepcional aumento do número de escolas médicas nos últimos anos da década de 60, hoje quase 9.000 novos profissionais entram no mercado de trabalho a cada ano (Tabela IV.3). Cada um deles deseja a renda e o prestígio dos colegas mais antigos e bem-sucedidos, numa profissão que pode contar, no seu meio, com cirurgiões plásticos e cardiologistas de renome internacional, responsáveis pelo perfil atraente da profissão e que fascina os jovens aspirantes à carreira médica. Autoridades do setor de saúde preocupam-se com o fato de que apenas cerca de metade dos recém-formados poderia ser absorvida em empregos produtivos. Quando a superintendência do INAMPS de São Paulo anunciou 910 vagas de médicos em 1981, 6.810 médicos se inscreveram.

Os salários médicos constituem um dos componentes importantes dos custos dos serviços de saúde. No Brasil, como

em outros países em desenvolvimento, pelo menos 75% do custeio dos serviços de saúde destinam-se ao pagamento de salários. Entretanto, segundo Maxwell, referindo-se a países desenvolvidos: “O custo direto dos médicos, aproximadamente, um sexto do total dos custos de saúde, não se constitui um problema, no presente... A pressão econômica está mais nos procedimentos adicionais gerados por cada médico, já que

TABELA IV.3

BRASIL: MÉDICOS GRADUADOS ANUALMENTE — 1941/82

Anos	Número de Graduados	Anos	Número de Graduados
1941	878	1962	1.348
1942	662	1963	1.556
1943	595	1964	1.537
1944	788	1965	1.734
1945	769	1966	1.747
1946	872	1967	2.039
1947	1.001	1968	2.713
1948	978	1969	3.212
1949	1.142	1970	3.306
1950	1.070	1971	3.721
1951	1.129	1972	5.301
1952	1.241	1973	6.613
1953	1.274	1974	7.722
1954	1.503	1975	8.284
1955	1.468	1976	8.641
1956	1.422	1977	9.201
1957	1.586	1978	9.412
1958	1.578	1979	8.929
1959	1.491	1980	9.109
1960	1.528	1981	9.176
1961	1.760	1982	8.975

Fonte: MEC e ABEM, 1982.

decisões sobre que serviços os pacientes devam receber dependem, grandemente, do julgamento dos médicos que eles consultam. É, portanto, altamente provável que, se o número de médicos em atividade aumentar, o total dos serviços e dos gastos em saúde também irá aumentar, embora não necessariamente na mesma proporção” [40]. Esta inflação de custos ocorre, tanto no Brasil como em outros países, através da expansão desordenada de serviços médicos, em conjunção com a incorporação de altas tecnologias da medicina, prescritas e administradas pelos médicos.

Apesar de já existir uma considerável literatura sobre a saúde pública brasileira, não há ainda uma análise ampla e confiável sobre o mercado de trabalho das profissões de saúde. A informação gerada pelas declarações do imposto de renda não foram ainda exaustivamente utilizadas; nos últimos dois anos serviram apenas para aumentar a pressão das autoridades tributárias sobre os profissionais de saúde, sobretudo médicos e dentistas.

4.2 — Aspectos Comportamentais

O Brasil é, em volume de vendas, o oitavo maior consumidor mundial de produtos farmacêuticos (depois de Estados Unidos, Japão, Alemanha Ocidental, França, Itália, Espanha e Reino Unido, mas à frente de México e Canadá), embora o consumo *per capita* seja apenas 1/3 do nível do Canadá e 1/6 do nível da França [36]. Foi também, em 1971, o oitavo produtor de drogas [49] e é um grande consumidor de antibióticos, os quais constituem 13% de todos os medicamentos usados no mundo, mas 18% dos vendidos no Brasil em 1973 [18]. Devido à enorme quantidade de medicamentos que são comprados e usados sem controle, seria injusto atribuir somente aos médicos a responsabilidade pelos excessos em seu uso. Entretanto, o Governo poderia interferir mais enfaticamente, informando o público dos perigos do abuso de antibióticos, excesso de

raios X, uso inapropriado de outras drogas e a possível ineficácia ou iatrogenia de vários remédios não receitados.

No Hospital do INAMPS de Ipanema, no Rio de Janeiro, um estudo que começou em 1973 revelou que estavam sendo receitadas, pela equipe médica, 32,8 doses de antibióticos por paciente. Dos pacientes, 1/3 estava tomando dois antibióticos diferentes e 12% estava tomando quatro ou mais drogas diferentes, simultaneamente. Como resultado de um programa educativo especial para o corpo clínico, o número de doses por paciente foi reduzido para 16,75 em 1974 e 9,6 em 1975, isto é, para menos de 1/3 do nível prevalente antes do início do programa. Um efeito colateral positivo, provavelmente atribuível à diminuição na excessiva prescrição das drogas, foi uma sensível redução da taxa de infecções hospitalares, que passou de 6,8% em 1973 para 4,9% em 1975 [2].

Os brasileiros podem muito mais facilmente auto-receitar-se e obter livremente drogas como antibióticos ou anticoncepcionais do que as pessoas comuns em países desenvolvidos, onde esse acesso é limitado pela profissão médica e pelo governo. Esta superutilização e mesmo abuso de drogas é um fenômeno comum no Brasil, com efeitos não totalmente conhecidos. A extensão do uso de medicamentos, sem receita médica, foi objeto de um estudo especial em Nova Iguaçu, um município perto do Rio de Janeiro. Mais de 1/3 dos antibióticos foi tomado sem uma receita médica, como também 2/3 das pílulas anticoncepcionais [18].

Numa pesquisa de gastos familiares realizada em 1974, o IBGE encontrou gastos com saúde variando de 3,4% da renda nos Estados mais pobres do Nordeste a 4,3% no Rio de Janeiro e 5,3% nos Estados do Sul [18]. A parcela dos gastos em remédios variou inversamente com a da renda destinada à saúde. As famílias do Nordeste gastam a maior parte de seu pequeno orçamento destinado à saúde em medicamentos (56,7%), as do Rio de Janeiro 34% e as dos Estados do Sul 37,6% [18]. A alta participação dos gastos com medicamentos, nas despesas familiares em saúde na região Nordeste, poderia ser explicada como sendo uma decorrência de dificuldade de

acesso aos serviços de saúde, o que leva ao uso de formas alternativas de atendimento como a automedicação e às prescrições feitas por atendentes de farmácias.³ Um novo estudo no setor, numa amostra de 120.000 famílias em todo Brasil, foi realizado em outubro e novembro de 1981, cujos dados permitirão checar se o perfil dos gastos mudou.

De um modo geral, o uso, no Brasil, das assim chamadas “drogas sociais”, tais como o álcool⁴ e o fumo, parece ocorrer em níveis que as tornam danosas à saúde. O uso destas drogas e um consumo elevado de hidratos de carbono, fator importante não só da obesidade e suas seqüelas como da cárie dental, devem estar impondo grandes custos ao sistema de saúde. Uma avaliação mais aprofundada das condições de saúde da população brasileira deveria incluir o estudo de aspectos comportamentais e suas implicações. Nos Estados Unidos, onde o tema foi estudado, revelou-se a existência de grandes diferenças na mortalidade e expectativa de vida entre as populações de Utah e Nevada, apesar da estrutura similar de idade e da disponibilidade de serviços de saúde [25]. A principal variável explicativa da diferença (a favor de Utah) entre os dois Estados na estrutura da mortalidade está relacionada com o comportamento pessoal quanto ao consumo de determinados alimentos e “drogas sociais”, particularmente álcool e fumo, bem como o *stress* e características sociais, diferenciando a população mórmon de Utah da população mais secular de Nevada.

Pesquisa [31] sobre a incidência e os custos dos principais danos à saúde nos Estados Unidos informa que os custos diretos e indiretos do câncer, doenças coronarianas, a.v.c. e ferimentos causados por acidentes automobilísticos foram de US\$ 57,8 bilhões em 1975, representando nada menos que 3,8% do PNB americano. Todas essas quatro doenças estão sujeitas a redu-

³ O percentual de gastos com medicamentos não prescritos em relação ao total de gastos com medicamentos variou entre diferentes grupos sociais de 47% (gerentes) para 72% (operários de construção civil) [18].

⁴ 24% das internações psiquiátricas custeadas pelo INAMPS em 1981 foram causadas por alcoolismo [52].

ções substanciais através de medidas preventivas envolvendo mudanças comportamentais. Mas, nos Estados Unidos como no Brasil, é mais fácil identificar as soluções (parar de fumar, mudar a dieta, reduzir o *stress*, usar cintos de segurança) do que induzir as pessoas a mudarem o seu comportamento.

4.3 — A Tecnologia de Ponta

O processo de modernização da sociedade brasileira, paralelamente ao crescimento acelerado do seu sistema de saúde, favoreceu a expansão de serviços altamente especializados, os quais, beneficiando um número relativamente pequeno de pessoas, têm contribuído para agravar as desigualdades sociais no modelo médico-assistencial. Esses serviços especializados, importadores de tecnologia de ponta, incluem, entre outros, as diálises renais, cirurgias de ponte de safena, bombas de cobalto, aceleradores lineares e tomógrafos computadorizados.

Em 1978, havia aproximadamente 12 pacientes por milhão de habitantes (1.428 no total) sendo tratados por conta do INAMPS com diálise renal. O número tinha aumentado para um total de 3.000, aproximadamente 25 por milhão de habitantes em maio de 1981, um índice acima do registrado nos países do Leste europeu, mas ainda muito abaixo dos 200 pacientes por milhão de habitantes dos Estados Unidos [39] (Gráfico IV.2). O custo total para manter estes 3.000 pacientes esteve ao redor de Cr\$ 12 bilhões em 1981, ou o equivalente a aproximadamente 4% do total do orçamento do INAMPS [39].

Em 1976, o INAMPS destinou 1% de seu orçamento para financiar operações de ponte de safena e, provavelmente, deve ter gasto uma fatia ainda maior em anos recentes [39]. Um único hospital privado em São Paulo realiza mais operações de ponte de safena do que a Holanda, um país com baixa mortalidade e população um pouco maior (13,8 milhões) do que a Grande São Paulo (12,5 milhões). Esse país, no entanto, tomou a decisão política de limitar tais operações por serem consi-

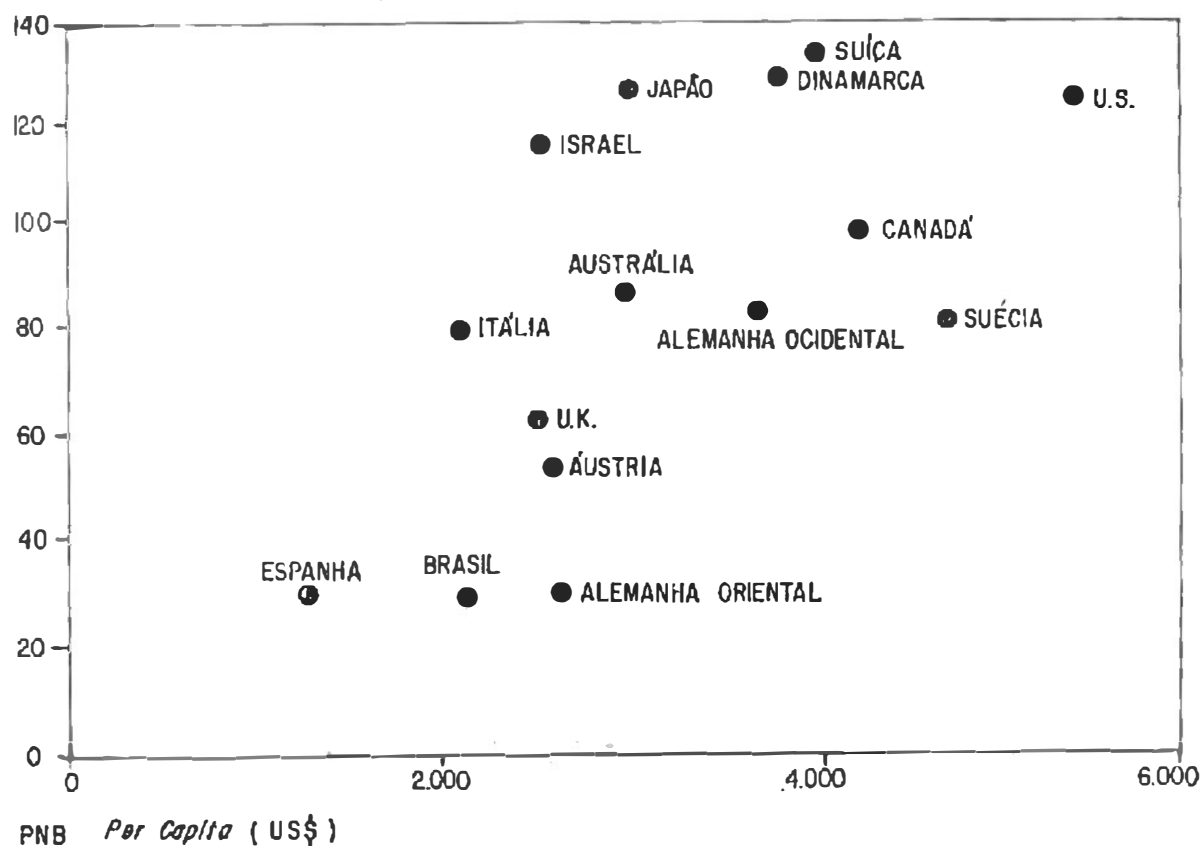
deradas ineficientes e custosas [19]. O Governo brasileiro, através do CONASP, já tomou a decisão de limitar muitos procedimentos médicos de alto custo. Ainda não foram divulgados os resultados concretos dessa decisão, nem das medidas que limitaram os tratamentos no exterior custeados pela previdência social, injustificáveis sempre que houver alternativa de igual eficácia no País.

Os 3.000 dialisados e os 7.000 pacientes submetidos a cirurgias de revascularização do miocárdio absorveram em 1981 6% do orçamento do INAMPS, ou seja, Cr\$ 22 bilhões (cerca de US\$ 206 milhões). Naquele mesmo ano os recursos para serviços básicos de saúde e controle de doenças transmissíveis totalizaram Cr\$ 20 bilhões. Esses dois programas visam básica-

Gráfico IV. 2

PACIENTES RENAIIS POR MILHÃO DE HABITANTES EM 15 PAÍSES DESENVOLVIDOS (1975) E NO BRASIL (1981) EM RELAÇÃO AO PNB *PER CAPITA*

Pacientes renais submetidos a transplante ou sob diálise renal por milhão de habitantes



mente a beneficiar, através de tratamento primário e preventivo, 41 milhões de pessoas se considerarmos apenas o Norte e o Nordeste do Brasil, onde essas atividades são mais essenciais.

Não foram só a “modernização” da sociedade brasileira e o crescimento acelerado do setor saúde, bem como o sistema de remuneração dos serviços médicos, os responsáveis pela incorporação assistematizada de tecnologias avançadas. Os meios de comunicação social, particularmente a televisão, têm sua parte de responsabilidade (atuando sobre a demanda), na medida em que incutem na audiência (em torno de no mínimo 80 milhões de pessoas no Brasil) a convicção, freqüentemente equivocada, de que a qualidade da assistência médica tem estreita correlação com sofisticação tecnológica. Não menos influente é a educação médica, baseada no treinamento hospitalar, formando profissionais não vocacionados para o trabalho em ambulatório ou no domicílio do paciente, alternativas sabidamente mais eficientes de atenção médica tendo em vista o tipo de necessidades predominantes na maioria da população brasileira.

Um outro exemplo da presença crescente de tecnologia de ponta no sistema de saúde pode ser encontrado na aparelhagem médica disponível, cujo aumento nos últimos anos teve reflexos diretos no quadro de importações. As importações de equipamentos e outros materiais médicos passaram de US\$ 78.6 milhões em 1977 para US\$ 98.8 milhões em 1979 [16]. Desse último total, US\$ 12.3 milhões foram isentos do imposto de importação, conforme previsto no Decreto n.º 76.063/75 [5].

O Brasil dispunha, em 1980, de 94 Bombas de Cobalto e de 37 Aceleradores Lineares. Esse último tipo de aparelho só deveria ser instalado em Centros Oncológicos de excelência, mas é pouco provável que o Brasil disponha de 37 Centros de Tratamento de Câncer que possam ser classificados como de excelência. O índice recomendado por especialistas, uma Bomba de Cobalto para um milhão de habitantes, já foi ultrapassado: a média em 1980 era de 1/911 mil.

O mesmo fenômeno repete-se com os Tomógrafos Computadorizados, o mais recente e fascinante avanço da tecnologia

médica na área de meios de diagnóstico. Entre 1975 e 1980, foram importados 45 desses aparelhos, dos quais 21 no último ano referido. Do total de tomógrafos, 14 são específicos para crânio (US\$ 600 mil cada) e 31 para tomografia de corpo inteiro (US\$ 1 milhão cada). Enquanto a França adota como norma a disponibilidade de um Tomógrafo para cada 5 milhões de habitantes, no Brasil, em 1980, essa relação era de 1/2,6 milhões, chegando a 1/1,6 milhão na região Sudeste, onde estão instalados cerca de 70% desses aparelhos [15].

Como 39 (86%) desses aparelhos pertencem ao setor privado, é evidente que devem produzir exames na quantidade necessária para, no mínimo, recuperar o capital investido. Pode ser válida a conclusão de que, para alcançar esse objetivo, sua utilização passe a desatender indicações técnicas mais seletivas, e o emprego de tomografias se vulgarize na obtenção de diagnósticos que poderiam ser alcançados por processos convencionais menos dispendiosos [55].

No campo da saúde, segundo Maxwell: "As principais decisões sobre consumo não são tomadas pelos consumidores, mas pelos produtores. É o médico quem decide que serviços iremos utilizar; eles são, pois, os principais determinantes de como os recursos são utilizados em todo o setor de saúde. A quantidade e qualidade dos serviços médicos tende a crescer até o ponto onde, no julgamento dos produtores, o benefício marginal de serviços adicionais é zero. Resumindo, quando médicos e hospitais são pagos por cada item de serviço, eles, sem dúvida, se perguntam se um item adicional irá beneficiar o paciente, mas não se perguntam se o mesmo paciente (ou a organização que paga a conta) gostaria de gastar seu dinheiro de outra maneira" [40]. O médico é solicitado a lidar com pacientes específicos e a oferecer toda a ajuda disponível na ciência médica, não importando o custo. Não seria justo culpar cada médico por escolher as tecnologias que lhe pareçam mais efetivas. O que é essencial é criar um sistema ou um mecanismo de escolha para o médico, que possa encorajá-lo a um uso socialmente mais eficiente dos recursos. O juramento hipocrá-

tico requer, rigorosamente, o que Maxwell chama de uma aplicação de recursos até onde o benefício marginal seja zero. Este princípio ético individual opõe-se aos objetivos sociais de aplicar os recursos a um dado paciente somente até o ponto onde o benefício marginal não seja menor do que na aplicação de recursos a todos os outros pacientes. Essa escolha deve ser feita pela sociedade não apenas com o objetivo, no caso menos relevante, de diminuir os gastos setoriais, mas principalmente tendo em vista a redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Um dos instrumentos de que dispõe o Governo para isso é o poder de decidir sobre a grande maioria dos gastos setoriais e sobre as formas e valores da remuneração dos produtores (profissionais de saúde, hospitais, etc.), em sua quase totalidade vinculados de alguma forma à previdência social.

Não será fácil induzir produtores e consumidores a oferecerem e procurarem serviços mais simples, ainda que eficazes, em substituição à conduta usual de utilizar, como rotina, recursos especializados, às vezes altamente sofisticados. O elevado consumo de serviços de alto teor tecnológico, que muitas vezes pouco ou nada acrescentam à saúde do paciente, deve-se também a um tácito entendimento entre médico e paciente. Isso é particularmente verdadeiro quando entre um e outro interpõe-se um terceiro interveniente que paga as despesas; no caso brasileiro esse personagem é o INAMPS [54].

Na rotina diária de muitos atendimentos ambulatoriais custeados pela previdência, o médico tende a subestimar o contato e o diálogo com o paciente, substituindo-os por baterias de exames de laboratório e outros atos complementares. Essa conduta tem várias causas. O fascínio pela sofisticação tecnológica, o sistema de remuneração a que estão vinculados, ou até mesmo as condições desfavoráveis de trabalho. As duas últimas contribuem para que o profissional muitas vezes queira livrar-se do paciente o mais depressa possível [54].

Os pacientes, por sua vez, são vítimas inconscientes da mitificação da alta tecnologia médica e do envolvimento do especialista pelos meios de comunicação de massa. Isso faz

com que passem a vincular a qualidade do atendimento que recebem à frequência, variedade e complexidade dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica a que são passivamente submetidos e ao número de especialistas para os quais são encaminhados [54].

CAPÍTULO V — FONTES DE CUSTEIO PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Não são ainda visíveis perspectivas imediatas de mudanças na estrutura de custeio do sistema de saúde no Brasil. Os recursos para a assistência médica previdenciária, ao que tudo indica, continuarão a vir de taxas incidentes sobre os salários; os impostos gerais, por sua vez, continuarão a ser a fonte principal de financiamento dos programas do MS. Mudanças, particularmente no primeiro caso, poderiam ser oportunas. Substituir a alíquota sobre as folhas de salários pagos pelo empregador por uma taxa que penalize o faturamento bruto pode ser uma das formas, entre outras, de incentivar as empresas de mão-de-obra intensiva em uma época de crise na oferta de emprego.

As receitas do SINPAS estão previstas para crescer, de 1983 a 1985, a um nível de 3% ao ano. Entretanto, para os gastos totais em saúde está previsto um crescimento de 9,0% entre 1982 e 1983, passando, respectivamente, para 8 e 7% nos dois anos seguintes (Tabela III.2). O incremento dos recursos, presume-se, deverá vir do Tesouro (impostos gerais), já que com um crescimento de apenas 3% e pressionado pelos irredutíveis dispêndios com prestações pecuniárias é, no mínimo, improvável que o SINPAS possa contribuir de forma mais significativa para o crescimento do sistema.

A receita global do SINPAS, em 1981, foi da ordem de Cr\$ 1,369 bilhões (Tabela II.5). Os aumentos das alíquotas de contribuição verificados no começo de 1982 fizeram subir, em percentuais variados, a participação tanto dos empregados como dos empregadores, de forma que a receita do SINPAS em 1983, incluídas todas as suas fontes, deverá ser de Cr\$ 6.494 bilhões, projetada para crescer (3% ao ano) até Cr\$ 6.688 bilhões e Cr\$ 6.889 bilhões em 1984 e 1985, respectivamente. Assumindo, com otimismo, que 25% das receitas do SINPAS possam ser aplicadas em saúde, os fundos daquela fonte seriam de Cr\$ 1.623 bilhões, Cr\$ 1.672 bilhões e Cr\$ 1.722 bilhões para os anos de 1983 até 1985, todos estabelecidos em cruzeiros de 1983. Os recursos do Tesouro destinados à saúde, de acordo com as projeções do CNRH, crescerão 3% a partir de 1983, conforme consta da Tabela V.1. Quando estas estimativas são comparadas com os gastos projetados em saúde (coluna 5 da mesma tabela), verifica-se que os recursos provenientes do SINPAS e do Tesouro serão insuficientes, diante dos dispêndios previstos. Essa insuficiência teria de ser coberta por alocações oriundas de outras fontes, as quais teriam de destinar Cr\$ 202 bilhões em 1983, Cr\$ 318 bilhões em 1984 e Cr\$ 418 bilhões em 1985.

Em 25 de maio de 1982, o Governo Brasileiro criou o FINSOCIAL, que poderá gerar em 1983 cerca de Cr\$ 600 bilhões (US\$ 1,2 bilhão). Esses recursos são administrados pela SEPLAN, já que o BNDES, entidade gestora do FINSOCIAL, foi, por ocasião da criação do Fundo, transferido do âmbito do MIC para a área do Planejamento. A receita do Fundo tem origem na chamada "contribuição social" de 0,5% sobre a receita bruta das empresas públicas e privadas, que realizam venda de mercadorias, bem como das instituições financeiras e das sociedades seguradoras. Para as empresas públicas e privadas prestadoras de serviços, a contribuição é de 5% do imposto de renda devido. Para não perturbar a competitividade dos produtos brasileiros vendidos no exterior, a contribuição social não incide sobre a venda de mercadorias ou serviços destinados à exportação. A essa fonte — a contribuição social —

o Fundo poderá agregar ainda recursos orçamentários da União, o retorno de suas eventuais aplicações em forma de empréstimos, bem como outros recursos internos ou do exterior, compreendendo repasses e financiamentos. O FINSOCIAL, ou, mais precisamente, a contribuição social (art. 1.º do Decreto-Lei n.º 1.940, de 25 de maio de 1982), destina-se a custear investimentos de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação e amparo ao pequeno agricultor [8].

Essa fonte adicional já começou a ser utilizada para a expansão de serviços básicos de saúde nas áreas rurais e periurbanas dos grandes centros, para o controle de doenças transmissíveis (sobretudo, malária, de Chagas, tuberculose, hanseníase, diarréias e evitáveis por imunização) e, ainda, para crescer a cobertura e melhorar a qualidade dos programas de distribuição de alimentos para a população carente e para os escolares (Tabela V.2), nos termos de propostas elaboradas pela SEPLAN e aprovadas pelo Presidente da República.¹ Es-

TABELA V.1

BRASIL: ESTIMATIVAS DE RECURSOS DO TESOIRO E DO SINPAS PARA O SETOR SAÚDE — 1983/85

Anos	Fontes em Cr\$ Bilhões de 1983			Gastos	
	SINPAS (Saúde)	Tesouro (Saúde)	Finsocial e Outras	Cr\$ Milhões de 1983	US\$ Milhões de 1983
1983	1.623	295	202	2.120	6.0
1984	1.672	304	318	2.294	6.5
1985	1.722	313	418	2.453	7.0

Nota: Estimativas com base na Tabela III.2.

¹ De acordo com o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.940 que criou o FINSOCIAL, a aplicação dos recursos será feita em programas e projetos elaborados segundo diretrizes estabelecidas pelo Presidente da República.

TABELA V.2

BRASIL: RECURSOS ORIUNDOS DO FINSOCIAL POR ÁREA
— 1982/83^a

(Em Cr\$ bilhões correntes)

Áreas	Total	1982	1983
<i>Total</i>	325,3	75,3	250,0
Alimentação e Nutrição	104,3	26,3	78,0
Escolares	...	14,4	...
Outros ^b	...	11,9	...
Serviços Básicos de Saúde	13,7	2,5	11,2
Controle de Doenças Transmissíveis	24,3	12,0	12,3
Doenças Endêmicas	12,0	12,0	—
Outras ^c	12,3	—	12,3
Assistência Farmacêutica	25,0	—	25,0
Outras Áreas	158,0	34,5	123,5

Fonte: E.M. SEPLAN n.ºs 426, de 13 de setembro de 1982, 662, de 1 de dezembro de 1982 e 62, de 13 de abril de 1983.

^a Até abril.

^b Gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de famílias com renda mensal até dois salários mínimos.

^c Doenças diarreicas, tuberculose, hanseníase e evitáveis por imunização (sarampo, difteria, tétano, coqueluche e pólio).

pera-se que essa fonte seja utilizada para a ampliação dos programas sociais em geral e de saúde em particular. Não obstante, como o aumento da receita do SINPAS resultante de alteração no regime de contribuição em 1982 não foi suficiente para expandir recursos à assistência médica, e como o MS vem tendo sua participação gradualmente reduzida no orçamento da União, o FINSOCIAL corre o risco de ser uma fonte meramente substitutiva de recursos e não uma fonte adicional. Essa possibilidade, entretanto, não é considerada nas projeções do IPEA/CNRH.

CAPÍTULO VI — POLÍTICA DE SAÚDE

6.1 — Modelos de Sistema de Saúde

O pluralismo institucional do sistema de saúde brasileiro encontra modelos similares em diversos outros países. Os sistemas de assistência médica dependentes de seguro social, como o do Brasil, foram inicialmente implantados nas nações mais industrializadas da Europa, generalizando-se depois para todos os continentes, embora nos países em desenvolvimento abarquem, em geral, apenas um pequeno percentual da população nacional.

Basicamente, os diversos programas de assistência médica estabelecidos através de regimes de seguro social podem ser divididos em dois grandes grupos: os sistemas diretos, nos quais os serviços são prestados por pessoal e instalações pertencentes ao regime de seguro social, e os indiretos, em que o regime previdenciário utiliza os serviços de saúde já estabelecidos, em geral privados, mediante contratos ou acordos para que prestem atendimento aos seus beneficiários.

A América Latina [47] apresenta vários modelos. Em 18 países, há sistemas de serviço de saúde administrados pelo Ministério da Saúde, financiados por impostos gerais, paralelamente a serviços ligados à Previdência Social. Bolívia, Colômbia,

bia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela têm um ou mais Institutos de Seguro Social — financiados de forma exclusiva por contribuições pessoais de trabalhadores e empregados — que administram os serviços de assistência médica. No Chile, na Costa Rica e no Brasil o financiamento do sistema de previdência social inclui uma participação governamental,¹ inclusive através de impostos gerais (Chile) ou especiais, complementando as contribuições salariais. Na Argentina e no Uruguai há um grande número de órgãos de seguro social ou similares, organizados segundo a atividade sindical ou ação mutualista, ainda não unificados.

Em outros 12 países, o regime de seguro social não está diretamente comprometido com a prestação de serviços de saúde. No Canadá e em Cuba vigora o regime único de atenção à saúde, sendo que no primeiro há um seguro universal de saúde baseado em hospitais comunitários tradicionais e na prática individual de medicina, enquanto que no segundo o Estado é o financiador e executor exclusivo do sistema.

Bahamas, Barbados, Granada, Guiana, Jamaica, Suriname, Trinidad e Tobago, mais os países vinculados à França, Holanda e Inglaterra, contam com sistemas de saúde governamentais, pois a previdência social não se envolve com o setor; assim, à margem do subsistema de saúde pública, existem somente os serviços privados.

Nos Estados Unidos a prestação de serviços está, fundamentalmente, sob a responsabilidade do setor privado, mas cresce a presença federal com esquemas diretos e, principalmente, indiretos de cuidados às pessoas economicamente carentes e a determinados grupos da população (veteranos das forças armadas, índios, idosos).

¹ No Brasil, a União é responsável pelas despesas administrativas do sistema, inclusive pagamento de pessoal.

6.2 — Responsabilidades Institucionais

O Decreto-Lei n.º 200, de fevereiro de 1967, dispendo sobre a Reforma Administrativa, incluiu entre as atribuições do Ministério da Saúde a de formular a Política Nacional de Saúde [7]. As tentativas — pelo menos duas — no sentido de exercer essa atribuição não tiveram, por diferentes motivos, a indispensável eficácia. A primeira, em 1968, foi consubstanciada no chamado “Plano Nacional de Saúde”, que, entre outras mudanças substantivas no sistema de saúde, transferiria integralmente, ao setor privado, a responsabilidade da prestação de serviços médico-hospitalares, inclusive mediante a privatização da rede oficial, e ainda — se implementada — retiraria a assistência médica do âmbito da previdência social, situando-a no Ministério da Saúde.

A segunda tentativa em 1973 [14], não menos infrutífera, reiterava esse último objetivo, ou seja, de integrar no Ministério da Saúde todos os serviços e estruturas divididas entre esse Ministério e o MPAS.

Pouco tempo depois, o II PND (1975-1979) [17], propondo “... clara definição institucional do setor com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação”, definiu as áreas de atuação do MS e do MPAS, desacelerando, assim, quaisquer pretensões hegemônicas, ao atribuir ao primeiro, “... de caráter eminentemente normativo, uma ação executiva voltada para medidas e atendimentos de interesse coletivo...”, e ao MPAS uma “... atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado”. Essa divisão de atribuições manteve sua imprecisão com a Lei n.º 6.229, de 17 de junho de 1975, dispendo sobre o Sistema Nacional de Saúde [10].

A competência do MS, literalmente consignada no Decreto-Lei n.º 200/67, para formular a política de saúde sofreu substancial redução com a vigência da Lei n.º 6.118/74, que criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) [9]. Essa Lei revogou expressamente o Parágrafo 3.º do artigo 156 do De-

creto-Lei n.º 200, segundo o qual a assistência médica da previdência social subordinava-se à Política Nacional de Saúde. Essa decisão, se contribuiu para proteger a previdência social da recidiva de um possível, ainda que improvável, ímpeto hegemônico do Ministério da Saúde, privou a política do setor de um componente fundamental — a assistência médica —, seguramente o mais importante e complexo, tanto do ponto de vista do volume de recursos que absorve, como dos aspectos polêmicos envolvidos na sua organização.

A posterior promulgação da Lei n.º 6.229/75, embora reiterando a posição do MS como formulador da política, não alterou a restrição legal quanto à atenção médica. A essa limitação do MS associa-se outra, que é a incapacidade do órgão formulador de política em direcionar os recursos setoriais. Ainda que mantida a integralidade da Política Nacional de Saúde, conforme originalmente explicitado no Decreto-Lei n.º 200, a sua elaboração — no modelo brasileiro para o setor saúde — não configura, na prática, a efetividade que a letra dos textos legais apresenta.

Na medida em que a estrutura pluralista do Sistema Nacional de Saúde, legitimada com a Lei n.º 6.229, confiou competências específicas a vários Ministérios (MS, MPAS, MTb, MINTER e MEC) financeiramente mais poderosos (com exceção do MTb) do que a pasta da Saúde, a formulação da política setorial reduz-se, de fato, ao mero exercício intelectual de redigir diretrizes e normas, para cujo cumprimento a instituição elaboradora (MS) nem sempre dispõe de instrumentos coercitivos apropriados. Em outras palavras: na medida em que — para citar dois exemplos clássicos — a assistência médica e as ações de saneamento básico sejam custeadas respectivamente com recursos oriundos da contribuição previdenciária e do SFH, administrados de forma autônoma pelo MPAS e MINTER, a formulação da política setorial pelo MS dificilmente ultrapassará o campo da retórica.

Depois de mais de sete anos de vigência da Lei n.º 6.229, que representou a primeira tentativa formal de ordenação institucional do setor, poucos foram os progressos alcançados com

vistas a esse objetivo, em grande parte por força das imprecisões e dubiedades — e até mesmo impropriedades — do texto legal, agravadas pela não expedição de Decreto regulamentador.

Apesar dos esforços de articulação interinstitucional que vêm sendo realizados, através de órgãos colegiados e até mesmo mediante a proposição de programas comuns, a dicotomização mantêm-se, acarretando dificuldades na condução do SNS. A reconhecida falta de unidade de comando na condução da política setorial ainda não foi corrigida; assim, nem o Ministério da Saúde passou a exercer de fato a coordenação do setor, nem foi alterado o quadro institucional historicamente composto por múltiplas entidades federais, estaduais, municipais e privadas — que desenvolvem suas atividades quase que totalmente dirigidas ao mercado previdenciário, sem obediência a mecanismos eficazes de articulação.

6.3 — Mudanças no INAMPS

A maioria dos problemas do sistema de saúde brasileiro, identificados e resumidamente descritos neste documento, já é bem conhecida pelos diferentes níveis de governo. Algumas ações já estão em andamento para alterar o sistema, objetivando torná-lo mais eficiente, no sentido de reduzir os custos dos serviços oferecidos à população, e mais eficaz, de forma a estender sem desigualdades esses serviços a todos que deles necessitem.

Mudanças importantes estão ocorrendo no INAMPS desde fins de 1981, incluindo: um novo sistema de pagamentos para hospitais universitários que os remunere mais adequadamente no atendimento de pacientes previdenciários; restrições em hospitalizações eletivas nos hospitais privados; e prioridade aos hospitais do setor público e universitários, para a execução de exames e tratamentos mais sofisticados, de custo unitário elevado. O fato de que estejam em curso alterações significativas

iniciando um processo de transformações maiores no campo da saúde evidencia quão rapidamente evolui a política de saúde no Brasil. Medidas similares, dois anos antes, tinham sido consideradas inviáveis, levando ao arquivamento do PREV-SAÚDE (ver Subseção 6.3.3).

Em seus esforços para controlar custos, o INAMPS começou a experimentar formas alternativas de remuneração dos contratos com hospitais privados e a implantar limitações aos atendimentos e internações, os quais, com evidente liberalidade, vinham sendo rotulados como de emergência. A partir de 1981, a previdência social vem procurando limitar esses atendimentos de emergência a 15% do total nos hospitais e clínicas privados.

6.3.1 — O “Plano de Curitiba”

Em janeiro de 1981, no Paraná, a superintendência estadual do INAMPS iniciou em Curitiba um programa-piloto com vistas à melhor racionalização do uso dos serviços privados, redução das filas nas unidades do INAMPS e melhoria em geral do atendimento às necessidades básicas de saúde da população previdenciária.

O denominado “Plano de Curitiba” apresenta três aspectos principais: o primeiro refere-se basicamente à organização da rede de médicos autônomos, os quais, na condição de “credenciados”, atendem em seus consultórios privados a clientela encaminhada pelo INAMPS; o segundo diz respeito ao emprego de critérios mais seletivos de hospitalização, de forma a evitar internações de pacientes que poderiam ser tratados em ambulatório; finalmente, o terceiro aspecto inclui a implantação de um novo sistema de pagamento de contas hospitalares. Segundo esse novo processo, passou a ser pago a cada hospital privado um valor fixo por tratamento que executasse em paciente internado, independente do número de dias que durasse a hospitalização ou da quantidade de atos médicos que fossem realizados. Antes disso, o valor da conta hospitalar variava em função de inúmeros fatores, tais como o número de

dias de internação e a quantidade de medicamentos e de exames complementares, criando assim incentivos à multiplicação de atos nem sempre necessários. O novo sistema, ao contrário, estimula a redução do consumo, o que, obviamente, não está livre de distorções.

O plano, no entanto, tem potencialidades para reduzir bastante o número de pacientes que, como resultado de consultas, são encaminhados à hospitalização. De acordo com Alceni Guerra, ex-superintendente do INAMPS no Paraná, 85% dos pacientes de ambulatório tiveram seus casos resolvidos sem serem encaminhados a um outro nível de serviço e sem terem que retornar a uma longa fila de espera. As hospitalizações foram reduzidas em 30% no total e apenas 5% das consultas geraram internações, abaixo, portanto, da média brasileira de 6,5% em 1981 [34]. Uma avaliação preliminar em setembro de 1981 mostrou que o serviço tinha melhorado aos olhos dos usuários; 78% desses informaram que o serviço estava melhor, sendo que 93% dos entrevistados tinham sido atendidos por um médico em até 15 minutos após sua chegada nas clínicas objeto do estudo.

O “Plano de Curitiba” tem alguns pontos de semelhança com o Serviço Nacional de Saúde britânico, que é caracterizado pelo modelo de prática geral, com um mecanismo de encaminhamento entre os níveis primário (prática médica geral), secundário e terciário. Na Inglaterra, mais de 80% dos casos de doença que chegam ao Serviço Nacional de Saúde encontram solução junto ao clínico geral e menos de 2% dos casos de doença realmente requerem hospitalização.

A diferença principal do Plano de Curitiba com a forma de trabalho convencional do INAMPS é a substituição, no sistema de remuneração por US, por pagamentos globais a prestadores privados segundo um “procedimento” previamente identificado. O sistema de triagem nas clínicas do INAMPS coloca, em boa parte, a decisão a respeito de qual o tratamento apropriado nas mãos do médico-auditor do INAMPS, e não nas dos hospitais privados ou dos médicos para onde o paciente foi encaminhado. Se forem apresentados custos acima do que foi

pago pelo INAMPS, o hospital deve absorvê-los, o que, do ponto de vista oficial, acontecerá poucas vezes, pois na quase totalidade dos casos, segundo a mesma opinião, haverá lucro sem qualquer superfaturamento. Se, como diversos especialistas brasileiros sugerem, muitos testes, exames e serviços executados não são realmente úteis, este novo sistema de pagamento poderia reduzir os custos, mantendo, entretanto, a qualidade dos serviços, desde que o sistema de auditoria médica funcione de forma adequada.

Não se pode descartar a possibilidade de que as distorções que se espera corrigir sofram apenas mutações, assumindo novas formas. Por exemplo, em lugar de multiplicar o número de atos em cada paciente, o rentável passará a ser o oposto: efetuar o menor número possível para reduzir os gastos operacionais, tendo em vista que o valor a ser pago pelo INAMPS é fixo. Ademais, na nova modalidade, desloca-se a possibilidade de fraude para o campo do diagnóstico, pois procedimentos mais complexos continuam sendo melhor remunerados.

Em meados de 1982, não havia ainda evidência de que os custos por hospital para o INAMPS eram menores com o Plano de Curitiba. Isto se deu porque os pagamentos iniciais dos procedimentos feitos aos hospitais tomaram por base os valores mais elevados vigentes no regime anterior (US); essa aparente generosidade parece ter sido uma tática para quebrar resistência ao novo esquema. Mesmo assim, estava ocorrendo sensível diminuição do número de internações, possibilitando uma economia que certamente não deve ser desprezível. O problema está em saber se esta redução nas internações poderá ser mantida, ou se ela é apenas uma consequência passageira, típica de um período de transição durante o qual os prestadores de serviços tentam adaptar-se às novas regras.

Para o controle tornar-se respeitado, há que gerar consequências práticas que permitam corrigir os problemas detectados. O caso do Paraná é elucidativo. A rede hospitalar do estado é quase toda privada. Algumas casas de saúde apresentavam irregularidades praticamente constantes. O super-

faturamento, com a cobrança em excesso de diárias e outras distorções, repetia-se monotonamente. O máximo que ocorria era a identificação pelo INAMPS do seu prejuízo e a cobrança com fins de ressarcimento. A justificativa para a não rescisão dos contratos com esses hospitais é a impossibilidade de substituição no atendimento à população; notadamente no interior (e para certas especialidades nas grandes cidades), o hospital contratado é o único existente, além de haver o reconhecimento unânime de que o valor das diárias pagas pelo INAMPS é realmente reduzido, tornando o tratamento, apesar das fraudes, mais barato do que se prestado em um hospital próprio. Embora legalmente possível, o INAMPS — salvo em uma única oportunidade conhecida² — não interveio em hospital privado reincidente contumaz. Essa intervenção poderia ser transitória, até que o controle da empresa fosse entregue a outro grupo privado de reconhecida idoneidade, ou assumir caráter permanente.

6.3.2 — O INAMPS e os Serviços Básicos de Saúde

Uma característica peculiar do sistema de saúde brasileiro está no seu papel redistributivo. No caso dos recursos oriundos do Tesouro, esse papel está bem explícito na Tabela II.10, onde se pode constatar que o MS repassou em 1982 aos Estados das regiões mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) 71% dos recursos. A função redistributiva do INAMPS, já discutida neste documento, tem como principal mecanismo os seus convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas sobretudo ao custeio de serviços básicos de saúde.

A Tabela III.4 contém o número de estabelecimentos de saúde existentes em cada região e no Brasil em fins de 1981. Observa-se a nítida predominância do setor público no que respeita às unidades de atenção básica (PS, CS, UM e PAM),

² No início da década de 70 a previdência social assumiu o controle do Grupo Conceição, em Porto Alegre (RS), depois de constatadas irregularidades constantes e insanáveis.

invertendo-se a situação quando se trata da prestação de cuidados hospitalares para os quais a rede privada é majoritária, chegando a, por exemplo, uma relação de 3:1 na disponibilidade de leitos. Por outro lado, enquanto a rede de Postos de Saúde privilegia fundamentalmente as regiões mais desfavorecidas, a estrutura hospitalar privada e pública, em sua maioria, concentra-se nas regiões Sudeste e Sul.

Em 1973, dos 4.000 municípios brasileiros, aproximadamente metade não contava com médicos residentes (a maioria nas regiões Norte e Nordeste). Surpreendentemente, 175 municípios dos 570 do Estado de São Paulo, isto é, 31% deles, também não tinham médicos presentes [27]. Não é de se estranhar que exista uma maior correlação positiva entre o nível de renda e a existência de médicos ($r = + 0,78$), ao invés de entre população e médicos ($r = + 0,45$), quando se comparam as distribuições percentuais dessas variáveis, por região [42]. Na verdade, os médicos tendem a estabelecer-se nas localidades onde existam recursos financeiros disponíveis para comprar os seus serviços. Tentando contrabalançar as desigualdades de distribuição dos serviços médicos, programas como o PIASS passaram a promover a criação de serviços básicos de saúde nas cidades, vilas e povoados mais desprotegidos e, conseqüentemente, com um grande volume de necessidades não atendidas.

Inúmeros indicadores demonstram as diferenças entre o *status* de saúde das regiões ricas e pobres do Brasil. Um deles é a expectativa de vida ao nascer. No Nordeste, na época do Censo de 1970, a expectativa de vida, para o sexo masculino, era de aproximadamente 48 anos, enquanto para o sexo feminino, como na maioria das populações, era um pouco maior, situando-se em torno de 52 anos. Já no Sudeste, a expectativa de vida dos sexos masculino e feminino era de 60 e 64 anos, respectivamente. Os programas de atenção primária, que contribuiriam para eliminar certas causas de morte, tais como tuberculose, influenza, pneumonia, bronquite, moléstias diarréicas, outras doenças infecciosas e parasitárias e mortalidade materna, ajudariam a aumentar a expectativa de vida em aproxima-

damente 14 anos no Nordeste do Brasil e em seis anos no Sudeste.³

O INAMPS tem fornecido recursos para apoiar a rede básica de saúde⁴ que inclui aproximadamente 8.750 unidades, das quais 11% estão no Norte, 45% no Nordeste, 25% no Sudeste, 5% no Centro-Oeste e 14% no Sul (Tabela III.4). Esse esforço para redistribuir a oferta de serviços de saúde ainda não é suficiente, já que no Sudeste do País o número de consultas médicas *per capita* ainda é o dobro do registrado no Nordeste, por exemplo. A reorientação dos recursos financeiros, já analisada no Capítulo III, teria que ser baseada em maior ênfase nos cuidados primários, de forma a atender os problemas de saúde de maior prevalência, sobretudo no Nordeste. Um remanejamento dos recursos do INAMPS ao longo destas linhas poderia contribuir para aumentar a expectativa de vida no Nordeste e outras regiões deprimidas, pela redução da incidência das chamadas “doenças do subdesenvolvimento”.

6.3.3 — Administração das Políticas de Saúde Previdenciária

O mais recente e importante instrumento de mudanças substantivas na política de atenção médico-hospitalar do INAMPS é o “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social”, formulado pelo CONASP em agosto de 1982. Este conselho consultivo, vinculado ao MPAS e composto por representantes de sete Ministérios e de sete entidades de empregados e empregadores (inclusive um do Conselho Federal de Medicina), foi criado pelo Decreto n.º 86.329, em setembro de 1981. Nos termos do Decreto, o Conselho deve ser presidido por um médico de reconhecido

³ Estas estimativas não são baseadas diretamente em dados brasileiros com relação a causas de morte, mas numa coorte internacional relatada por Golladay e Liese [28] e numa revisão da equipe do Banco Mundial sobre problemas e políticas de saúde dos países em desenvolvimento.

⁴ PS, CS e UM.

prestígio profissional, nomeado pelo Presidente da República para um mandato de quatro anos [6].

As atribuições do CONASP incluem opinar sobre a organização da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos, recomendar políticas ou modalidades de financiamento, analisar e avaliar a operação e o controle do sistema de assistência médica.

Antes mesmo da elaboração do Plano de Reorientação, o Conselho emitiu (dezembro de 1981) diretrizes com vistas à redução das despesas com atos médicos de alta tecnologia, como diálise renal, cirurgia cardiovascular, transplantes, tomografia computadorizada e medicina nuclear.

O Plano de Reorientação tem como pontos principais:

- prioridade à atenção primária e aos cuidados ambulatoriais;
- integração das diferentes agências públicas em um sistema único;
- eliminação da capacidade ociosa do setor público;
- fixação de limites orçamentários para a assistência médica;
- administração descentralizada dos serviços;
- reconhecimento da participação complementar do setor privado na prestação de serviços médicos;
- estabelecimento de critérios mais racionais nos programas do INAMPS;
- simplificação dos mecanismos de pagamento aos serviços prestados por outras agências, públicas e privadas, em decorrência de convênio ou contrato com a previdência social;
- racionalização na prestação de serviços altamente especializados e de tratamento médico no exterior; e
- implantação gradual da reforma no subsistema.

A assistência médica prestada pelo INAMPS é bastante complexa, envolvendo 10 diferentes modalidades, que abran-

gem desde as unidades ambulatoriais e hospitalares do próprio INAMPS até a concessão de subsídios a empresas que se responsabilizem pela assistência médica dos seus empregados e dependentes. Como todo esse subsistema cresceu de forma descoordenada e muito rápida, sobretudo nos anos 70, quando havia relativa abundância de recursos, nos dias de hoje as restrições na disponibilidade de recursos passaram a exigir uma maior seletividade na sua expansão e um melhor uso dos recursos existentes.

Essas medidas, via CONASP, tornam-se mais viáveis, reduzindo os riscos de confronto entre os diferentes interesses em jogo — produtores, consumidores e Governo —, embora a representatividade desses interesses não esteja eqüitativamente distribuída no CONASP, onde são majoritários os representantes do Governo. Mesmo assim, o Conselho é, no mínimo, um fórum apropriado para refletir os anseios e pontos de vista dos segmentos com representação minoritária.

Órgãos colegiados consultivos são, muitas vezes, não mais que interessantes fóruns de debates. No caso particular do CONASP, é necessário reconhecer que sua efetiva influência na conduta do INAMPS está bastante ligada a dois fatores importantes: o fato de o Presidente do Conselho ter forte respaldo político, não só do MPAS mas fora dele; e a sua simultânea condição de Presidente do INAMPS. A ausência, no futuro, de quaisquer dessas duas condições poderá alterar substancialmente o papel do CONASP, enfraquecendo-o. A exigência formal para ocupar a função de Presidente do CONASP — “notório saber e reconhecida experiência profissional” — só se torna conseqüente, em boa medida, porque complementada pelos dois fatores mencionados.

As proposições contidas no Plano reeditam, em boa medida, ainda que com outra roupagem, as diretrizes e o conteúdo fundamental do PREVSAÚDE [13], plano elaborado em 1979 e que propunha alterações substantivas, ainda que graduais, na política de saúde, mas que não teve êxito por força de diferentes pressões, tanto do setor privado como de alguns setores oficiais. Em 1979, ainda não se havia evidenciado pu-

blicamente a crise de recursos na previdência social, que levou o Governo, em 1981, a aumentar o valor das contribuições de empregados e empregadores. Medidas de austeridade encontravam pouca receptividade nos anos 70. Ainda predominava, no âmbito da previdência social principalmente, o clima de euforia proporcionado pela relativa abundância de recursos gerada no período de crescimento econômico experimentado pelo Brasil nos anos que antecederam a crise econômica mundial.

CAPÍTULO VII — QUESTÕES REMANESCENTES

O sistema institucional de prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde tende, a médio e longo prazos, a ser *universalizado* em relação à clientela e *descentralizado* quanto às responsabilidades executivas. Em outras palavras, busca incorporar a totalidade da população brasileira, como beneficiária direta de subsistemas locais ou regionais, definidos de acordo com as respectivas peculiaridades.

O primeiro objetivo — a universalização — significa a concretização de uma tendência delineada pelo desenvolvimento da previdência social; o segundo requer, antes de mais nada, para ser alcançado, o consenso sobre o fato de que a descentralização será, por definição — em confronto ao seu oposto (a centralização) —, mais democrática, e os sistemas sociais concebidos sob sua ótica terão maior possibilidade de atingir a eficiência.

Não obstante, esses dois objetivos, ainda que alcançados, não asseguram por si sós uma distribuição mais equânime dos serviços entre os diferentes segmentos sociais. Ao contrário, podem perpetuar desigualdades. A ausência de regras gerais claras, centralmente estabelecidas, pode permitir políticas locais equivocadas, de caráter discriminatório, que obstaculizem a equalização do direito de acesso aos serviços, uma das vantagens, talvez a única, dos sistemas de saúde unificados de

comando vertical em países de grande extensão territorial e de contextos sociais e econômicos heterogêneos, como é o caso do Brasil.

A manutenção do quadro político-institucional brasileiro, caracterizado por uma democracia representativa liberal e por um regime de economia de mercado, e a influência de outros fatores que desenham o perfil cultural, político, social e econômico do País asseguram que o sistema de saúde brasileiro deverá conservar duas de suas características básicas:

- um papel crescente do Estado, particularmente no que diz respeito à sua responsabilidade no financiamento e no controle geral do sistema; e

- a presença do setor privado, para o qual o Estado continuará a delegar atribuições específicas, estabelecidas, no entanto, de forma mais precisa do que até agora.

O gasto crescente com o setor saúde não é, em princípio, intrinsecamente perverso. O aumento dos dispêndios nesta e em outras funções sociais de Governo decorre, muitas vezes, de pressões legítimas da população, que aspira por melhores níveis de bem estar e tende a copiar modelos de vida de sociedades afluentes hegemônicas. Ademais, a tendência do crescimento dos gastos *per capita* com saúde é universal, embora em ritmos diferentes, particularmente nos países de economia de mercado.

O problema deve preocupar-se, em um contexto de restrição de recursos, como o previsto para os próximos anos, esses dispêndios:

- deixarem de contribuir para melhorar o nível de saúde, porque eventualmente direcionados para prioridades equivocadas; e

- não influenciarem na melhoria do bem-estar nem ajudarem na minimização das tensões sociais, porque, embora mais caros, os serviços prestados não atendam, nos aspectos qualitativos e quantitativos, as aspirações de seus usuários e produtores.

O problema apresenta-se de forma mais nítida diante da estimativa [50] segundo a qual para se manter o nível da oferta atual de serviços de saúde até o ano 2000 seriam necessários investimentos (leitos hospitalares, ambulatórios, formação de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento institucional) da ordem de U\$ 2,3 bilhões por ano. Parece no mínimo difícil fugir a duas alternativas, não necessariamente excludentes: a definição de um modelo capaz de se ajustar a um novo contexto econômico, o que implicará alterações tanto nos hábitos de consumo da população como nas aspirações dos profissionais de saúde e dos empresários do setor, bem como a busca de novas fontes de financiamento considerando a exaustão do SINPAS como tal.

O aprimoramento do sistema de saúde deve ser buscado de forma persistente, sem contudo assumir riscos de alterações bruscas, quase sempre traumáticas, em um setor extremamente sensível a mudanças. Esse gradualismo, entretanto, não se confunde com timidez, e para ter eficácia deve referir-se apenas ao ritmo com que medidas previamente estudadas sejam implementadas com coerência e sem solução de continuidade. É preciso evitar que uma estratégia definida como gradual possa servir apenas para retardar opções que não mais podem ser adiadas impunemente, já que, a despeito de todo o esforço em desenvolvimento, persistem certos pontos críticos na política de saúde, alguns ainda carentes de estudos mais aprofundados. São os seguintes os mais importantes:

- a) permanência da desigualdade na distribuição de serviços de saúde entre regiões e diferentes grupos sociais;
- b) predominância, na assistência médica da previdência social, de formas de remuneração que podem conduzir a uma excessiva demanda de recursos;
- c) planos inadequados de formação de recursos humanos, particularmente em relação a médicos, dentistas e enfermeiras, com repercussões na distribuição geográfica desses recursos e em sua absorção pelo mercado de trabalho;

d) planejamento insuficiente para a expansão da rede de serviços básicos de saúde e de programas de alimentação e nutrição, em áreas rurais e urbanas, e ausência de clara e efetiva prioridade política para essas ações; e

e) inadequação da estrutura industrial e de importação de produtos farmacêuticos, equipamentos e outros materiais médicos.

ANEXO I**EVOLUÇÃO DE US\$ 1.00 EM RELAÇÃO A CR\$ 1,00**

Anos	Valor do Dólar em Cr\$ Correntes
1970	4,589
1971	5,280
1972	5,934
1973	6,126
1974	6,790
1975	8,127
1976	10,673
1977	14,144
1978	18,078
1979	26,818
1980	53,710
1981	95,704
1982	179,165
1983	352,650 ^a

^a Taxa de câmbio — média mensal — até abril.

ANEXO II

PROPORÇÃO DE CESARIANAS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS OCORRIDOS EM HOSPITAL, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR — 1981

Classes de Rendimento Mensal Familiar	% de Cesarianas
<i>Total</i>	30,9
Até 1 salário mínimo	16,7
Mais de 1 a 2 salários mínimos	22,2
Mais de 2 a 3 salários mínimos	27,6
Mais de 3 a 5 salários mínimos	36,3
Mais de 5 a 10 salários mínimos	45,9
Mais de 10 salários mínimos	57,6
Sem rendimento	21,5
Sem declaração de rendimento	42,2

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1981 — Suplemento SAÚDE.

ANEXO III

POPULAÇÃO BRASILEIRA: TAXA DE URBANIZAÇÃO — 1950/80

Censos	1950	1960	1970	1980
População Total	51,9	71,0	94,5	119,1
População Rural	33,1	39,0	41,6	38,6
População Urbana	18,8	32,0	52,0	80,5
Taxa de Urbanização (%)	36,2	45,1	56,0	67,6

ANEXO IV

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO SINPAS (MOEDA CORRENTE) — 1971/81

Anos	INPS		INAMPS		IAPAS		LBA		FUNABEM		SINPAS	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
1971	7.684	65,67	3.265	27,91	631	5,39	78	0,67	42	0,36	11.700	100,00
1972	11.437	67,99	4.436	26,37	808	4,80	97	0,58	44	0,26	16.822	100,00
1973	15.735	67,77	6.230	26,84	1.077	4,64	118	0,51	55	0,24	23.215	100,00
1974	22.990	68,16	8.943	26,51	1.583	4,69	147	0,44	68	0,20	33.731	100,00
1975	34.290	65,12	15.377	29,21	2.659	5,05	225	0,43	98	0,19	52.649	100,00
1976	56.625	62,41	28.657	31,59	4.959	5,47	303	0,33	179	0,20	90.723	100,00
1977	89.459	64,91	42.115	30,56	5.045	3,66	866	0,63	324	0,24	137.809	100,00
1978	140.149	65,87	63.422	29,81	6.894	3,24	1.683	0,79	614	0,29	212.762	100,00
1979	229.088	68,84	91.791	27,58	7.305	2,19	3.639	1,09	991	0,30	332.814	100,00
1980	464.415	68,02	186.773	27,35	20.236	2,96	8.738	1,28	2.652	0,39	682.814	100,00
1981	1.015.381	68,26	362.112	24,34	84.344	5,67	19.280	1,30	6.467	0,43	1.487.584	100,00

Fontes: Grupo de Custeio do MPAS para os dados até 1977. Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.

Nota: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS, se existente a partir de 1971.

ANEXO V

BRASIL: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, POR REGIÃO — 1971/82

(Em milhares)

Assistência Hospitalar da Previdência Social												
Anos	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura
1971	2.932	3,1	67	0,1	428	1,4	1.690	4,1	608	3,5	139	2,6
1972	4.448	4,5	127	3,3	808	2,7	2.281	5,4	1.014	5,7	218	3,9
1973	4.719	4,6	140	3,5	797	2,6	2.410	5,6	1.154	6,4	218	3,8
1974	5.194	4,9	151	3,7	872	2,8	2.644	6,0	1.281	6,9	246	4,1
1975	6.649	6,2	167	3,9	1.100	3,4	3.462	7,6	1.584	8,2	336	5,3
1976	8.356	6,1	213	3,5	1.359	3,0	4.233	7,9	2.088	7,9	463	5,7
1977	8.617	6,1	224	3,4	1.456	3,1	4.410	8,1	2.036	7,2	491	5,8
1978	9.658	8,3	264	5,7	1.677	4,9	4.884	10,0	2.201	10,4	632	8,8
1979	10.571	8,8	310	6,5	1.858	5,3	5.251	10,1	2.415	11,1	737	9,9
1980	11.754	9,9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1981	13.194	10,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1982	13.278	10,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fontes: FUNRURAL Boletim Estatístico, V.5 1978; INAMPS em Dados, 1978—1980; e INAMPS, Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial (DP—34).

Nota: Em 1982, dados estimados a partir dos serviços efetivamente realizados até o mês de novembro.

ANEXO VI

BRASIL: RECURSOS DESPENDIDOS EM CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS — 1978/82

(Cr\$ 1.000,00 correntes)

Títulos	Orgãos	1978	1979	1980	1981	1982
Controle de Doenças Transmissíveis		2.086.684	3.130.565	4.364.086	7.634.188	19.803.957
Controle das Doenças Evitáveis por Imuni- zantes	MS/SNABS	—	—	19.440	26.952	124.040
Ações de Vigilância e Estudos Epidemioló- gicas	MS/SNABS	9.000 ^a	10.700 ^a	9.510	33.202	16.659
Controle da Esquistossomose	MS/SUCAM	668.222	720.777	667.826	850.068	1.578.800
Controle da Doença de Chagas	MS/SUCAM	210.451	278.630	653.812	1.982.621	5.206.410
Controle da Febre Amarela	MS/SUCAM	84.414	120.963	411.418	— ^b	300.000
Controle da Malária	MS/SUCAM	770.815	1.265.325	1.952.158	3.242.336	8.859.631
Controle de Outras Endemias	MS/SUCAM	291.099	641.755	518.554	1.248.303 ^c	3.274.650 ^c
Controle das Doenças Evitáveis por Imuni- zantes	MS/FSESP	17.540	44.286	69.243	123.497	240.804
Controle de Doenças Transmissíveis	MS/FSESP	30.167	31.594	57.075	85.971	110.303
Operação do Sistema de Vigilância Epide- miológica	MS/FSESP	4.976	16.535	5.050	41.238	92.660

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978—1981; e SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983.

^a Em 1978 e 1979 o título era "Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica".

^b Em 1981, Controle da Febre Amarela estava englobado em "Controle de Outras Endemias".

^c Inclusive recursos Extra-Orçamentários (Cr\$ 105.888 mil para 1981 e Cr\$ 681.699 mil para 1982) alocados às diversas Endemias na SUCAM

ANEXO VII

MODALIDADES ASSISTENCIAIS DO INAMPS — SERVIÇOS PRODUZIDOS E GASTO EM 1981

Discriminação	Serviços Produzidos						Gasto	
	Consultas ^a		Internações		Serviços Complementares		Em Cr\$ Bilhões	%
	Em 1.000	%	Em 1.000	%	Em 1.000	%		
A) <i>Clientela Urbana (Total)</i>	209.649	87,1	10.778	81,7	178.895	93,6	319,2	93,1
— Serviços contratados	70.877	29,5	9.202	69,8	86.243	45,1	202,7	59,1
— Serviços próprios	63.519	26,4	215	1,6	30.682	16,0	67,2	19,6
— Convênios com Órgãos Governamentais (MS, SES, FSESP)	31.240	13,0	565	4,3	38.984	20,4	17,0	4,9
— Convênios com Empresas	21.841	9,1	508	3,8	16.140	8,5	12,6	3,7
— Convênios com Hospitais Universitários e de Ensino (MEC/MPAS)	4.462	1,8	179	1,4	2.830	1,5	8,1	2,4
— Convênios com Sindicatos URB	14.045	5,8	1	—	1.872	1,0	9,3	2,7
— Outros (Assist. Patronal)	3.665	1,5	108	0,8	2.144	1,1	2,3	0,7
B) <i>Clientela Rural (Total)</i>	30.999	12,9	2.415	18,3	12.157	6,4	23,5	6,8
— Convênios com Órgãos Governamentais	3.973	1,6	269	2,0	3.402	1,8	...	...
— Hospitais Universitários e de Ensino	523	0,2	38	0,3	536	0,3	...	...
— Sindicatos Rurais	18.924	7,9	23	0,2	2.964	1,5	...	...
— Outros (convênio FUNRURAL com Hospitais Filantrópicos, privados etc.)	7.579	3,2	2.085	15,8	5.255	2,8	...	...
Total Geral	240.648	100,0	13.193	100,0	191.052	100,0	342,7	100,0

Fonte: MPAS/INAMPS — Secretaria de Planejamento — INAMPS — Relatório Balancete Orçamento da Despesa 1981.

^a Inclui consultas médicas e odontológicas (médicas: 84% do total).

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
AMB	Associação Médica Brasileira
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	Central de Medicamentos
CNAE	Campanha Nacional de Alimentação Escolar
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPPG	Consolidação Plurianual de Programas de Governo
CS	Centro de Saúde
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNE	Divisão Nacional de Epidemiologia
DNER	Departamento Nacional de Estrada de Rodagem
DNOSS	Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde
DPT	Difteria, Pertussis, Tétano

ELETRÓBRAS	Centrais Elétricas Brasileiras S.A.
EM	Exposição de Motivo
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GAP	Grupo Assessor Principal para o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil
IAA	Instituto do Açúcar e do Alcool
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP/DI	Índice Geral de Preços/Disponibilidade Interna
INAE	Instituto Nacional de Assistência ao Educando
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Planejamento Econômico e Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MIC	Ministério da Indústria e do Comércio
MINTER	Ministério do Interior
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
ORTN	Obrigação Reajustável do Tesouro Nacional
PAM	Posto de Assistência Médica
PETROBRÁS	Petróleo Brasileiro S.A.
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto

PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PNB	Produto Nacional Bruto
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PS	Posto de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RFFSA	Rede Ferroviária Federal S.A.
SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Presidência da República
SESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
SEST	Secretaria de Controle das Empresas Estatais
SFEE	Sistema Federal de Educação e Ensino
SIDERBRÁS	Siderurgia Brasileira S.A.
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SG	Secretaria Geral do Ministério da Saúde
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOF	Secretaria de Orçamento e Finanças
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
TELEBRÁS	Telecomunicações Brasileiras S.A.
UM	Unidade Mista
US	Unidade de Serviço

BIBLIOGRAFIA

- [1] ABEL-SMITH, Brian. *Value for money in health services, a comparative study*. London, Heinemann, 1976.
- [2] AGUIAR, Nildo, *et alii*. A infecção hospitalar e o emprego de antibióticos: resultados de pesquisa no hospital de Ipanema. *Informe INPS: carta quinzenal*, Rio de Janeiro, 40:1-4, mar. 1976.
- [3] BRAGA, José Carlos de Souza, e PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- [4] BRASIL. CONASP. *Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social*. Rio de Janeiro, 1982.
- [5] BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto 76.063, de 31 de julho de 1975. *Diário Oficial*, 7 de agosto de 1975. "Regulamenta os incisos III, IV, V, VI, VII, XI e XII do artigo 15 do Decreto-Lei 37, de 18 de novembro de 1966, e dá outras providências".
- [6] ———. Decreto 86.329, de 2 de setembro de 1981. *Diário Oficial*, Brasília, 3 de setembro de 1981. pt. I.

“Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária — CONASP”.

- [7] ———. Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967. *Diário Oficial*, Brasília, 27 de fevereiro de 1967. Supl. “Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para reforma administrativa e dá outras providências”.
- [8] ———. Decreto-Lei 1940, de 25 de maio de 1982. *Diário Oficial*, Brasília, 26 de maio de 1982. pt. I. “Institui contribuição social, cria o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e dá outras providências”.
- [9] ———. Lei 6.118, de 9 de outubro de 1974. *Diário Oficial*, Brasília, 10 de outubro de 1974. pt. I. “Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências”.
- [10] ———. Lei 6.229, de 17 de junho de 1975. *Diário Oficial*, Brasília, 18 de julho de 1975. pt. I. “Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde”.
- [11] BRASIL. MPAS. DATAPREV. *A previdência social brasileira*. Rio de Janeiro, 1980.
- [12] BRASIL. MPAS e MS. *Levantamento da capacidade de saúde instalada no setor público*. s. 1., 1980.
- [13] ———. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: PREVSAÚDE*. Brasília, 1981.
- [14] BRASIL. MS. *Política Nacional de Saúde*. Brasília, 1973.
- [15] ———. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. DNOSS. *Encontro do equipamento médico-hospitalar*. Versão preliminar das conclusões do grupo 2. Brasília, 1980.

- [16] ———. *Levantamento do equipamento médico-hospitalar importado (1977/1979)*. Brasília, 1979.
- [17] BRASIL. Presidência. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) — 1975/1979*. Brasília, 1975.
- [18] CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Biblioteca de Saúde e Medicina, 11. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- [19] CROOK, B. Letter from Holland: postures new for cardiac surgery. *Brit. Med. J.*, London, 1:159, 1978.
- [20] DANIELS, M., e SCHROEDER, S. Variations among physicians in use of laboratory tests: relation to clinical productivity and outcomes of care. *Medical care*, 15: 482, 1977.
- [21] DONNANGELO, Cecília. *Modalidade de exercício profissional de medicina na grande São Paulo*. São Paulo, USP/Dept.º de Medicina Preventiva, s. d., "não publicado".
- [22] ECHEVERRI, Oscar. *Human resources in the Brazil urban health sector with special reference to São Paulo*. Washington, World Bank, 1981.
- [23] EVALUATION of laboratory tests. *British Medical Journal*, London, 282, 1994.
- [24] FISZBEJN, Élio. Alternativas no custeio médico-hospitalar. In: *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, 3, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982.
- [25] FUCHS, Victor. *Who shall live? Health, economics and social choice*. New York, Basic Book, 1974.
- [26] GENTILE DE MELLO, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977.

- [27] ———. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- [28] GOLLADAY, Fredrick, e LIESE, Bernhard. *Health problems and policies in the developing countries*. World Bank Staff. Working Paper, 412. Washington, World Bank, 1980.
- [29] GUIMARÃES, R. F. N. A eficácia do exame telerradiográfico de tórax como técnica de "screening" em população hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 11(1):97-109, mar. 1977.
- [30] ———. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 3.^a ed.; Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- [31] HARTUNIAN, Nelson S., et alii. *The incidence and economic costs of major health impairments, a comparative analysis of cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease and stroke*. Lexington, Lexington Book, 1981.
- [32] HENDERSON, A. R., e GARDNER, M. D. Clinical chemistry laboratory productivity: a comparison between a Canadian and British teaching hospital. *Journal Clinical Patology*, 34(1):44-8, jan. 1981.
- [33] INAMPS. *Relatório gerencial de serviços produzidos*. Brasília, 1981.
- [34] ———. Superintendência Regional do Paraná. *Sistema de assistência médico-hospitalar da previdência social — SHAMPS: relatório geral*. Curitiba, s.d.
- [35] IPEA/IPLAN. *Consolidação Plurianual de Programas de Governo (CPPG), 1982-85*. Brasília, 1982.
- [36] JAMES, B. G. *The future of the multinational pharmaceutical industry to 1990*. New York, John Wiley, 1977.

- [37] KNIGHT, Peter T., e MORAN, Ricardo. *Brazil: poverty and basic needs series*. Washington, World Bank, 1981.
- [38] KNIGHT, Peter T., et alii. *Brazil: human resources*. Special report. Washington, World Bank, 1979.
- [39] LANDMANN, Jayme. *Evitando a saúde e promovendo a doença*. Série Saúde e Realidade Nacional, 1. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.
- [40] MAXWELL, Robert J. *Health and wealth, an international study of health-care spending*. Lexington, Lexington Book, 1981.
- [41] McCLENAHAN, J. L. Wasted x-rays. *Radiology*, 96:453, 1970.
- [42] McGREEVEY, W. P. *Brazilian health care financing and health policy, an international perspective*. Washington, World Bank, 1982.
- [43] NEUHAUSER, D., e LEWICKI, A. What do we gain from the six stool guial? *New England Journal Medicine*, London, 293(5):226-8, jul. 1975.
- [44] NITRINI, Dario. Médicos denunciam ociosidade nos hospitais da previdência. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 9 de maio de 1982.
- [45] NÚMERO de exames maior que consultas. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 de maio de 1982, p. 15.
- [46] OIT, Genebra. *Brasil: Conclusiones y recomendaciones del proyecto*. Coord. por Peter Thullen. Ginebra, OIT/PNUD, 1981. (Previsión Social del Brasil. Política Social, BRAS/81/001).
- [47] OMS, Genebra, e OPS, Washington. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Washington, 1977.

- [48] PINTO, Vitor G. *Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades*. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1983.
- [49] POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho, a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- [50] PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NO BRASIL. *Distribuição do gasto do setor saúde por fontes de financiamento, Brasil, 1982: estimativas preliminares*. Trabalho elaborado pelo GAP do Acordo MS/MPAS/MEC/OPS. Brasília, 1982.
- [51] PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO — PIASS. *Relatório de atividades e desenvolvimento do PIASS, de agosto de 1976 a setembro de 1979, Brasil*. Brasília, Secretaria Técnica/GEIN/PIASS, 1979.
- [52] RODRIGUES NETO, Eleutério. *Dados estatísticos*. Rio de Janeiro, INAMPS, 1983. "Informações pessoais".
- [53] SALLES FONSECA, Aloysio de. A crise da previdência social no sistema médico-hospitalar brasileiro. In: *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 3*, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982.
- [54] VIANNA, Solon Magalhães. *Os programas de extensão de cobertura: limitações, dificuldades e riscos*. Conferência Nacional de Saúde, 7, de 24 a 28 de março de 1980. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1980.
- [55] VIANNA, Solon Magalhães, e PINTO, Vitor Gomes. *A assistência médica da previdência social*. Mimeo. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1981.

OUTRAS EDIÇÕES DO IPEA

COLONIZAÇÃO DIRIGIDA NO BRASIL: SUAS POSSIBILIDADES NA REGIÃO AMAZÔNICA — Vania P. Tavares, Cláudio M. Considera e Marla Thereza L. L. de Castro e Silva (Cód. R. 8)

Sumário: Introdução, I — Perspectiva Histórica da Colonização Dirigida no Brasil, II — Núcleos Coloniais da Região Amazônica: Um Estudo de Casos, III — Os Custos de Assentamento de Agricultores na Colonização Dirigida, IV — Considerações Finais, Apêndice I — Levantamento de Empreendimentos de Colonização Dirigida no Brasil, Apêndice II — Elementos Básicos dos Questionários Utilizados nos Estudos dos Núcleos Coloniais, Apêndice III — Cálculo dos Custos de Assentamento de Agricultores em Diferentes Empreendimentos.

DISTRIBUIÇÃO FUNCIONAL DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO: ASPECTOS DA PARCELA SALARIAL — Roberto Brás Matos Macedo (Cód. EP. 23)

Sumário: Apresentação e Agradecimentos, I — Introdução, II — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Aspectos Teóricos, III — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Análise Empírica, IV — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Aspectos Teóricos, V — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Análise Empírica, VI — Observações Finais, Apêndices I e II, Bibliografia.

EMPRESAS MULTINACIONAIS NA INDÚSTRIA BRASILEIRA — Carlos von Doellinger e Leonardo C. Cavalcanti (Cód. R. 29)

Sumário: I — Introdução, II — As "Teorias" sobre Origem e Evolução das Empresas Multinacionais, III — Empresas Multinacionais na Indústria Brasileira, IV — Análise dos Benefícios e Custos Sociais das Empresas Multinacionais, V — Política Econômica e Empresas Multinacionais, VI — Considerações Finais — Algumas Sugestões de Política Econômica, Anexos, Bibliografia.

PARCERIA E RISCO NA AGRICULTURA DO NORDESTE — Léo da Rocha Ferreira (Cód. M. 31)

Sumário: Apresentação, Agradecimentos, I — Introdução, II — Modelo Conceitual, III — Método de Análise, IV — Análise Empírica, V — Efeitos de Mudanças Potenciais Seleccionadas, VI — Resumo, Conclusões, Limitações e Implicações Adicionais, Apêndice Estatístico, Bibliografia.

