

ipea

Instituto de Planejamento Econômico e Social

IPLAN

Instituto de Planejamento

C N R H

DOCUMENTO DE TRABALHO

N º 21

POLÍTICA DE SAÚDE:

ALGUMAS QUESTÕES

Solon Magalhães Vianna

Sérgio Francisco Piola

Janeiro de 1985

C N R H
DOCUMENTO DE TRABALHO
N º 21

POLÍTICA DE SAÚDE:
ALGUMAS QUESTÕES

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola

Janeiro de 1985

As opiniões e propostas constantes deste documento refletem a opinião dos autores, não sendo necessariamente, no todo ou em parte, endossadas pela instituição a qual estão vinculados.

S U M Á R I O

	Página
1. Introdução-----	9
2. Universalizaç e Equidade	
-----	18
4. Integração-----	26
5. Comentários Finais-----	31
Anexos: Tabelas	

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título
1.	Brasil: Consumo de serviços médico-hospitalares providos pela Previdência Social, 1971 - 1980
2.	BRASIL: Consumo de serviços médico-hospitalares providos pelo INAMPS, segundo diferentes regiões - 1980.
3.	BRASIL: Recursos repassados pelo Ministério da Saúde para as diferentes regiões do país. 1982
4.	BRASIL: Distribuição regional do PIB, população e despesa com assistência médica (INAMPS) - 1980
5.	BRASIL: Gasto total e "per-capita" do INAMPS por Grandes Regiões - 1982.

"Estou cada vez mais convencido de que so a nível local - a nível dos fatos e não das concepções teóricas - se poderão encontrar as soluções mais eficazes e econômicas para o problema hídrico, para o aumento da produção de alimentos e para a eliminação da pobreza, hoje miséria, do Nordeste. Mesmo porque o dinheiro público costuma render mais a nível local, onde uma variedade fecunda de soluções despretensiosas e relativamente baratas poderá provavelmente realizar a transformação que o centralismo e a grandiloquência federais têm sido incapazes de levar a cabo"

(Hélio Beltrão, ex-ministro de Previdência Social e da Desburocratização, é empresário em Rio de Janeiro. Correio Brasileiro de 19.02.84).

"Es escandaloso que en un país o en una región del mundo la gente muera joven mientras que en otros pueda contar con ver crecer a sus nietos; es indignante que en un barrio de una ciudad sean corrientes las enfermedades por carencia nutricional, mientras que en otro la preocupación sea de si se come demasiado; es intolerable que, pese a los grandes avances de la tecnología y de las ciencias humanas, haya todavía en el mundo más de 500 millones de personas cuyos ingresos lleguen como mucho a 50 dólares anuales".

(Discurso do Dr. H. Mahler, Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde. Brasília, 20 de setembro-1977).

1. Introdução

A idéia de um sistema de saúde universalizado em relação a sua cobertura, equânime quanto ao direito de acesso dos consumidores, descentralizado no que se refere a prestação dos serviços e integrado no que diz respeito à forma de atuação e consorciamento das múltiplas instituições que o compoem, parece ser consensual nas diferentes propostas conhecidas de política social que estão sendo formuladas com vistas ao próximo período de governo.

Nos termos dessa concepção, o Sistema Nacional de Saúde deve incorporar, sem qualquer discriminação, toda a população brasileira, rural e urbana, como beneficiária de sub-sistemas locais ou regionais, definidos de acordo com as respectivas peculiaridades e operados de forma articulada pelos diferentes organismos locais componentes desses sub-sistemas, cuja característica mais inovadora deverá ser uma maior permeabilidade ao controle social por parte de seus usuários.

A universalização, vale dizer, a extensão dos serviços a toda população depende, em grande medida, do volume de recursos disponíveis e da maneira, mais ou menos eficiente, com que sejam geridos. Mantido o mesmo nível de gasto público alcançado em 1982 esta medida poderia levar a um nivelamento por baixo dos padrões de consumo, especialmente nos centros urbanos. E isto só poderia ser evitado mediante uma gestão mais eficiente do sistema de saúde ou através de um (improvável) incremento substancial dos recursos.

Para que haja uma equidade no acesso aos serviços de saúde é fundamental encarar esse acesso como um direito inerente à cidadania e não como um benefício decorrente da condição de contribuinte ou vinculado ao "status" previdenciário. Esse entendimento

(*) Em 1982 o gasto público estimado (federal, estadual e municipal) foi ordem de 1.408 bilhões (11), mais ou menos US\$ 8 bilhões, representando 62,2% do gasto total em saúde, incluindo gastos das pessoas físicas.

1. Introdução

A idéia de um sistema de saúde universalizado em relação a sua cobertura, equânime quanto ao direito de acesso dos consumidores, descentralizado no que se refere a prestação dos serviços e integrado no que diz respeito à forma de atuação e consorciamento das múltiplas instituições que o compoem, parece ser consensual nas diferentes propostas conhecidas de política social que estão sendo formuladas com vistas ao próximo período de governo.

Nos termos dessa concepção, o Sistema Nacional de Saúde deve incorporar, sem qualquer discriminação, toda a população brasileira, rural e urbana, como beneficiária de sub-sistemas locais ou regionais, definidos de acordo com as respectivas peculiaridades e operados de forma articulada pelos diferentes organismos locais componentes desses sub-sistemas, cuja característica mais inovadora deverá ser uma maior permeabilidade ao controle social por parte de seus usuários.

A universalização, vale dizer, a extensão dos serviços a toda população depende, em grande medida, do volume de recursos disponíveis e da maneira, mais ou menos eficiente, com que sejam geridos. Mantido o mesmo nível de gasto público alcançado em 1982 esta medida poderia levar a um nivelamento por baixo dos padrões de consumo, especialmente nos centros urbanos. E isto só poderia ser evitado mediante uma gestão mais eficiente do sistema de saúde ou através de um (improvável) incremento substancial dos recursos.

Para que haja uma equidade no acesso aos serviços de saúde é fundamental encarar esse acesso como um direito inerente à cidadania e não como um benefício decorrente da condição de contribuinte ou vinculado ao "status" previdenciário. Esse entendimento

(*) Em 1982 o gasto público estimado (federal, estadual e municipal) foi ordem de 1.408 bilhões (11), mais ou menos US\$ 8 bilhões, representando 62,2% do gasto total em saúde, incluindo gastos das pessoas físicas.

requer, na prática, a abolição de qualquer discriminação entre os usuários, cuja separação em pelo menos três categorias distintas^(*), gera diferentes direitos de acesso.

A descentralização, por sua vez, não se esgota em ações racionalizadoras e desburocratizantes que são necessárias mas não suficientes. Implica, sobretudo, em proporcionar maior participação dos consumidores na condução do sistema e se baseia no pressuposto de que a descentralização é, por definição, em relação ao seu oposto (a centralização) mais democrática e os sistemas sociais concebidos sob sua ótica podem ser tão eficientes quanto os modelos centralizados.

Ao envolver a ampliação da autonomia dos estados e municípios, a descentralização requer uma profunda mudança na forma como estão estruturadas as fontes de custeio do setor saúde, hoje hegemonicamente federais. Daí a importância de uma reforma tributária que restaure a federação e viabilize uma nova distribuição de encargos e recursos entre a União, Estados e Municípios.

Por fim, a integração, que é vista nesta oportunidade sob duas óticas distintas, ainda que associadas. A primeira, de caráter funcional, conduz a um sistema de saúde de composição pluralista, onde cada instituição componente tem seu papel claro e explicitamente definido. Essa ótica significa uma integração programática de diferentes entidades em torno de objetivos comuns. Todavia, assegura a cada uma a manutenção das respectivas individualidade e autonomia administrativa. Já a segunda, reconhece que determinadas fusões institucionais podem ser convenientes dependendo do momento político apropriado.

2. Universalização e Equidade

A criação do FUNRURAL em 1963 e a implantação de Programas como o Plano de Pronta Ação - PPA (1974) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento^{**} (1976) foram, nos últimos

(*) Previdenciários urbanos, previdenciários rurais e não previdenciários.

(**) PIASS

anos, os instrumentos mais importantes para a universalização dos serviços de saúde, na medida em que propiciaram, com diferentes estratégias, um expressivo aumento de cobertura.

Por outra parte, a fusão dos diferentes institutos previdenciários no INPS em 1966 e a criação do INAMPS em 1977, unificando sob comando único os serviços de saúde até então repartidos entre INPS, FUNRURAL, IPASE e LBA, a despeito de sua conveniência pelo menos como medida de racionalização administrativa, não acabaram a plena equidade no direito de acesso aos serviços de saúde, embora tenham sido passos importantes nesse sentido.

A criação do INAMPS, na verdade, manteve a prestação de serviços médicos segundo clientela. O art. 6º (Parágrafo 1º) da lei de criação do SINPAS registra que a "assistência médica... " ... será prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações..."⁽⁴⁾.

Essa desigualdade fica ainda mais nítida no artigo 3º que atribui aos "atuais hospitais do IPASE" o atendimento prioritário aos "funcionários públicos civis da União e de suas autarquias, no Distrito Federal, aos membros do Poder Legislativo do Poder Judiciário, bem como aos respectivos dependentes"⁽⁴⁾ tal dispositivo permite, na prática, manter esses hospitais inacessíveis às demais camadas da sociedade, se a norma legal for seguida a risca.

Para a população carente na previdenciária, a transferência dos serviços médicos assistenciais da LBA para o INAMPS teve pouco significado, pois a assistência referida depende de "convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os recursos necessários"⁽⁴⁾. Isso significa que esse segmento continua à margem da assistência médica integral e permanente^(*) at

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

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

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

O primeiro se prende a origem desses recursos, que obrigaria sua aplicação apenas para beneficiar aqueles que supostamente o geram (empregados e empregadores). Essa é a posição defendida por setores previdenciários ortodoxos e que encontra respaldo em organismos representativos de trabalhadores urbanos, conforme registrado no I Encontro Nacional das Confederações Nacionais de Trabalhadores, realizada em Brasília em novembro de 1984⁽⁵⁾.

Em verdade, os recursos da previdência social provem em última instância, dos consumidores, vinculados ou não ao sistema previdenciário, que compram produtos e utilizam os serviços, já que tanto a contribuição do empregado como do empregador é proporcionada pela receita das vendas desses produtos e serviços, inclusive no mercado externo. A postura ortodoxa segundo a qual a previdência social não deve incorporar-se a um sistema de atendimento médico universalizado, por força da especificidade de seus recursos, esquece também que, embora se tenha como responsável por cerca de 90% da população brasileira, a participação do INAMPS no gasto público com saúde está em torno de apenas 50%⁽¹¹⁾

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

(*)

Os convênios do INAMPS com instituições públicas, como as Secretarias Estaduais de Saúde, tem permitido aumentar a prestação de serviços à população não previdenciária, que entretanto continua sem ser atendida na rede própria e contratada (privada) da previdência social, salvo em emergências. Nesses convênios (INAMPS-SES) entretanto, é a previdência que repassa os recursos e não, como parece ter sido a expectativa do legislador, a parte que recebe.

O exemplo apontado para reforçar essa afirmativa é o Plano de Pronta Ação - PPA ⁽⁶⁾. A implementação desse Plano em um momento de grande euforia, proporcionada por superávits jamais alcançados no orçamento previdenciário, é apontada como uma das causas das dificuldades financeiras posteriores do SINPAS, por ter criado uma demanda adicional de não contribuintes, insuportável para o sistema, a médio prazo.

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

O crescimento das despesas do INAMPS poderia ter sido menor se a expansão do atendimento decorresse, por exemplo, de convênios com os Governos Estaduais e destes com algumas Prefeituras. A opção por serviços próprios e, sobretudo, pela compra de serviços no setor privado empresarial, no entanto, fez com que os gastos crescessem e escapassem ao controle como acontece - de resto em outros países que adotam modalidades assistenciais similares.

O notável crescimento do nível de consumo dos serviços médico-assistenciais da previdência social observado na última década (incremento per-capita real superior a três vezes) não trouxe uma diminuição significativa das desigualdades existentes no início dos anos 70, pelo menos entre a população rural e urbana entre regiões.

Em relação ao uso de serviços médicos-assistenciais ocorreu nesse período algo similar ao ocorrido com a participação nos frutos do crescimento econômico. Em ambos os casos todos os brasileiros tiveram uma melhoria em termos absolutos.

No campo econômico, no período 1970/80, "o bolo cresceu mas as fatias dos mais ricos aumentaram mais que aquelas dos mais pobres" ⁽⁸⁾. O estrato correspondente a 1% dos mais ricos da PE aumentou sua participação no total da renda de 13,8% em 1970 para

15% em 1980. Já a metade mais pobre da população viu sua fatia diminuída de 15,6% para 14,6% nesses 10 anos ⁽⁸⁾ Ou seja, os mais ricos tiveram sua participação relativa na renda nacional aumentada em 8,7%, enquanto os mais pobres tiveram sua participação diminuída em 6,4%.

No caso do consumo de serviços médicos o diferencial entre urbanos e rurais diminuiu em relação à assistência hospitalar, atenção ambulatorial e exames radiográficos (Tabela 1). A razão de atendimento urbano/rural em assistência hospitalar, por exemplo que era de 2,3 em 1971, baixou para 2,1 em 1980. Em relação à demanda atendida de exames laboratoriais, apesar do acesso dos rurais haver melhorado, o diferencial cresceu (Tabela 1).

As desigualdades inter-regionais também são evidentes (Tabela 2). Enquanto quase 15% da população da Região Sul foi beneficiada com assistência hospitalar em 1980, no Nordeste esse percentual é quase 3 vezes menor. Na assistência ambulatorial, as diferenças entre essas regiões também são igualmente visíveis, embora menores. No Sul e Sudeste foram prestados pela previdência social, no ano mencionado, respectivamente, 1,67 e 1,98 consultas por habitante, taxa que desceu para cerca de 0,9 no Norte e Nordeste.

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

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

O papel redistributivo é bastante claro apenas em relação aos recursos administrados pelo Ministério da Saúde*, cujas disponibilidades, porém, são substancialmente menores que as do INAMPS.

(*) Tabela 3

A região Norte, com cerca de 5% da população do país conta com apenas 2,3% dos recursos do INAMPS. No Nordeste os percentuais são de 29,3 (população) e 17,4 (recursos do INAMPS). No Sudeste e Sul, entretanto, com 43,5% e 16% da população, foram dispendidos, respectivamente, 55,5% e 18,8% dos recursos previdenciários (Tabela 4).

Seria ingenuidade esperar um pleno nivelamento no consumo de serviços de saúde. Diferenças entre rurais e urbanos persistem em sociedades menos desiguais que a nossa. As diferenças culturais, a distância aos maiores centros, onde se concentra a oferta de serviços mais especializados e, talvez, uma maior imunidade da população rural aos apelos mercadológicos do sistema de saúde, explicam em boa medida essas diferenças mesmo que a equidade no direito ao acesso seja assegurada.

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

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

Há portanto um claro incentivo à produção dos serviços necessários ou não, ao beneficiário urbano; para a população rural o sistema de remuneração sinaliza no sentido oposto, pois recebendo subvenção fixa o prestador privado é estimulado a restringir atendimento, conforme tem sido repetidamente denunciado pelas entidades representativas dos trabalhadores rurais.

A ampliação da assistência médico-sanitária às populações carentes, rural e urbana, aos assim chamados "não contribuintes" da previdência social, depende, em grande parte, da vontade política em desconcentrar a oferta de serviços de saúde para as periferias urbanas e para as pequenas e médias comunidades do in

terior. Alguns progressos nesse sentido já foram alcançados a partir da implantação do PIASS iniciada em 1976 e continuam sendo buscadas, atualmente com recursos do FINSOCIAL (*)

Entretanto, mantida a atual organização do sistema de saúde, a simples ampliação da oferta, embora necessária, não acarreta por si mesma a equiparação no direito de acesso entre os diferentes segmentos sociais, isso depende de outras medidas principalmente no âmbito da previdência social, tais como:

- . uniformização dos convênios rurais e urbanos celebrados pelo INAMPS com instituições públicas;
 - . acesso da população rural e dos carentes urbanos aos serviços próprios da previdência social;
 - . extensão, aos não contribuintes urbanos, do atendimento prestado pela rede privada contratada pelo INAMPS;
- unificação das modalidades de remuneração dos serviços prestados pela rede privada aos previdenciários rurais e urbanos.

As duas primeiras, previstas na estratégia de Ações Integradas de Saúde, não implicam, a rigor, em aumento significativo de gastos, mas tem um inconveniente fundamental. Se não forem acompanhadas de um incremento na capacidade instalada pública (municipal e estadual) e/ou de sua produtividade, acarretarão maior pressão sobre hospitais e ambulatórios oficiais, resultando em um certo desconforto adicional aos usuários e possível influência negativa na qualidade dos serviços. Ou seja, a demanda insatisfeita aumentará se a rede pública não absorver o excedente. Teoricamente poderá fazê-lo, já que funciona com uma ociosidade da ordem de 40%.

As duas últimas medidas - a extensão aos não contribuintes urbanos da assistência prestada pela rede privada contratada e a equiparação da forma de remuneração da atenção médica urbana e rural acarretam, necessariamente, um aumento da despesa. Tentativa recente com o propósito de equiparar a remuneração, levada a efeito nos três estados da Região Sul, liberou demanda até então reprimida, já que transformou a população rural em um mercado tão

(*) Programa de Atenção a Saúde as Populações de Periferias Urbanas-PERIURBA e o próprio PIASS.

atraente quanto o urbano. A conseqüente ampliação do número de consultas, internações e outros serviços atingiu tal magnitude que o INAMPS foi compelido a cancelar a inovação por exaustão dos recursos financeiros.

Para que esse aumento seja suportável é indispensável um maior rigor na política de "cotas" de atendimento atribuídas aos hospitais e demais serviços privados.

Ainda que esse controle encontre resistência junto a hospitais, profissionais e consumidores, já que limita o atendimento, é a única alternativa para que o crescimento da despesa fique abaixo de 10%.

O inconveniente do provável aumento da pressão sobre a rede privada teria que ser compensado por melhor controle dos atendimentos desnecessários e a plena utilização dos serviços públicos.

Tudo isso pode recomendar - mantida como paradigma a modalidade "urbana" na sua concepção tradicional (pagamento por procedimento ou similar) nos contratos com o setor privado - um certo gradualismo na estratégia para buscar maior equidade entre a população rural e urbana, começando pela universalização na rede própria do INAMPS e pela unificação dos convênios com instituições públicas.

O gradualismo apresenta pelo menos duas vantagens importantes: ajusta as intenções de justiça social às possibilidades (financeiras) para alcançá-la e força uma maior demanda sobre o setor público de saúde, diminuindo sua capacidade ociosa.

Nada obstante, desde que um aumento de 10% nas despesas seja absorvível, como se acredita que seja, a equidade também no que se refere aos serviços prestados pelo setor privado, pode ser uma medida imediata e com repercussão favorável junto a população rural.

3. Descentralização

O processo centralizador na área da saúde guarda coerência com o que ocorreu nos últimos anos, no quadro político-institucional e econômico do país. "A rigor, ocorreu, ao longo dos anos, a convergência de três centralizações. A primeira, em favor do governo central e em detrimento dos governos locais. A segunda, em favor do Poder Executivo e em detrimento dos demais poderes da União. A terceira, dentro da própria administração federal, em favor dos órgãos centrais sediados em Brasília e em detrimento das unidades periféricas. A primeira centralização inviabilizou a Federação. A segunda comprometeu o princípio constitucional da separação de poderes, desequilibrando o sistema de freios e contrapesos. A terceira burocratizou, agigantou e entorpeceu a administração federal" (2).

Estados e municípios empobreceram a partir da reforma tributária de 1967; de outro lado, durante o crescimento econômico acelerado dos anos 70, aumentou a importância da previdência social que passou a dispor de maiores recursos para atenção médica.

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

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

Um centro de saúde inoperante, a escassez de medicamentos essenciais, a necessidade de remover um paciente para atendimento em outra localidade, a fiscalização sanitária, e tantas outras situações que exigem responsabilidades bem definidas e ação eficaz e imediata para sua solução, podem ser mais rápida e adequadamente resolvidas pelo Prefeito - que está sob pressão e vigilância permanentes da comunidade que o elegeu - do que por um Ministro em Brasília ou pelo Secretário de Saúde na capital, muitas vezes distante.

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

Esse objetivo só terá viabilidade, se houver uma clara e efetiva prioridade para os serviços básicos de saúde, campo em que muitos estados e alguns municípios, têm acumulado uma experiência prática bastante significativa. A grande maioria dos Postos e Centros de Saúde públicos das periferias das grandes cidades e no interior pertencem a unidade federada ou ao município (*) que administram também mais de 65% de todos os leitos hospitalares oficiais do país. Toda essa capacidade instalada pode ter seu alcance social expandido se houver por parte do governo federal mais apoio técnico e ajuda financeira e menos interferência normativa e fiscalizadora (**)

Os serviços produzidos por essas unidades tem um custo unitário menor que seus similares operados por órgãos federais, uma vez que os salários são mais baixos, pois obedecem a padrões locais ou regionais, e é mais reduzido, em geral, o grau de sofisticação das suas instalações. Para a previdência social, por

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

(**) Segundo levantamento realizado pelo MS e MPAS, em 1980, a capacidade ambulatorial instalada do setor público poderia mais do que duplicar sua produção de consultas, se plenamente utilizada. A capacidade de internação dos hospitais públicos poderia ser incrementada em 40% através da elevação da taxa de ocupação e reutilização de leitos desativados (3).

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

Por outro lado, a despeito de dispor de poder político do controle sobre a maior parte dos recursos do setor saúde, ação redistributiva do governo federal, não tem tido o impacto esperado, considerando essas condições favoráveis (*). Os recursos setoriais ainda estão mal distribuídos, concentrados nos grandes centros e, nestes, nas áreas de maior renda. O incremento da oferta tem privilegiado serviços de nível tecnológico elevado, em detrimento de ações básicas de saúde.

O segundo argumento, de certa forma associado ao primeiro, diz respeito às dificuldades financeiras da maioria dos estados e municípios. Em nenhum momento se cogita transferir encargos assumidos muitas vezes atabalhoadamente pelo governo federal para as unidades federadas ou municipalidades, sem os recursos correspondentes, seja através da reforma tributária, seja, em uma fase de transição não necessariamente longa, mediante transferências federais.

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

Tudo isso remete ao terceiro argumento: a incapacidade administrativa de muitos estados e da grande maioria das prefeituras. Esse argumento levado às suas últimas consequências, poderia chegar ao extremo de propor a extinção de municípios reconhecidos.

(*) A Tabela 5 mostra que o gasto "per-capita" do INAMPS nas regiões Norte e Nordeste é pelo menos duas vezes inferior ao da Região Sudeste. (O assunto está discutido nas páginas 6 e 7.)

damente mal administrados, o que seria inviável do ponto de vista político, ou então a federalizar certas responsabilidades historicamente estaduais ou municipais como o ensino primário, a coleta de lixo, e , os serviços de água e esgoto.

A ação estadual ou municipal, para ser eficiente, poderá contar com o apoio técnico do governo federal através de suas diferentes agências. Ademais, dispondo de recursos, as unidades federadas e as municipalidades, poderão competir com mais agressividade com o setor privado e com a própria área federal no recrutamento de recursos humanos para a gestão de seus serviços.

Afinal, a causa primeira dos problemas administrativos, sobretudo nos estados e municípios mais pobres, reside na falta de mão-de-obra qualificada para o desempenho de funções técnicas de administração e gerência.

A descentralização, porém, não deve acarretar o afastamento abrupto do governo federal do problema, abandonando os estados e municípios a sua própria sorte. A sua finalidade principal será estimulá-los a retomar uma atividade que jamais deveria ter saído de sua órbita, facilitando assim a organização dos serviços, particularmente os de atenção primária, onde não existam ou sejam insuficientes.

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

Em primeiro lugar, é preciso ter consciência de que saúde é um assunto político. Logo, manifestações diretas da população através de seus representantes, como os deputados e vereadores, são essenciais como forma legítima de canalização da participação comunitária. O clientelismo, como perversão da ação política, é um risco natural a ser corrido quando se pretende que decisões antes circunscritas a alguns técnicos, passem a ser tomadas por quem tem legitimidade para fazê-lo: o político eleito. Felizmente o regime democrático, caracterizado pela alternância no poder, oferece à comunidade o

instrumento adequado - o voto - que penaliza aqueles que decidem em favor de minorias em detrimento de interesses sociais mais amplos.

Se esse instrumento não é usado de maneira apropriada, trata-se de um problema de educação política e de aperfeiçoamento do regime, cuja solução - a médio e longo prazo - está estritamente vinculado ao próprio exercício da democracia.

De qualquer forma, as possíveis consequências deletérias, em muitos casos inevitáveis, são um preço - barato - a pagar, pelo aprimoramento democrático. Afinal, "a política é uma constante em todos os níveis da administração pública brasileira ou de qualquer outro país"⁽¹²⁾. Se isso é um mal, e existem bons motivos para acreditar que não seja, a suscetibilidade a esse mal não é só dos governos estaduais e das prefeituras municipais, mas de todos os níveis da administração pública.

A forma atual pela qual a "descentralização" vem sendo conduzida no campo da saúde - convênios entre MS/MPAS e as unidades federadas - é tímida e pouco atraente para os que assumem os novos encargos. Além disso, não impede a expansão dos serviços federais nem faz com que esses compartilhem com os estados ou municípios as decisões relativas ao seu relacionamento com o setor privado.

A facilidade com que no Brasil se alteram as regras do jogo, ou até sem alterá-las, se tomam decisões em total desrespeito a elas, faz com que os estados e sobretudo os municípios, relutem em aceitar novos encargos com base em acordos temporários, cujas cláusulas na prática, podem ser seguidamente descumpridas pelo lado mais forte, no caso a União, através dos mais diferentes expedientes: redução dos recursos depois do primeiro ano, demora nas transferências etc...

A proposta de descentralização é vista com desconfiança por muitos estados e municipalidades, seja porque a incipiência do processo de abertura política ainda não deixou suficientemente clara as relações entre o governo central e os governos estaduais, sobretudo os de oposição, seja porque o "centralismo administrativo" que substituiu na esfera pública a administração cartorial pelo

administração convencional" (7), associado ao empobrecimento dos estados e municípios, torna-os dependentes do poder central.

Com efeito, a velha política de "abrir e fechar torneiras" (7) adotada pela previdência e a crescente dependência dos estados aos recursos oriundos de convênios com INAMPS, faz com que qualquer administrador responsável encare no mínimo com relutância, assumir o ônus da prestação de serviços de saúde, sem que uma reforma tributária e constitucional garanta o necessário fluxo de recursos e lhe assegure que, a partir do momento em que a fila passar da porta do INAMPS para a sua, os recursos estarão disponíveis. Mesmo que esses recursos sejam, por natureza, sempre escassos o mínimo admissível é que sua disponibilidade deixe de depender da boa (ou má) vontade do doador, no caso o governo central, e, da rigidez de sua aplicação determinada pela burocracia federal.

Essas razões parecem ser os determinantes "da rejeição por inúmeros prefeitos e vereadores de Minas Gerais da proposta de municipalização dos serviços de saúde do Governo Tancredo Neves antes que uma reforma tributária recomponha a autonomia decisória de nível local" (7).

Convênios, como os atuais, devem ser encarados apenas como mecanismos ortopédicos transitórios. Definidos com clareza os diferentes papéis institucionais dos três níveis de governo, formas instáveis, muitas vezes imprecisas e quase sempre autoritárias como os convênios, perderão essas características e assumirão seu verdadeiro papel de instrumento de articulação e consórcio entre parceiros iguais.

Até que isso seja alcançado, eles constituem uma alternativa válida na medida em que facilitam a conjugação de esforços e possibilitam uma performance mais coordenada dos convenientes.

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

No caso dos serviços de saúde talvez não caiba o radicalismo de municipalizar, de uma só vez e indiscriminadamente, a ampla oferta pública estadual e federal. Parece mais prudente uma postura moderada, mas firme e irreversível, que não deixe margem a dúvidas sobre "quem faz o que".

Seria desejável que o nível federal se restringisse à coordenação do Sistema Nacional de Saúde, assistência técnica aos estados e municípios e à participação supletiva em seu financiamento para reduzir as desigualdades que a descentralização poderia exarcebar. Em uma fase de transição, ou mesmo permanentemente continuaria a operar serviços próprios - mas sem implantar novos - especialmente os hospitais de referência macro-regionais cuja estadualização ou municipalização traria mais complicação do que proveito. A execução de programas de controle de endemias, por exemplo, que interessam a macro-regiões, poderia ser progressivamente descentralizada, sem prejuízo da coordenação de nível nacional. Um primeiro passo neste sentido seria a contratação de todo o pessoal local necessário às atividades de combate as endemias, pela Prefeitura (ou pelo estado) ainda que com recursos federais repassados. Uma vez encerrado o trabalho ou se por qualquer motivo, houver diminuição do seu ritmo, parece mais lógico que mão-de-obra em eventual disponibilidade seja aproveitada em outras tarefas estaduais ou municipais no mesmo local em vez de com custos administrativos altos, ser transferida para outra região por força da estabilidade de seu emprego no Ministério da Saúde.

Por último, uma vez alteradas as fontes e formas de custeio dos serviços de saúde, é de se esperar que as reformas tributária e constitucional que se fizerem necessárias para tal, cuidem de preservar o papel redistributivo de modo a que a recuperação do federalismo não implique no aumento dos recursos para os estados e municípios mais desenvolvidos em prejuízo dos demais.

Não se pode esquecer que a descentralização pode agravar as desigualdades entre regiões e entre grupos sociais. No primeiro caso, porque uma reforma tributária que fortaleça estado e municípios pode favorecer aos mais ricos. No segundo, porque o processo descentralizador que se combina com o de "abertura" política concede espaço para os grupos sociais mais organizados com maior poder de pressão.

Essas circunstâncias tornam conveniente reforçar o papel redistributivo do governo federal mediante - por exemplo - a destinação de recursos para investimento. Com isso exerceria uma parte menor do gigantesco poder político que hoje desfruta e poderia privilegiar as regiões mais pobres. Essas por sua vez, responsáveis pelas despesas de custeio dos serviços, definiriam com maior realismo suas necessidades e prioridades.

A autonomia dos estados e municípios para organizar os seus serviços de saúde tem o risco natural de permitir uma possível (e indesejável) adoção de modalidades elitistas e discriminatórias que mantenham ou agravem as desigualdades entre os usuários, em decorrência de uma maior força política de alguns grupos minoritários.

Essa distorção poderia ser evitada através de dispositivo constitucional que, ao consagrar a federação como forma de organização política, estabeleça também a universalização e a equidade como um dos princípios para a estruturação de subsistemas locais ou regionais de saúde.

4. Integração

A intenção de tornar mais eficiente um sistema de saúde cuja composição pluralística tem sido apontada como uma das causas importantes de conflito e desarticulação, remete a duas alternativas:

- 1) a unificação técnica, administrativa, financeira e operacional de todos os órgãos públicos em um só;
- 2) a adoção de procedimentos em virtude dos quais se estabelecem entre as diversas entidades autônomas relações que as permitam desempenhar suas funções em condições ótimas para alcançar os objetivos que tem em comum⁽⁹⁾.

A fusão ou integração expressa na primeira alternativa tem dois precedentes relativamente recentes: a criação do INPS em 1966 e do INAMPS quase dez anos depois já mencionados neste documento.

Provavelmente porque a organização federativa do país, a sua extensão territorial e as peculiaridades regionais, entre outros fatores, contra-indiquem ou desaconselhem a criação de um serviço único de saúde como resultado da fusão de todas as instituições públicas do setor, as tentativas nesse sentido tem sido menos abrangentes, limitadas ao nível federal e envolvendo, basicamente, a transferência dos serviços médicos da previdência social para o Ministério da Saúde.

A primeira dessas tentativas ocorreu em 1968 com a formulação e início de implementação (experimental) do Plano Nacional de Saúde-PNS, a mais radical de todas as propostas já apresentadas. A segunda tentativa de fusão institucional, em 1973, estava embutida na proposta de Política Nacional de Saúde, mas que também não teve maiores consequências, salvo quanto ao cancelamento definitivo do PNS.

Mais recentemente, após a eclosão da "crise previdenciária", a idéia ressurgiu, e, como as anteriores, era omissa quanto a inclusão no processo de integração de outros serviços federais de saúde, como os hospitais universitários (MEC) a higiene e segurança do trabalho (MTb), a proteção do meio ambiente e as ações de saneamento (MINTER).

As atividades a cargo do MINTER, sobretudo as relacionadas com abastecimento d'água e destino de dejetos, parecem ter encontrado no referido Ministério o seu posicionamento adequado, ainda que se possa argumentar que o progresso atingido nesse setor seja devido menos a questões de organograma do que ao esquema de financiamento adotado. De qualquer forma, não há vantagens visíveis em transferir essa área para o Ministério da Saúde, desde que as ações de saneamento básico e proteção do meio ambiente sejam articuladas aos objetivos da política de saúde.

A retirada da responsabilidade sobre higiene e medicina ocupacional do âmbito do Ministério do Trabalho é improvável, pois esvaziaria ainda mais essa pasta que ainda não se recuperou politicamente da perda da previdência social em 1974 e da posição cau-

datária à política econômica a que foram relegadas as áreas de relações de trabalho e, especialmente, de política salarial, principal competência formal do referido Ministério. Além disso o MS ou mesmo o INAMPS a quem compete prestar assistência médica a acidentado do trabalho, não tem demonstrado maior apetite em absorver esse tipo de atividade.

A questão fundamental envolvida nessa mudança não é o vaziamiento ou não do Ministério do Trabalho. Seria desejável que esse Ministério retomasse, de fato, suas duas "funções nobres" citadas, através de um papel político mais atuante de forma a contrabalançar a hegemonia das decisões da política econômica. Isto posto, a integração em um só órgão das ações de prevenção e tratamento das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho que estão a cargo do MTb e INAMPS, respectivamente, têm indicação e justificativa técnicas irretocáveis.

A transferência dos hospitais universitários para o MS ou para a previdência social (não havendo fusão MS/INAMPS) pode ser uma maneira de agilizar a efetiva incorporação desses hospitais à rede de serviços, aumentar suas responsabilidades assistenciais^(*) e encerrar de vez a polêmica INAMPS X MEC sobre o custeio dessas unidades. Não há sinal de que isso possa ocorrer até porque encontraria forte resistência, menos do MEC do que dos próprios hospitais.

Possivelmente, por tudo isso, as propostas de unificação acabam ficando restritas ao INAMPS e MS, já que as atividades de seguro e assistência social justificam, face o seu porte, especificidade e importância social e econômica, a existência de Ministério próprio.

A fusão em causa tem vantagens: facilita a implantação descentralizada de modelos regionalizados de atenção médica sanitária em função das necessidades básicas da população como

(*) A respeito do assunto, ver dos mesmos autores, "A crise dos hospitais universitários" - IPEA/CNRH. Documento de trabalho. 1984. 26p. Versão preliminar.

todo; dispensa o atual aparato inter-ministerial (formal e informal) de contatos e consultas, nem sempre eficazes, mas que é acionado toda vez que os problemas setoriais se situam nos limites de competência de cada organismo; facilita a elaboração de normas e critérios uniformes; permite uma redução de custos operacionais favorece a alocação racional de recursos, propiciando em mais justa medida a priorização de ações preventivas e de promoção da saúde, essenciais para a melhoria dos níveis gerais de higidez; supera em definitivo a anacrônica dicotomia entre serviços preventivos e curativos ou entre ações coletivas e individuais; e, ao reduzir entraves burocráticos, cria um só canal de comunicação e financiamento entre o Governo Federal e os Estados, para questões de saúde(13).

A racionalidade dessa fusão, o seu impacto psicológico favorável e a oportunidade política oferecida por um início de governo para diminuir o gigantismo do SINPAS, não transformam a medida na solução milagrosa capaz de sanar os crônicos problemas do setor. Afinal, pelo simples fato de ter um comando único, a política setorial não passa a ser mais adequada. As organizações burocráticas por se tornarem maiores, como aconteceria com o Ministério da Saúde, não se tornam mais eficientes por isso.

De qualquer forma, a integração física MS/INAMPS, deveria ser tentada, se acompanhada de mudança no financiamento da assistência médico-hospitalar. Se o INAMPS, subordinado ao MS, continuar dependendo de recursos originários do MPAS, poderá ter maiores dificuldades financeiras do que tem hoje, mesmo que seja fixado um percentual do FPAS para lhe ser repassado, como tem sido proposto. Toda vez que surgirem dificuldades de caixa para pagar benefícios o MPAS acabará por retardar o repasse. Se esse procedimento é comum quando o INAMPS está sob sua responsabilidade, não há porque pensar que possa mudar quando essa responsabilidade não mais subsistir.

Além disso, a grande vantagem - talvez a maior - da fusão, seria a unificação de todos os recursos financeiros em um fundo único de forma que as alocações federais, ocorram em função de prioridades sem a rigidez das vinculações atuais.

Limitada a integração nos seus aspectos orgânicos a área federal (MS/INAMPS), a conveniência harmoniosa de todo o complexo organizacional que compõem o sistema de saúde, reclama por um coordenação inter-institucional, ou seja, a denominada integração programática.

Essa modalidade de integração não implica na absorção de uma instituição por outra; "ao contrário, nesse caso se respeita autonomia jurídica, financeira e administrativa de cada uma das instituições participantes, de modo a permitir que elas cumpram suas obrigações e objetivos sociais" (9). A integração programática "é mais do que um método administrativo para harmonizar e ajustar as relações de trabalho entre esses componentes, tendo em conta os objetivos que comportem" (10). Também essa alternativa não é nova pois já foi tentada em passado recente, sem sucesso. A Lei nº 6.229/75, dispondo sobre o Sistema Nacional de Saúde foi a primeira dessas tentativas; todavia não assegurou a necessária coordenação interinstitucional, por não ser suficientemente explícita a definição das atribuições dos diferentes níveis de governo, o que não chega a surpreender em uma lei rica de imprecisões e ambiguidades e que não foi sequer regulamentada.

Dessa forma, o entendimento e a articulação entre o MP e o MS só se tornaram mais efetivos neste período de governo em decorrência de fatores políticos especiais e da crise no sistema e evidenciada no início da década.

Só o tempo responderá até que ponto essa articulação estável e em que medida sua manutenção dependerá da inclinação pessoal dos próximos titulares das pastas envolvidas ou de suas aspirações políticas não conflitantes. O fato é que os mecanismos de coordenação que foram criados como a CIPLAN em 1980 e, mais recentemente, a estratégia denominada Ações Integradas de Saúde-AIS (11) parecem ser indícios da irreversibilidade do processo.

Uma das propostas decorrentes do Plano de Reorientação da Assistência a Saúde no âmbito da Previdência Social iniciado em 1982, a "AIS" pode contribuir para melhorar o nível de integração programática entre o governo federal (MPAS/MS/MEC), Estados e Municípios.

Entre outras vantagens, essa estratégia permite ampliar e equalizar o atendimento e evitar superposições, conflitos ou omissões. O que não se conseguiu com lei específica e em época de prosperidade, se está buscando, agora, em outra conjuntura e com outros instrumentos de menor hierarquia jurídica. Esse aparente paradoxo contém duas lições:

- 1.^a) Se as leis, como foi o caso da 6.229/79, não surgem no momento político conveniente ou se não há vontade política para o seu cumprimento, os resultados são nulos;
- 2.^a) As ocasiões de crise tem grande poder para forçar mudanças. Propostas com conteúdo similar a "AIS", como a Lei do SNS em 1975 já mencionada e o PREVSAÚDE em 1979 surgidos, o primeiro quando a previdência comportava-se como se fosse infundável a sua fase de prosperidade e o segundo, quando a crise ainda não era tão evidente, propunham com outra retórica a mesma coisa. Entretanto não tiveram sucesso.

5. Comentários finais

O duplo papel do sistema de saúde como fator, ainda que não exclusivo, de melhoria da saúde coletiva e da elevação do nível de bem estar, depende em boa medida, de que a alocação dos recursos do setor se efetive em função das necessidades básicas de saúde da maioria da população.

Essa orientação implica em insistir na efetivação de propostas que procurem reverter a tendência, particularmente forte na última década, em privilegiar serviços especializados, a hospitalização e outras formas de atendimento de alto custo mas nem sempre eficazes.

Por conseguinte, passariam a ter maior procedência na prioridades do sistema de saúde, a atenção primária, o saneamento básico em áreas rurais e periferias urbanas, o controle das doenças

endêmicas e de outros problemas de saúde evitáveis ou vulneráveis a tecnologia de baixo custo unitário.

Com esse escopo, o redirecionamento na expansão do sistema deverá favorecer as estruturas estaduais, municipais e comunitárias, promovendo, conseqüentemente, o retraimento da participação relativa de instituições federais na oferta de serviços de natureza local.

O afastamento de qualquer distinção entre os usuários que não seja motivado pelos problemas de saúde que apresentem, requer um certo período de maturação para ser alcançado no nível desejado, sobretudo quando as desigualdades no consumo de serviços de saúde decorram de diferenças educacionais ou culturais e da concentração espacial da oferta, fatores que favorecem uma maior utilização por parte das populações dos centros urbanos e de maior porte.

Alguns resultados concretos quanto a igualdade no direito de acesso poderiam, entretanto, ser alcançados na medida em que a integração programática das diferentes instituições públicas que começa a ser esboçada através da "AIS" - leve a uma homogeneização de clientela, abolindo assim as discriminações formais entre beneficiários urbanos, população rural e as minorias sem vinculação previdenciária.

O enfoque principal de qualquer proposta de reformulação do atual modelo não deve ser - mesmo em uma situação recessiva - meramente contábil, com vistas a contenção de despesas como um fim em si mesmo. Até porque, não é intrinsecamente perverso gastar desde que se possa - cada vez mais com saúde, quando se objetivam atender as legítimas aspirações da população por melhores níveis de bem estar.

O problema passa a existir quando a economia em recessão não pode sustentar as mesmas médias de crescimento do orçamento social registradas nos seus tempos de euforia. Essa circunstância torna mais preocupante quando os recursos, direcionados para prioridades equivocadas, perdem a sua já limitada eficácia na melhoria de nível de saúde e sua escassez retarda a incorporação

contingentes ainda sem acesso regular pelo menos a cuidados básicos de saúde.

Um setor bastante sensível como o de saúde não pode correr riscos inerentes a alterações bruscas, quase sempre traumáticas, daí porque a estratégia de mudança deve ser essencialmente gradual. Alterações radicais, a curto prazo, se configuram pouco viáveis do ponto de vista político e econômico, diante da complexidade do problema, da multiplicidade de interesses envolvidos e da crise econômica com seus inúmeros reflexos sobre o setor. Ademais alterações bruscas seriam desaconselháveis por força da desestabilização que poderiam provocar nas estruturas públicas e privadas existentes, as quais - boas ou más - são as que temos. Na medida em que não se percam todas essas perspectivas e se tenha por opção uma estratégia participativa, as propostas de aprimoramento do sistema de saúde perdem o seu caráter tecnocrático que tipificaram as tentativas anteriores, para adquirir a dimensão política e social apropriada.

Ainda que os objetivos de universalização, equidade, de centralização e integração dos serviços de saúde possam ser atingidos mais facilmente em épocas de abundância, são os momentos de crise aqueles que, paradoxalmente, ao estimular a criatividade forçar adaptações, favorecem o seu alcance.

TABELA 1

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

1971 - 1980

34

E S P E C I F I C A Ç Ã O	A N O			
	1 9 7 1	Razão de atendimento urbano/rural	1 9 8 0	Razão de atendimento urbano/rural
<u>Assistência Hospitalar</u>				
- População atendida(%)	<u>3,0</u>		<u>9,9</u>	
. Urbana	5,4	2,3	11,9	2,1
. Rural	2,3		5,7	
<u>Atenção Ambulatorial</u>				
- Consulta por habitante (total)	<u>0,50</u>		<u>1,5</u>	
. Urbana	0,88	4,4	1,99	3,9
. Rural	0,20		0,51	
<u>Exames Complementares</u>				
- Exames radiográficos por habitante (total)	<u>0,03</u>		<u>0,19</u>	
. Urbano	0,06	60,0	0,28	18,7
. Rural ⁽¹⁾	0,001		0,015	
- Exames laboratoriais por habitante (total)	<u>0,13</u>		<u>0,43</u>	
. Urbano	0,23	7,7	0,61	12,2
. Rural ⁽¹⁾	0,03		0,05	

FONTE: MPAS/INAMPS

IBGE. Anuário Estatístico 1983

NOTA: (1) Dados de 1975

TABELA 2

BRASIL: Consumo de serviços médicos providos pelo INAMPS segundo as diferentes regiões
1980

ESPECIFICAÇÃO	R E G I Õ E S					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	BRASIL
<u>Assistência Hospitalar</u>						
% população atendida	5,8	5,6	11,2	14,9	10,7	9,9
<u>Assistência Ambulatorial</u>						
Consultas por hab./ano	0,94	0,91	1,93	1,67	1,07	1,51
Incidências radiológicas/ hab./ano	0,08	0,09	0,28	0,18	0,17	0,19
Exames lab. patologia clínica/hab./ano	0,29	0,25	0,56	0,42	0,49	0,43

FORTE: MPAS - INAMPS em dados 1980.

IBGE - Anuário Estatístico 1983. Tabulações Avançadas Censo Demográfico - 1980

TABELA 3

BRASIL: Recursos repassados pelo Ministério da Saúde para as diferentes regiões do País
1 9 8 2

REGIÕES	POPULAÇÃO (EM MILHARES)	%	RECURSOS REPASSADOS PELO M.S. (Cr\$ MILHÕES)	%	VALOR "PER-CAPITA" (Cr\$ 1,00)
<u>TOTAL</u>	<u>126 806</u>	<u>100</u>	<u>18 526</u>	<u>100</u>	<u>146,1</u>
Norte	6 566	5,2	1 940	10,5	295,5
Nordeste	36 867	29,1	10 096	54,5	273,8
Centro-Oeste	8 282	6,5	1 310	7,1	158,2
Sudeste	55 294	43,6	3 142	16,9	56,8
Sul	19 797	15,6	2 039	11,0	102,9

FONTES: MS/SG - Secretaria de Planejamento - 1983.

IBGE - Anuário Estatístico 1983.

NOTAS: (1) Recursos destinados às áreas de alimentação, medicamentos, saúde, saneamento e hemoderivados.

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

TABELA 4

BRASIL: Distribuição regional do PIB, população e despesas com assistência médica (INAMPS)
1 9 8 0

REGIÕES	P I B		POPULAÇÃO		I N A M P S	
	(Em Cr\$ bilhões)	%	(Em milhares)	%	(Despesa com Assist. Médica) (Em Cr\$ milhões) (*)	%
<u>BRASIL</u>	<u>13 104,3</u>	<u>100,0</u>	<u>119 002,7</u>	<u>100,0</u>	<u>178 407</u>	<u>100,0</u>
Norte	275,2	2,1	5 880,3	4,9	4 052	2,3
Nordeste	1 533,2	11,7	34 812,3	29,3	31 015	17,4
Sudeste	8 583,3	65,5	51 734,1	43,5	99 088	55,5
Sul	2 240,8	17,1	19 031,2	16,0	33 535	18,8
Centro-Oeste	471,8	0,4	7 544,8	6,3	10 717	6,0

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

IBGE - Anuário Estatístico - 1983 - Tabu. Avançadas. Censo Demográfico, 1980.

NOTA: (*) Excluído gastos com administração

TABELA 5

BRASIL: Gasto total e "per-capita" do INAMPS por grandes regiões

1 9 8 0

38

REGIÕES	POPULAÇÃO (Em milhares)	GASTOS INAMPS (Cr\$ 1.000)	
		TOTAL	"PER-CAPITA"
<u>BRASIL</u>	<u>126 806</u>	<u>701 988 316</u> ^(*)	<u>5,536</u>
Norte	6 566	15 134 816	2,305
Nordeste	36 867	121 632 995	3,299
Sudeste	55 294	389 882 173	7,051
Sul	19 797	133 681 136	6,752
Centro-Oeste	8 282	41 662 201	5,030

FONTE: INAMPS em Dados 1982.

IBGE. Anuário Estatístico 1983.

NOTA: (*) Excluídos Cr\$ 20 689,6 milhões destinados à Direção Geral.

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Ações integradas de saúde: normas gerais aplicáveis.* Brasília, MPAS/MS/MEC/Governos Estaduais e Municipais, 1984.
- (2) BEI,TRÃO, Hélio.- O Brasil todo na fila. *Veja*, São Paulo, 30 maio 1984. "Seção Ponto de Vista".
- (3) BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação-CIPLAN, MPAS, MS - Assistência de saúde no Brasil: sumário analítico e proposição de modelo de atuação do setor público. *A Saúde no Brasil*, Brasília, (2); 120-128, abril/junho/1983.
- (4) BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social.- *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social: INAMPS; INPS; LBA; FUNABEM; CEME; DATAPREV; IAPAS, a reorganização e a racionalização da previdência social.* Brasília, s.d.
- (5) DOCUMENTO propõe um novo modelo político para o país (Declaração do Encontro das Confederações Nacionais de Trabalhadores e suas Federações). *Folha de São Paulo*, São Paulo, de 13.11.1984.
- (6) INAMPS.- *O Plano de Pronta Ação-PPA* - Brasília, 1975.
- (7) MENDES, E.V.- *Integração dos Serviços de Saúde no Brasil* - Brasília, 04.10.83. Mimeo. "Palestra proferida no Seminário realizado na Reunião de Instituições Formadoras e Utilizadoras de Profissionais em Administração e Planejamento de Saúde".
- (8) NA HORA do voto, a vida que o brasileiro leva. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 14.11.1982. "Cadernos Especial".
- (9) ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington.- *Planificación de la salud, informe del Grupo Asesor reunido em Washington.* Washington, 1962. 57p.

- (10) ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington.- Coordina-
ciõn de los servicios médicos. In: CONFERÊNCIA SANITÁ-
RIA PANAMERICANA, 18. Washington, 1966. *Informe final*.
Washington, 1967. 45p. (Publicación Científica, 154).
- (11) PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚ
DE NO BRASIL.- *Distribuição do gasto do setor saúde por
fontes de financiamento, Brasil, 1982; estimativas pre-
liminares*. (tabelas), trabalho elaborado pelo GAP do
Acordo MS/MPAS/MEC/OPS. Brasília, 1982.
- (12) SILVEIRA, Mario Magalhães da.- Municipalização dos servi-
ços de saúde. *Projeto RADIS: Temas 1.1* jul. 1982. "Tex-
to apres. na III Conferência Nacional de Saúde, dez.
1963".
- (13) VIANNA, Solon Magalhães e PINTO, Vitor Gomes.- *A assistên-
cia médica da previdência social*. Brasília, IPEA/IPLAN/
CNRH, 1981. Mimeo.

CNRH - DOCUMENTO DE TRABALHO

- Nº 1 - "Criação e Crescimento do Emprego na Base de Informações Provenientes de Administrativos", Alfonso Rodrigues Árias, setembro 1982, 27 p.
- Nº 2 - "As Transformações na Estrutura de Produção Agrícola Brasileira: Determinantes, Conseqüências e Perspectivas", George Martine, outubro 1982, 29p.
- Nº 3 - "A Mão Invisível nos Serviços de Saúde: Será que ela Cura?", Cláudio de Moura Castro, Nilton Romeu e Solon Magalhães Vianna, novembro 1982, 19p.
- Nº 4 - "Suavização do Impacto dos Cortes de Despesas Governamentais sobre o Nível Geral de Emprego", Líscio Fábio de B. Camargo, George Martine, janeiro 1983, 14 p.
- Nº 5 - "Crescimento e Distribuição da População Brasileira: Tendências Recentes", George Martine, Líscio Fábio de B. Camargo, março 1983, 51p.
- Nº 6 - "O Ensino Básico: Necessidades, Prioridades e Dúvidas", Cláudio de Moura Castro, Divonzir Arthur Gusso, março 1983, 27p.
- Nº 7 - "High Technology in Intermediate Countries? The Case of Brazil", Cláudio de Moura Castro, june 1983, 52p.
- Nº 8 - "Custos Sociais e Diferentes Experiências de Atendimento a 'Meninos-de-rua'", Evair A. Marques, Gaudêncio Frigotto, Paulo Simpson Filho, Sandra M.C.Sá Carneiro, julho 1983, 16p.

- Nº 9 - "Do Sebastianismo aos 'Grassroots': Novas Estruturas de Organização no Brasil", Cláudio de Moura Castro (Organizador), setembro 1983, 80p.
- Nº 10 - "Despesas Federais com Educação - A Loteria sem Perdedores", Antônio Emílio Sendim Marques, janeiro 1984, 24p.
- Nº 11 - "O Problema Alimentar Brasileiro: Situação Atual, Perspectivas e Propostas de Política", Anna Maria Medeiros T. Peliano, Cláudio de Moura Castro, George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, dezembro 1983, 43p.
- Nº 12 - "Novas Relações Sindicais no Brasil: O debate, experiências internacionais e uma proposta para discussão", Gonzalo Falabella, Lais Wendl Abramo, Nair Heleloísa Bicalho de Sousa, Roque Aparecido da Silva e Ruy de Quadros Carvalho, janeiro 1984, 43p.
- Nº 13 - "Questão do Desemprego no Brasil e os Programas Especiais de Emprego", Luiz Carlos Eichenberg Silva, Ismael Carlos Oliveira e Líscio Fábio de B. Camargo, abril 1984, 57p.
- Nº 14 - "A Agricultura Brasileira e Seus Contrastes: Uma coletânea", Brancolina Ferreira, George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, maio 1984, 190p.
- Nº 14.I - "Política Agrícola, Política Salarial e Alimentação", Ronaldo Coutinho Garcia, agosto 1983, 25p.
- Nº 14.II - "Mudanças Tecnológicas e Sociais na Agricultura: A panela do povo em tempo de crise", George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, novembro 1983, 36p.
- Nº 14.III - "Colonização e Expansão da Fronteira Agrícola no Brasil: Avaliação e avaliações", George Martine, fevereiro 1983, 36p.

- Nº 14.IV - "A Terra - seu significado para o pequeno produtor na fronteira", Brancolina Ferreira, novembro 1983, 53p.
- Nº 14.V - "Desenvolvimento Rural do Nordeste: Subsídios para Formulação de uma Nova Política", Ronaldo Coutinho Garcia, outubro 1983, 28p.
- Nº 15 - "Previdência Social", Francisco E.B. Oliveira e Maria Emília R.M. Macedo, outubro 1984, 100p.
- Nº 16 - "Distribuição de Renda, Trabalho e Automação: Uma coletânea", Ismael Carlos Oliveira, Maurício Galinkin, José Carlos Pereira Peliano, Nair Heloisa Bicalho de Sousa e Ruy de Quadros Carvalho, novembro 1984, 234p.
- Nº 16.I "Ocupação, Emprego e Distribuição de Renda", Ismael Carlos Oliveira, Maurício Galinkim e José Carlos Pereira Peliano, novembro 1984, 94p.
- Nº 16.II - "Automação e Trabalho", José Carlos Pereira Peliano, novembro 1984, 42p.
- Nº 16.III - "Relações de Trabalho", Ruy de Quadros Carvalho e Nair Heloísa Bicalho de Sousa, novembro 1984, 91p.
- Nº 17 - "Política Econômica e Justiça Social", Álvaro Garcia, Anna M.T. Medeiro Peliano, Dorothea Werneck e Lísio Fábio de Camargo, fevereiro 1985, 113p.
- Nº 18 - "A Produção Científica no Brasil?", Cláudio de Moura Castro, janeiro 1985, 51p.
- Nº 19 "Subsídios para uma Nova Política de Relações de Trabalho", Ruy de Quadros Carvalho, Nair Heloisa Bicalho de Sousa, fevereiro 1985, 32p.

- Nº 20 - "A Formação de Recursos Humanos em Odontologia: Expandir ou não os Cursos de Graduação?", Solon Magalhães Vianna, outubro 1984, 13p.
- Nº 21 - "Política de Saúde: Algumas Questões", Solon Magalhães Vianna, Sérgio Francisco Piola, janeiro 1985, 30p.

