

82

**A DINÂMICA DO SETOR
SAÚDE NO BRASIL**

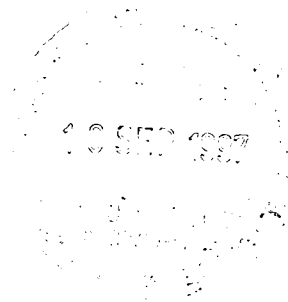
**Transformações e Tendências nas
Décadas de 80 e 90**

André Cezar Medici

**CUADERNOS
DE LA CEPAL**



NACIONES UNIDAS



003600134

Cuadernos de la CEPAL, N° 82 1997 C.1
(portugués)

CUADERNOS DE LA CEPAL

**A DINÂMICA DO SETOR
SAÚDE NO BRASIL**
Transformações e Tendências nas
Décadas de 80 e 90

André Cezar Medici



NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997

LC/G.1966-P
Julio de 1997

Este documento, que não foi submetido a revisão editorial, foi elaborado pelo senhor André Cezar Medici, Coordenador da Área de Políticas Sociais da FUNDAP/IESP e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, no marco do Projeto CEPAL/OPS "Salud en la transformación productiva con equidad". As opiniões nele expressas são de exclusiva responsabilidade do autor, podendo não coincidir com as das Instituições.

Este documento fue preparado por el señor André Cezar Medici, coordinador del Área de Políticas Sociales de la Fundación de Desarrollo Administrativo del Instituto de Economía del Sector Público y Presidente de la Asociación Brasileña de Economía de la Salud, en el marco del proyecto CEPAL/OPS "Salud y transformación productiva con equidad en América Latina y el Caribe". Las opiniones expresadas en este trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de las organizaciones.

This work was prepared by André Cezar Medici, Coordinator of the Social Policy Area, Foundation for Administrative Development/Institute of Public Sector Economics (FUNDAP/IESP) and President of the Brazilian Association for Health-Care Economics, under the ECLAC/PAHO project, "Health and changing production patterns in Latin America and the Caribbean". The views expressed in this paper, which has been reproduced without formal editing, are the sole responsibility of the author and do not necessarily coincide with those of the organizations.

Copyright © Naciones Unidas 1997
Todos los derechos están reservados
Impreso en Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y. 10017, EE.UU. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Número de venta: S.97.II.G.9

ISSN 0252-2195
ISBN 92-1-321455-3

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
RESUMO	11
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
APRESENTAÇÃO	17

PRIMEIRA PARTE: CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Capítulo I	
ASPECTOS ORGANIZACIONAIS	23
1. As estruturas previdencialistas	23
2. A transição ao universalismo	33
3. As estruturas universalistas	36
4. Os limites do universalismo no Brasil	43
Capítulo II	
RECURSOS DISPONÍVEIS	51
1. Emprego em saúde nos anos oitenta	51
2. A capacidade instalada	57
Capítulo III	
FINANCIAMENTO E GASTO COM SAÚDE	63

SEGUNDA PARTE: OS CAMINHOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Capítulo IV	
ANTECEDENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO	73
1. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)	75
2. O prev-saúde: a intenção e o gesto	79
3. As medidas racionalizadoras e a participação das esferas locais	82

	<i>Página</i>
4. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) . . .	86
5. Os recursos transferidos aos estados ao longo das AIS e do SUDS	89
Capítulo V	
A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O SUS	109
1. A regionalização do financiamento do SUS	110
2. A distribuição de competências em saúde	134
Capítulo VI	
GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO . . .	141
1. Os gastos federais com saúde	142
2. Os gastos dos estados e municípios com saúde	143
3. Os gastos totais com saúde nas três esferas de governo	149
4. Relações entre gastos com saúde e receitas nas distintas esferas de governo	152
5. Considerações finais	155
 TERCEIRA PARTE: PROPOSTAS NO ÂMBITO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE 	
Capítulo VII	
TENDÊNCIAS RECENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE	161
Capítulo VIII	
REDEFINIÇÃO DAS BASES DE FINANCIAMENTO	171
1. A base federal	172
2. A base estadual	174
3. A base municipal	174
4. Fontes mistas ou contribuições sociais compartilhadas	177
Capítulo IX	
ALGUNS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS PROPOSTAS EM CURSO	179
1. Vinculação por não vinculação	179
2. Vinculação percentual por vinculação de fontes	179
3. Custeio por investimento	181
4. Descentralização estadual por municipal	182
5. Municipalização do contribuinte	182
6. Contribuições sociais compartilhadas	183

	<i>Página</i>
Capítulo X	
DESCENTRALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE	185
1. O modelo descentralizador	185
2. O modelo desconcentrador	194
Capítulo XI	
OS DESAFIOS DE CURTO PRAZO (À GUIA DE	
CONCLUSÃO)	197
1. Perspectivas do orçamento da seguridade social	198
2. Alternativas para regularizar o fluxo de recursos	201
3. Mecanismo de repasse de recursos	202
4. Responsabilidade das três esferas de governo no	
financiamento	204
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207
LISTA DE SIGLAS	213

SUMÁRIO DE GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1	Sistemas de saúde no Brasil e seus fluxos de relações	34
Figura 2	Sistemas de saúde no Brasil e seus fluxos de relações	39
Gráfico I.1	Taxas de utilização dos serviços de saúde por nível de	
	renda mensal familiar per cápita: Brasil 1986	44
Gráfico I.2	Taxas de gratuidade dos atendimentos de saúde por	
	nível de renda mensal familiar per cápita: Brasil 1986	45
Gráfico III.1	Gastos públicos per capita com saúde: 1980-1993	67
Gráfico IV.1	Fontes de Financiamento do PIASS Brasil: 1976-1980	78
Gráfico IV.2	Estabelecimentos de saúde - Taxas de crescimento por	
	UF: 1976-1980	80
Gráfico IV.3	INAMPS: Gastos com assistência médica por tipo de	
	prestador: 1981-1989	91
Gráfico IV.4	AIS - Recursos transferidos aos estados e municípios:	
	1983-1985	94
Gráfico IV.5	AIS: Recursos por população - Distribuição acumulada	
	1983-1985	99
Gráfico IV.6	SUDS: Recursos per capita por região 1986-1989	102
Gráfico VI.1	Evolução dos gastos federais com saúde 1980-1993	144
Gráfico VI.2	Gasto federal em saúde como percentagem do PIB	
	1980-1993	145
Gráfico VI.3	Gastos dos estados com saúde 1980-1990	147
Gráfico VI.4	Gastos dos municípios com saúde 1980-1990	148

	<i>Página</i>	
Gráfico VI.5	Gastos totais em saúde como percentagem do PIB 1980-1992	151
Tabela I.1	Distribuição da cobertura e do faturamento do sistema de saúde privado autônomo no Brasil, 1987-1989	41
Tabela I.2	Distribuição percentual da cobertura e do faturamento do sistema de saúde privado autônomo no Brasil, 1987-1989	41
Tabela I.3	Taxas de utilização dos serviços de saúde por nível de renda mensal familiar per cápita	44
Tabela I.4	Motivos de procura dos sistemas de saúde segundo classes de renda familiar per cápita. PNAD 1986	46
Tabela II.1	Composição e crescimento do emprego em saúde, Brasil 1980-1987	52
Tabela II.2	Distribuição regional da população, empregos em saúde e empregos médicos, Brasil - 1987	57
Tabela II.3	Evolução dos estabelecimentos de saúde segundo o tipo, Brasil 1980-1990	59
Tabela II.4	Evolução dos estabelecimentos de saúde segundo a natureza (pública ou privada), Brasil 1980-1990	59
Tabela II.5	Evolução dos hospitais segundo a natureza (pública ou privada), Brasil 1980-1990	60
Tabela II.6	Evolução dos postos/centros de saúde segundo a natureza (pública ou privada), Brasil 1980-1990	60
Tabela II.7	Distribuição regional dos estabelecimentos de saúde, Brasil 1980-1990	61
Tabela II.8	Evolução dos leitos hospitalares segundo a natureza (pública ou privada), Brasil 1980-1990	61
Tabela II.9	Evolução da capacidade instalada do setor público por esfera de governo, Brasil 1980 e 1990	61
Tabela III.1	Evolução dos gastos federais com saúde por fonte de financiamento 1980-1993	64
Tabela III.2	Gastos públicos com saúde nas três esferas de Governo 1980-1993	66
Tabela III.3	Gasto total em saúde no Brasil - 1989	69
Tabela IV.1	Crescimento da rede ambulatorial de estabelecimentos públicos de saúde no nordeste enquanto resultado dos investimentos realizados pelo PIASS: 1976-1980	79
Tabela IV.2	Distribuição (%) das despesas de assistência médica do INAMPS por tipo de prestador, Brasil 1981-1989 . . .	92
Tabela IV.3	Valores repassados as secretarias estaduais e municipais de saúde a través da sais - Brasil e unidades de federação: 1983-1985	95

	<i>Página</i>
Tabela IV.4 Recursos per capita distribuídos aos estados e municípios através das ais no ano de 1985	96
Tabela IV.5 Transferências totais aos estados e municípios durante as ais 1983-1985	98
Tabela IV.6 Distribuição dos recursos federais transferidos para as secretarias estaduais e municipais de saúde 1986-1989 .	103
Tabela IV.7 Distribuição percentual dos recursos federais transferidos para as secretarias estaduais e municipais de saúde 1986-1989	104
Tabela IV.8 Taxas anuais de crescimento dos recursos federais transferidos para as secretarias estaduais e municipais de saúde 1986-1989	105
Tabela IV.9 Recursos federais per capita transferidos para as secretarias estaduais e municipais de saúde 1986-1989 .	106
Tabela V.1 Distribuição do número de AIH'S mensais por unidade da federação segundo as portarias 19 e 32 de 1991 . . .	120
Tabela V.2 Evolução da média mensal do número de AIH'S por unidade da federação-Brasil: 1984-1991	121
Tabela V.3 Evolução dos gastos federais como custeio hospitalar (AIH) por unidade da federação Brasil: 1986-1991 . . .	124
Tabela V.4 Distribuição percentual dos gastos federais com custeio hospitalar (AIH) por unidade da federação Brasil: 1986-1991	125
Tabela V.5 Valores da UCA nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1991 segundo grupos de unidades da federação . . .	128
Tabela V.6 Valores repassados aos estados e municípios através da UCA 1990-1991	131
Tabela VI.1 Evolução dos gastos federais com saúde: 1980-1993 . .	144
Tabela VI.2 Evolução dos gastos estaduais com saúde: 1980-1992 .	146
Tabela VI.3 Evolução dos gastos municipais com saúde: 1980-1992	148
Tabela VI.4 Gasto público em saúde consolidado nas três esferas de governo-Brasil: 1980-1990	150
Tabela VI.5 Gasto público total em saúde como porcentagem do PIB - Brasil: 1980-1990	150
Tabela VI.6 Distribuição percentual do gasto total em saúde por esfera de competência: Brasil: 1980-1990	151
Tabela VI.7 Gastos federais com saúde como proporção da receita federal total: Brasil: 1980-1990	153
Tabela VI.8 Gastos estaduais em saúde como proporção da receita estadual total - Brasil: 1980-1990	153
Tabela VI.9 Gastos com saúde como proporção dos gastos totais nos municípios - Brasil: 1980-1990	154

RESUMO

Esta publicação, elaborada sob encomenda do Projeto “Salud en la Transformación Productiva con Equidad”, coordenado conjuntamente pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), tem três objetivos básicos. Primeiro, descrever as características gerais do Sistema de Saúde existente no Brasil, enfatizando os aspectos relacionados à sua estrutura administrativa e componentes institucionais, aos recursos humanos e às formas de financiamento e gasto praticadas no país. Segundo, avaliar o processo de descentralização das ações de saúde, levando em consideração seus contornos institucionais, programas, recursos financeiros, instrumentos operacionais e principais formas de repasse de recursos dos níveis centrais para as esferas locais de Governo. Por último, avaliar as propostas de reforma dos referidos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito ao financiamento e continuidade do processo de descentralização.

A publicação encontra-se estruturada em três partes. A primeira descreve os principais sub-sistemas públicos e privados de saúde existentes, a estrutura do mercado de trabalho em saúde e os mecanismos de financiamento do setor. A segunda parte discorre sobre o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, analisando seus antecedentes e os principais programas implementados pelo Governo Federal; descrevendo o processo de descentralização após a Constituição de 1988, com a implementação do SUS e avaliando o impacto do referido processo nos gastos com saúde dos três níveis de Governo (União, Estados e Municípios). A última parte descreve e analisa as propostas de mudança no financiamento da saúde no Brasil, bem como especula sobre algumas tendências relacionadas a este campo.

RESUMEN

La presente publicación, elaborada como parte del proyecto "Salud y transformación productiva con equidad en América Latina y el Caribe", ejecutado conjuntamente por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene tres objetivos fundamentales. En primer lugar, presentar una descripción de las características generales del sistema de salud de Brasil en la que se otorga particular atención a los aspectos relacionados con su estructura administrativa e institucional, a los recursos humanos, y a las modalidades de financiamiento y gasto aplicadas en el país. En segundo lugar, evaluar el proceso de descentralización de las actividades que se realizan en el sector, tomando en consideración su marco institucional, los programas, los recursos financieros, los instrumentos operacionales y los métodos más importantes de traspaso de recursos de las instancias centrales a las entidades locales del gobierno. En último término, evaluar las propuestas de reforma de los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta al financiamiento y la continuidad del proceso de descentralización.

La publicación consta de tres partes. En la primera se describen los principales subsistemas públicos y privados de salud existentes, la estructura del mercado de trabajo en el área de la salud y los mecanismos de financiamiento del sector. La segunda parte está dedicada al proceso de descentralización de los servicios de salud de Brasil; en ella se analizan sus antecedentes y los principales programas ejecutados por el gobierno federal, se describe dicho proceso desde la adopción de la Constitución de 1988, y la consiguiente implantación del sistema único de salud (SUS), y se evalúan sus efectos en lo que respecta al gasto en salud del gobierno federal, los estados y los municipios. En la última parte se describen y analizan las propuestas de modificación del régimen de financiamiento del sector salud, y se especula sobre algunas de las tendencias relacionadas con este campo.

ABSTRACT

This publication was prepared as part of the project "Health and changing production patterns with social equity in Latin America and the Caribbean", which is being executed jointly by the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and the Pan American Health Organization (PAHO). Its purpose is three-fold: first, to give a general description of the health-care system in Brazil, with emphasis on its administrative and institutional structure, human resources and funding and disbursement arrangements; second, to evaluate the decentralization process as applied to health services, with reference to its institutional framework, programmes, funding, operational instruments and principal mechanisms for transferring funds from the central government to local government bodies; and lastly, to assess proposals for health sector reform, especially with respect to funding and the continuity of the decentralization process.

The publication consists of three parts. The first describes the principal public and private health sub-systems, the structure of the labour market for health workers, and financial mechanisms in use in the sector. The second part discusses the decentralization of health services in Brazil and includes an analysis of the background of this process and of the principal programmes implemented by the federal government, a description of the decentralization process since the adoption of the 1988 Constitution and of the subsequent introduction of the unified health system (SUS), and an assessment of its impact on health-care spending by the three levels of government (federal, state and municipal). The last section describes and analyses proposals for modifying health-care funding arrangements in Brazil and speculates about related trends observed in this area.

APRESENTAÇÃO

Este livro, elaborado sob encomenda do Projeto “Salud en la Transformación Productiva con Equidad”, coordenado conjuntamente pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), tem três objetivos básicos:

a) Descrever as características gerais do Sistema de Saúde existente no Brasil, enfatizando os aspectos relacionados à sua estrutura administrativa e componentes institucionais, aos recursos humanos e às formas de financiamento e gasto praticadas no país;

b) Avaliar o processo de descentralização das ações de saúde, levando em consideração seus contornos institucionais, programas, recursos financeiros, instrumentos operacionais e principais formas de repasse de recursos dos níveis centrais para as esferas locais de Governo;

c) Avaliar as propostas de reforma dos referidos sistemas de saúde, especialmente no que se refere ao financiamento e continuidade do processo de descentralização;

Tendo em vista cobrir estes objetivos, o livro encontra-se estruturado em três partes e 11 capítulos, que procuram detalhar os itens acima descritos. A primeira parte descreve os principais sub-sistemas públicos e privados de saúde existentes; a estrutura do mercado de trabalho em saúde e os mecanismos de financiamento do setor.

A segunda parte discorre sobre o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, analisando seus antecedentes e os principais programas implementados pelo Governo Federal; descrevendo o processo de descentralização após a Constituição de 1988, com a implementação do SUS e avaliando o impacto do referido processo nos gastos com saúde dos três níveis de Governo (União, Estados e Municípios).

A terceira parte descreve e analisa as propostas de mudança no financiamento da saúde no Brasil, bem como especula sobre algumas tendências relacionadas a este campo.

Este trabalho traz muitas modificações em relação à sua versão original. Tais modificações são derivadas da incorporação de críticas e comentários, bem como da aquisição de informações mais recentes em relação aos fenômenos analisados.

No que se refere aos comentários, gostaria de agradecer, antes de tudo, às valiosas observações de Jorge Katz e Ernesto Miranda, economistas e consultores da CEPAL no Chile, bem como os de Rolando Franco –Chefe da *División de Desarrollo Social da CEPAL*, os quais leram atentamente a primeira versão e tiveram forte influência em algumas das modificações aqui apresentadas. Gostaria ainda de agradecer aos comentários de amigos brasileiros como José Carlos Braga, Rui Affonso, Pedro Luíz Barros Silva, Francisco E. B. de Oliveira, Kaizô Beltrão, Sérgio Piola, Vicente Rodriguez, Eduardo Fagnani, Rosa Maria Marques e Laura Tavares Soares que, em diversos momentos, tem contribuído para o amadurecimento de minhas reflexões sobre a natureza e os problemas do sistema de saúde brasileiro. Por fim, não poderia deixar de agradecer o apoio institucional dado pela FUNDAP/IESP,¹ onde amadureci boa parte das atuais concepções que apresento sobre a natureza do processo de descentralização e financiamento do sistema de saúde no Brasil

Este sistema não pode ser avaliado somente do ponto de vista das boas intenções daqueles que o vem sustentando e construindo. Por trás da propaganda idílica da construção do SUS,² se esconde um dos mais iníquos sistemas de saúde da América Latina: um sistema que ainda mantém grandes desigualdades sociais e regionais de acesso aos serviços básicos de saúde, refletidas em elevados diferenciais sociais e regionais de mortalidade infantil. Um sistema que ainda é controlado, em grande medida, pelo poder dos médicos e dos hospitais públicos e privados, e não pelas reais demandas da sociedade.

A constatação desta dura realidade não implica que tudo esteja perdido. Muitas experiências internacionais, seja no contexto dos países desenvolvidos, seja nos países latino-americanos, permitem mostrar que sistemas focalizados e seletivos e técnicas de gestão mais custo-efetivas, voltadas para a melhoria do acesso da população mais pobre aos serviços sem desperdício de recursos, não são incompatíveis com a universalização.

No Brasil, algumas realidades como a do Estado do Ceará ou da Prefeitura de Curitiba, já revelam uma maior preocupação com a democratização do acesso e com o melhor uso dos recursos públicos em saúde. Estas experiências, no entanto, ainda contrastam com a retórica do Governo Federal que em nome de um universalismo abstrato, acaba sempre consagrando as necessidades, seja das corporações profissionais, seja das instituições médicas públicas e privadas.

¹ Particularmente ao Projeto "Balanços e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil", coordenado por Rui Affonso e Pedro Luíz Barros Silva.

² Sistema Único de Saúde, como vem sendo conhecido a partir da Promulgação da Constituição Brasileira de 1988.

Durante muito tempo, o saudoso médico brasileiro Carlos Gentile de Mello combateu o desperdício de recursos em saúde, especialmente aquele derivado de internações hospitalares desnecessárias. Defendia que, mesmo naqueles tempos onde os recursos para a saúde eram baixos, seria necessário gastar melhor com saúde. Segundo suas próprias palavras, “é dever do sanitarista encarar os fatores adversos (inclusive a falta de recursos) como um desafio”. Para ele, “a medicina isoladamente pouco pode contribuir para um grande número de problemas médicos, que são, sobretudo, de ordem econômica e social”.³

Tomadas as palavras de Carlos Gentile de Mello, constata-se que não existem mais sanitaristas na gestão dos serviços públicos brasileiros. Escorados no argumento da falta de recursos, os gestores dos serviços públicos de saúde no Brasil –falsos sanitaristas –pouco tem feito para mudar efetivamente o modelo hospitalocêntrico, medicalizante e dispendioso implantado no país.

³ Trechos extraídos do livro de MELLO, C.G., “O Sistema de Saúde em Crise”, Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981.

PRIMEIRA PARTE:

**CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE
NO BRASIL**

Capítulo I

ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

A estrutura dos sistemas de saúde no Brasil, nos anos mais recentes, passou por três grandes fases. A primeira fase, entre 1967 e 1983, pode ser chamada de "Previdencialista", ao estar hegemonizada por uma estrutura de proteção voltada somente para os trabalhadores protegidos pelos sistemas de previdência social e suas famílias. Entre 1983 e 1988 o sistema encontra-se em transição para o Universalismo e a partir de 1988 gera-se uma nova estrutura de funcionamento marcada pela disposição governamental em dar atenção universal a toda a população. Em que pese o fato destas mudanças serem mais visíveis, em termos organizacionais, no setor público, pode-se dizer que o setor privado também apresentou mudanças significativas, como será descrito a seguir.

1. As estruturas previdencialistas⁴

Conceitua-se como estruturas previdencialistas aquelas onde o sistema de saúde está voltado somente para trabalhadores e suas respectivas famílias que, voluntariamente ou não, contribuem para a manutenção do sistema,

⁴ Pretende-se ser sucinto na apresentação desse histórico dado que o tema já foi exaustivamente abordado por outros autores, destacando-se AROUCA, A.S.S., "O Dilema Preventivista: Crítica a Medicina Social no Brasil", Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP, Campinas (SP), 1976.; BRAGA, J.C.S., e GÓES DE PAULA, S., "Saúde e Previdência: Ensaio de Política Social", Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo (SP), 1981.; POSSAS, C.A., "Saúde e Trabalho no Brasil: A Crise da Previdência Social", Ed. Graal, 1981, bem como os trabalhos de Madel T. Luz e Sônia Fleury Teixeira.

descontando uma parcela de seus salários ou destinando uma parcela de suas rendas para tal.⁵

Uma breve retrospectiva é capaz de demonstrar que o sistema de saúde brasileiro no século XX seguiu a trajetória traçada por muitos países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Com o advento da Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) que eram financiadas de forma tri-partite, ou seja pelos empregados, pelas empresas e pelo Governo. Estas caixas eram organizadas por empresa ou categoria profissional e não estavam estendidas a muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas⁶ não permitia ao Governo acompanhar seu crescimento e monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos vinte), quando o Estado era desprovido quase que totalmente de instâncias de fiscalização das ações que se desenvolviam na sociedade civil.

Com a crise dos anos trinta e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, muitas mudanças começam a ocorrer no sentido de aumentar o centralismo estatal e os setores de saúde e previdência não fugiram a esse movimento. Ao longo dos anos trinta,⁷ a estrutura das CAP's foi adicionada pela dos Institutos de Aposentadorias e Pensões –IAP's, autarquias centralizadas no Governo Federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Estas estruturas, organizadas por ramos de atividade, absorveram a maioria das antigas CAP's, embora algumas dessas tenham sobrevivido até os anos sessenta. Ao longo dos anos trinta foram criados cinco Institutos: marítimos (IAPM), Comerciais (IAPC), bancários (IAPB), estiva e transporte de cargas (IAPTEC) e industriários (IAPI). Nos anos quarenta foi criado o último desses institutos –o dos servidores do Estado, totalizando sete IAP's.

Durante os anos quarenta e cinquenta, a assistência médica prestada pelas CAP's e IAP's aos trabalhadores formais foi a única disponível. Estes institutos não apenas mantinham suas próprias estruturas de assistência médica (hospitais e ambulatórios) como também contratavam alguns serviços de estabelecimentos de saúde privados lucrativos ou filantrópicos. Poucos eram os Estados e Municípios que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população. Alguns

⁵ Uma conceituação e historicização adequada do que é o previdencialismo nas políticas sociais pode ser encontrado em BRAGA, J.C.S. e MEDICI, A.C., "Políticas Sociais e Dinâmica Econômica: Elementos para uma Reflexão", Ed. IESP/FUNDAP, mimeo., junho de 1993.

⁶ Em 1930 o sistema já abrangia 47 caixas, com 142 mil segurados ativos, oito mil aposentados e sete mil pensionistas. Ver POSSAS, C., "Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social", Ed. Graal, 1a. ed., 1981.

⁷ Entre 1933 e 1938 foram criados foram criados 5 IAP's. Em fins de 1938 existiam 99 Caixas. Assim, o novo sistema passou a englobar Institutos e Caixas.

estabelecimentos filantrópicos mantinham cuidados à saúde para famílias pobres e indigentes. O Ministério da Saúde, por sua vez, mantinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria.

A assistência médica prestada pelos IAP's apresentava alguns problemas na visão dos reformadores da saúde dos anos cinqüenta e sessenta –os sanitaristas-desenvolvimentistas. O primeiro desses problemas era o da excludência. Muitos trabalhadores formais não pertenciam a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAP's e pela estrutura reminiscente das CAP's. Isto sem contar a maioria da população, que ao trabalhar na agricultura ou no setor informal urbano do mercado de trabalho, não tinha direito a nenhum sistema de saúde.

Além da excludência, havia o argumento da iniquidade. Os IAP's pertencentes a categorias profissionalmente elitizadas (como os bancários, por exemplo), tinham estruturas exemplares de assistência médica, enquanto outras categorias apresentavam sistemas sofríveis. Com isso, havia grande iniquidade na cobertura dos serviços, mesmo para as categorias que podiam contar com seus próprios Institutos.

Por fim, mas não em menor importância, os IAP's eram estruturas eminentemente urbanas, isto é, os Estados e regiões mais rurais do país, não tinham, serviços adequados dado que os raros contingentes pertencentes a estas categorias não justificavam a presença de estruturas de saúde de maior porte e complexidade.

Todos esses motivos favoreceram a criação de um movimento de unificação das estruturas de assistência médica dos IAP's, fato que emergiu na agenda pública no início dos anos cinqüenta (mais precisamente na discussão relativa ao plano SALTE)⁸ e ao seu final, quando foi promulgada (embora sem nunca ter sido regulamentada) a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960.

As razões que impediram a unificação dos IAP's repousavam no compromisso assumido inicialmente por Vargas e posteriormente por Juscelino Kubitschek e João Goulart com os sindicatos que dominavam a estrutura administrativa dos IAP's. Pertencendo a partidos de corte populista, como o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), no caso de Vargas e Goulart e o Partido Social Democrático (PSD), no caso de Kubitschek, não havia interesse, por parte destes presidentes, que oposições dos principais sindicatos viessem a atrapalhar seus planos de Governo.

⁸ Um dos primeiros planos de desenvolvimento elaborados no Brasil, ocorrido durante o 2o Governo Vargas. A Sigla SALTE representa a prioridade conferida a quatro setores considerados estratégicos: saúde, alimentação, transporte e energia.

Os IAP's, por sua vez, atravessavam nesta época precárias situações financeiras, o que os levava a aumentar ocasionalmente suas alíquotas de contribuição sem que fossem resolvidos seus problemas estruturais, postergando suas crises.

O golpe militar de 1964 e o governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica até então reinante. A direção dos IAP's foi deposta e substituída por interventores que despolitizaram a administração dos Institutos. Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAP's num único instituto –o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O único instituto que sobreviveu a essa reforma –o IPASE (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado) –foi extinto nos anos oitenta e suas estruturas de assistência médica incorporadas ao INPS.

O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, ou seja, todos aqueles que contribuíssem na época com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica de contribuição). Essa extensão de cobertura trouxe problemas para as instituições assistência médica da previdência social, dado que os estabelecimentos dos antigos IAP's não davam conta dessa nova clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por unidade de serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

O setor privado, por sua vez, com excessão do filantrópico, calcado nas Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 e formado por recursos oriundos das loterias Federal e Esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF). Estes recursos eram geridos por um conselho que deliberava sobre a importância social dos empréstimos solicitados e decidia sobre as condições de retorno

(prazos, carência, taxas de juro, etc.).⁹ Assim, boa parte da expansão da rede privada de serviços de saúde foi financiada por recursos públicos.

O ano de 1974 marcou ainda a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Entre 1974 e 1976 inicia-se o desdobramento do INPS em três institutos: o IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social), destinado a administração e recolhimento dos recursos devidos a previdência; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária. Foram também incorporadas ao Ministério a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor –instituições de corte assistencialista, que tinham por objetivo cuidar de segmentos sociais desassistidos como crianças, mães, adolescentes e idosos.

Todo esse processo se cristalizou em 1976, com a criação do SINPAS –Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e do seu instrumento financeiro, o FPAS –Fundo de Previdência e Assistência Social.

O SINPAS passou a ser composto pelas seguintes instituições:

- IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social);
- INPS (Instituto Nacional de Previdência Social);
- INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social);
- LBA (Legião Brasileira de Assistência);
- FUNABEM (Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor);
- DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social);
- CEME (Central de Medicamentos)

De todas essas instituições, duas formavam o sub-sistema de assistência médica no âmbito da Previdência Social: o INAMPS –destinado a prover assistência médica aos segurados (trabalhadores formais e seus dependentes) e a CEME, destinada a comprar centralmente e distribuir medicamentos para as instituições que cuidavam da assistência médica da previdência social.

⁹ Uma análise do FAS no início de sua criação pode ser encontrada em REZENDE, F., “Novas Alternativas de Financiamento dos Encargos do Governo” in Pesquisa e Planejamento Econômico, Ed. IPEA, Rio de Janeiro (RJ), 4(3), Dez. de 1974. Vale comentar que o FAS não financiava apenas projetos na área de saúde, mas também em educação, saneamento, trabalho, assistência social e outros programas sociais. Os recursos, quando destinados ao setor público, eram repassados a fundo perdido e, quando emprestados para o setor privado, eram feitos a juros subsidiados.

A estrutura da Previdência Social permaneceu praticamente inalterada até meados dos anos oitenta. Sendo o maior sub-sistema de saúde do Brasil, pode-se dizer que a ele se adicionavam quatro outros subsistemas: o subsistema composto pelo Ministério da Saúde e suas instituições; o subsistema de saúde das administrações estaduais e municipais; o sub-sistema de assistência médica das forças armadas e servidores públicos e o subsistema formado pelo setor privado autônomo (isto é, que não vendia serviços para o INAMPS).

a) O sub-sistema de saúde da previdência social

Esse sub-sistema –o maior e mais complexo– era composto pelos estabelecimentos próprios do INAMPS (hospitais e postos de assistência médica), bem como por toda a rede de estabelecimentos privados conveniados com esta instituição. Dados de 1984 indicam que cerca de 60% dos leitos hospitalares privados tinham convênio com o INAMPS e os serviços de natureza ambulatorial eram crescentemente conveniados. A rede INAMPS contava, portanto, com cerca de 90 mil leitos públicos e 250 mil leitos privados nesta época. Esta rede estava distribuída em Superintendências Regionais, de base estadual, que coordenavam os estabelecimentos de saúde próprios e contratados pelo INAMPS em cada Estado.

Sua abrangência, no entanto, estava restrita a atenção a saúde para os segurados do INAMPS (cerca de 75% da população brasileira ao final dos anos setenta), em geral trabalhadores urbanos. Havia alguma proteção aos trabalhadores rurais, limitada a tetos de cobertura. A atenção médica para os trabalhadores urbanos, nos anos setenta, era considerada de boa qualidade, especialmente no que se refere a atenção hospitalar. Pouca atenção era dada ao aspecto preventivo.

Além do INAMPS, havia a CEME, a qual tinha sido criada não apenas para comprar e distribuir, mas também para apoiar a produção de medicamentos e fármacos considerados estratégicos no Brasil.¹⁰ O papel da CEME era mais adequado ao Ministério da Saúde de forma que, desde final dos anos 80 a CEME passou a integrar a estrutura desse Ministério.

¹⁰ Vários trabalhos tem sido produzidos sobre indústria farmacêutica no Brasil. Destacam-se os trabalhos de Geraldo Giovanni, professor da UNICAMP e pesquisador do NEPP/UNICAMP. Uma análise mais recente sobre a CEME e seu papel pode ser encontrada em MEDICI, A.C., OLIVEIRA, F.E. e BELTRÃO, K.I., "A Política de Medicamentos no Brasil", Ed. IPEA, Documentos de Política No 6., Rio de Janeiro, dezembro de 1991.

b) O sub-sistema do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, nos anos setenta, era uma estrutura bastante complexa. Mantinha atividades assistenciais através de uma série de programas nacionais, com estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias para ações no campo do combate ao cancer, psiquiatria, dermatologia sanitária, tuberculose, atenção materno infantil, etc. Tais atividades eram, em alguns casos, desempenhadas com a colaboração dos Estados. Pode-se dizer que o Ministério da Saúde mantinha relações mais antigas com os Estados do que aquelas desempenhadas pelas estruturas do INPS/INAMPS.

Na área de doenças transmissíveis, sobressaiam as campanhas sanitárias coordenadas pela Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias –SUCAM– autarquia que tinha capilaridade em todo o território nacional. Promovia ações de combate e erradicação de doenças como malária, leishmaniose, poliomielite, sarampo, varíola e outras. Em colaboração com os Estados e Municípios, mantinha a notificação dessas endemias como forma de estudar os melhores meios de erradicá-las.

Outra autarquia de grande importância no âmbito do Ministério da Saúde era a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), responsável pela interiorização da assistência médica e das ações de saneamento básico, especialmente nas regiões mais distantes e desprovidas do país. Esta Fundação, considerada por muitos como um exemplo de organização administrativa, eficiência e planejamento das ações de saúde, tinha uma das melhores estruturas salariais do país e obteve grande êxito em ações, especialmente no campo do saneamento básico de Municípios do interior do país, antes que as Companhias Estaduais e o Plano Nacional de Saneamento –PLANASA se encarregassem de expandir tais ações nos anos setenta e oitenta. Embora contasse com uma rede nacional, a Fundação SESP teve forte presença nos Estados do Norte e do Nordeste, onde a assistência médica da previdência social eram de pequena dimensão frente às necessidades da população, em virtude do baixo grau de assalariamento formal da economia destas regiões.

A Fundação Oswaldo Cruz representava a terceira grande autarquia do Ministério da Saúde. Remanescente da política sanitária do início do século, a FIOCRUZ apresentava uma organização que mesclava ações de ensino, pesquisa e serviços de saúde. Contava com toda uma estrutura de cursos técnicos e de pós-graduação em áreas bastante diversas como saúde pública, biologia e biotecnologia, além de estruturas para desenvolvimento e produção de vacinas e imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e medicamentos. Contava com serviços ambulatoriais e hospitais especializados como o Instituto Fernandes Filgueiras (IFF), no campo da pediatria. A dimensão dos serviços da FIOCRUZ tem caráter meramente complementar, dada a sua restrita dimensão, inclusive regional

(restringe-se ao Rio de Janeiro e Recife). Sua importância repousa na produção de vacinas, na pesquisa e desenvolvimento, especialmente na área de doenças tropicais, e no ensino de saúde pública.

Uma quarta importante autarquia do Ministério da Saúde é o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), órgão criado nos anos setenta, com o intuito não apenas de distribuir alimentos, mas também realizar a vigilância nutricional, acompanhar os níveis de desnutrição e realizar estudos de antropometria no país. Muito contribuiu para o planejamento inicial das ações do INAN a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1974 e 1976, denominada Estudo Nacional da Despesa Familiar que, financiada parcialmente pela FAO,¹¹ demonstrou a existência de altos graus de desnutrição infantil no país.¹²

Além de todas essas estruturas e programas, o Ministério da Saúde ainda era responsável pelas ações no campo da vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, farmacológica e alimentar, vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras, etc. As estruturas para tal eram por demais deficientes, dado que o Estado estava pouco aparelhado para realizar o controle de qualidade em saúde.

c) O sub-sistema dos hospitais univesitários

O Ministério de Educação mantinha, sob sua coordenação, os hospitais univesitários que, ligados às Univesidades Federais existentes em cada Estado, desenvolviam, além de ensino e pesquisa, estratégias de atenção médica às populações abertas, funcionando, portanto, em regime universal.

Estes hospitais, em sua maioria, mantinham convênios com o INAMPS para a prestação de serviços à população beneficiária da previdência social.

Também se estruturavam sob responsabilidade do Ministério da Educação os programas de residência médica que mobilizavam uma significativa quantidade de recursos humanos para trabalhar, seja nos hospitais univesitários, seja em outros estabelecimentos de saúde integrantes da rede pública. Os programas de residência médica foram importantes formas de formação prática de médicos em todo o país. Nos últimos anos, no entanto, tem se observado uma queda de qualidade na gestão desses programas.

¹¹ Órgão das Nações Unidas denominado Food and Alimentation Organization, com sede em Roma.

¹² Em 1989 foi realizada pelo IBGE a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), que demonstrou uma razoável redução das formas graves e moderadas de desnutrição no Brasil, em comparação com a situação encontrada em 1974 pelo ENDEF.

d) O sub-sistema das forças armadas e funcionários públicos

Como classes privilegiadas, militares e funcionários públicos civis mantiveram durante muito tempo sistemas próprios de saúde. O dos militares continua existindo até o momento, sendo independente das outras estruturas públicas de atenção médica que passaram a estar voltadas para a população aberta. Mantém seus próprios hospitais e, em alguns casos, compra serviços privados mediante reembolso.

No caso dos funcionários públicos civis do Governo Federal, a estrutura própria foi o IPASE, o qual só foi desmontado nos anos oitenta. Alguns Estados e Municípios mantinham (e ainda mantém) serviços próprios de saúde para seus funcionários, como o Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ), que detém seus próprios hospitais e ambulatorios, ou do Instituto de Assistência Médica dos Servidores do Estado de São Paulo (IAMSP). Estes serviços, no entanto, tem sofrido forte degradação na qualidade da prestação ao longo dos últimos anos.

Vale comentar ainda a existência de serviços de saúde próprios, inclusive com estrutura hospitalar, para os servidores militares dos Estados e Municípios, notadamente Polícia Militar e Corpo de Bombeiros. Alguns dos hospitais pertencentes a estas estruturas, embora atendam clientela fechada, são altamente especializados, notadamente em áreas como atendimento a queimados e politraumatizados.

Os funcionários dos Poderes Legislativo e Judiciário, nos três níveis de Governo, também gozam de sistemas especiais de assistência médica os quais baseiam-se em estratégias de compra de serviços por parte de entidades privadas.

e) O sub-sistema de saúde dos estados e municípios

As administrações estaduais e municipais detinham, na maior parte dos casos, estruturas de assistência médica precárias e deficientes. Somente os Estados mais ricos e os Municípios das capitais estaduais, encontravam-se aparelhados para atender atividades de emergência e assumir as tarefas rotineiras de vacinação e assistência ambulatorial. Nos anos setenta, as esferas locais de Governo tiveram forte perda de receita com a centralização fiscal imposta pela reforma tributária de 1967.¹³ Sendo assim, podiam até colaborar com o Ministério da Saúde em algumas ações como o combate a endemias e campanhas de vacinação, mas dificilmente tinham recursos e instituições capazes de garantir uma oferta de serviços de saúde adequada a sua população.

¹³ Ver sobre este ponto os inúmeros trabalhos produzidos pelo economista José Roberto Affonso.

Algumas cidades como Rio de Janeiro e São Paulo contavam com hospitais gerais voltados para atendimentos de urgência médica. As estruturas estaduais e municipais, da mesma forma que as ações do Ministério da Saúde, destinavam-se à população aberta e sempre funcionaram numa perspectiva de universalização.

Considerando a existência, em cada Estado, de uma Superintendência Regional do INAMPS e de uma rede de estabelecimentos próprios e contratados de saúde, sob o comando deste órgão, pode-se dizer que havia uma duplicação de estruturas públicas de saúde em cada Estado, sem que existisse algum órgão capaz de organizar e integrar os esforços.

Cabe ressaltar ainda, que nos Estados onde haviam Universidades Estaduais, especialmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, também haviam hospitais universitários que cumpriam funções similares a dos congêneres federais. No caso de São Paulo, por exemplo, é importante ressaltar o peso que os Hospitais das três Universidades Estaduais detêm, especialmente em termos de porte, complexidade e capacidade de atendimento.

f) O sub-sistema privado autônomo

Até meados dos anos setenta, era difícil separar as estruturas privadas contratadas pelo INAMPS das estruturas de assistência médica autônomas. Em geral estas estruturas prestavam serviços tanto para o INAMPS quanto para empresas e pessoas físicas. No entanto, iniciou-se desde finais dos anos sessenta a montagem de uma estrutura paralela de assistência médica para as empresas financiada parcialmente pelos recursos do INAMPS.

O decreto No. 61.784, de 28/11/67 oferecia a possibilidade de convênio entre a empresa e o INPS, pelo qual este retornava à conveniente um percentual dos recursos pagos à Previdência em virtude de obrigações devidas por lei. ¹⁴ Começaram a se formar, a partir daí, não apenas serviços próprios de empresas (programas de *auto-gestão* dos serviços de saúde), mas também desenvolveu-se a possibilidade de criar estruturas de assistência médica baseadas em pré-pagamento.

As estruturas de pré-pagamento calculavam, para uma dada coletividade de empregados e dependentes de uma empresa, um valor atuarial que serviria de taxa para cobertura dos riscos à saúde dessa população específica. Utilizavam esse critério de remuneração: as cooperativas médicas (UNIMED's), as empresas de medicina de grupo (similares as HMO's americanas) e os planos de seguro-saúde, financiados por companhias de seguro e empresas do setor financeiro. Embora muitas

¹⁴ Ver MEDICI, A.C., "Os Serviços de Assistência Médica das Empresas: Evolução e Tendências Recentes", TD/IESP No. 7, Ed. FUNDAP/IESP, São Paulo (SP), dezembro de 1992.

destas estruturas baseadas em pré-pagamento tenham sido criadas nos anos sessenta, foi nos anos setenta e particularmente nos oitenta que se verificou seu forte crescimento.¹⁵

Os convênios do INPS e do INAMPS com empresas limitavam-se, no entanto, àquelas que tinham condições de organizar seus próprios serviços ou contratar as estratégias de pré-pagamento. Em geral, estas eram grandes empresas estatais ou internacionais. Tal fato determinava o escopo e a abrangência do setor privado autônomo, cuja expansão estava condicionada ao universo das empresas, dado que a excessiva concentração da renda do país limitava o acesso das famílias aos sistemas privados.

Os convênios entre o INAMPS e as empresas tiveram seu apogeu ao longo do período 1976-1983, quando a partir de então começam a ser extintos por iniciativa governamental. Na ausência de estratégias de cobertura do sistema público adequadas a saúde dos trabalhadores das empresas privadas, começa a ocorrer, a partir de então um verdadeiro "boom" de crescimento do setor privado autônomo, como será visto na próxima parte.

2. A transição ao universalismo

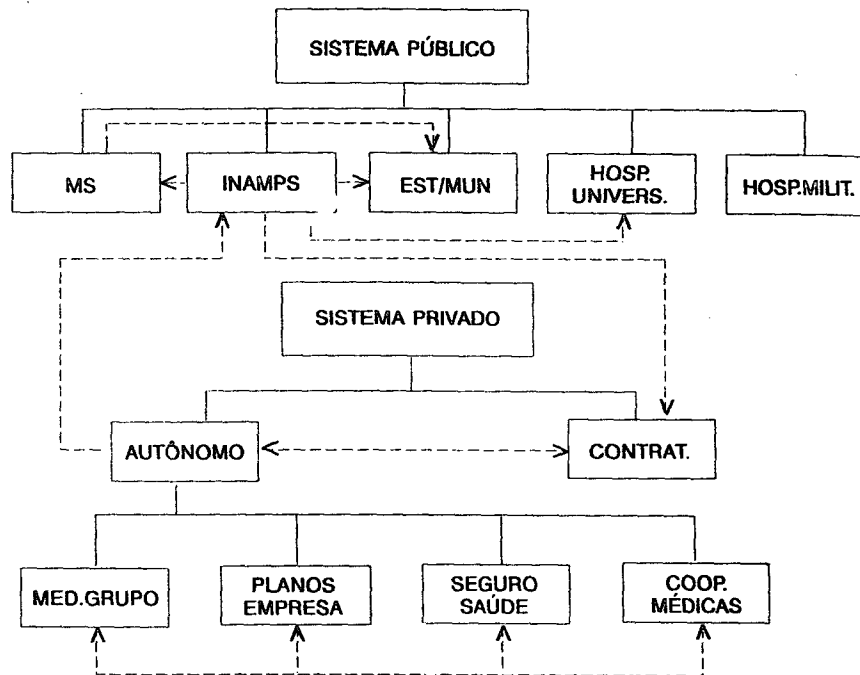
Embora tenha-se conceituado a fase de transição ao universalismo como aquela situada entre 1983 –ano em que se iniciou o programa de ações integradas de saúde– e 1988 –ano onde foi promulgada a Constituição Federal que consagrou o acesso universal às políticas de saúde– várias iniciativas governamentais ao longo dos anos setenta já evidenciavam uma disposição para expandir a cobertura da assistência médica entre os segmentos populacionais que não tinham acesso aos programas de saúde.

Dentre essas iniciativas destaca-se, no âmbito do INPS e posteriormente do INAMPS, a criação de um programa para atender aos trabalhadores rurais e suas famílias, independentemente destes contribuírem como empregados ou autônomos para a Previdência Social. Este programa, criado em 1974, fazia parte de um conjunto de ações do complexo previdenciário por ocasião da criação do Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural –FUNRURAL.¹⁶

¹⁵ Uma análise detalhada dos motivos que levaram ao crescimento dos planos de saúde privados entre as empresas pode ser observada em MEDICI, A.C., "Os Serviços de Assistência Médica das Empresas: Evolução e Tendências Recentes", TD/IESP No.7, dezembro de 1992.

¹⁶ Os recursos que financiariam essas atividades seriam formados por 2,5% do valor da primeira comercialização dos produtos vendidos pelos estabelecimentos rurais. Dada a dificuldade de fiscalizar tal procedimento e ao fato de que boa parte da produção rural é comercializada informalmente, a arrecadação deste recuso sempre foi muito abaixo do que efetivamente deveria ser.

Figura 1
SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS FLUXOS DE RELAÇÕES
(Antes de 1988)



Outra iniciativa no sentido da universalização foi a criação, também em 1974, do Programa de Pronta Ação –PPA, que universalizava o atendimento de urgência médica na rede própria e conveniada do INAMPS para todos os indivíduos, independentemente destes comprovarem ser segurados das instituições previdenciárias.¹⁷

A necessidade de atender a população não segurada somava-se às recomendações de novas formas de organização assistencial. A conferência

¹⁷ Na prática, o PPA restringiu-se a cobertura da rede de estabelecimentos próprios dado que os conveniados sempre que podiam não cumpriam esta determinação, removendo o paciente para os estabelecimentos públicos.

de Alma-Ata, na segunda metade dos anos setenta, recomendava a estratégia de atenção primária à saúde, num momento onde a organização pública da assistência médica no Brasil era altamente hospitalocêntrica. Tais fatos levaram, primeiramente, a criação de instâncias de coordenação e integração das instituições federais públicas de saúde e, posteriormente, a criação de um grande programa de expansão da rede de atenção primária: o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.¹⁸

Esta rede, voltada para o atendimento a população aberta, deu possibilidades para a implantação em 1983 do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) que, através do repasse de recursos do Governo Federal aos Estados e Municípios, sob a forma de convênios entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, permitia a plena utilização da rede pública das esferas loco-regionais para programas de atenção universal de saúde.

Os ideais de universalização foram ainda alicerçados com o advento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, programa que, em continuidade com as AIS, estabelecia repasses de recursos do INAMPS aos Estados consubstanciados em Orçamentos-Programa, ao nível de cada Estado, que estabeleciam a programação e utilização conjunta de toda a infra-estrutura de saúde existente em cada Estado (federal, estadual e municipal) à serviço da universalização.¹⁹

A fase de transição ao universalismo não representou, portanto, mudanças na estrutura administrativa do sistema de saúde no Brasil. No entanto, pressões se faziam no sentido da unificação das estruturas de saúde nos três níveis de Governo. Tais pressões se exerciam no sentido de fundir o INAMPS, pertencente ao Ministério da Previdência e Assistência Social, ao Ministério da Saúde. As estruturas regionais do INAMPS (Superintendências Regionais) seriam fundidas às Secretarias Estaduais de Saúde e os postos de assistência médica e hospitais (a depender do nível de complexidade) seriam absorvidos pelas redes de atendimento dos Estados e Municípios.

No que se refere ao setor privado autônomo, verifica-se na fase de transição, um forte crescimento das quatro estruturas básicas (medicina de grupo, cooperativas médicas, serviços próprios das empresas e seguro-saúde) ao lado da perda relativa de importância da rede privada

¹⁸ A parte II deste trabalho analisa com mais detalhe os impactos da rede PIASS na atenção a saúde no Brasil.

¹⁹ A parte II deste trabalho analisa, também, os programas descentralizados de saúde como as AIS, SUDS e SUS e seu comportamento financeiro.

contratada e conveniada com o setor público. Alguns fatores contribuíram para este fenômeno, cabendo destacar:

a) A desativação dos convênios INAMPS-Empresa e INAMPS-Sindicatos pelo Governo, a partir de 1983 e a insatisfação das empresas com o serviço de assistência médica prestado pelo INAMPS;

b) A mudança do sistema de remuneração do setor privado por Unidade de Serviço (US) para o sistema de remuneração por autorização de internação hospitalar (AIH) em 1983. O primeiro remunerava por procedimento ou ato médico enquanto que o segundo remunerava por diagnóstico (a semelhança dos DRG's americanos);

c) A brutal queda no valor das tabelas de pagamento da AIH que favoreceram a retirada progressiva dos estabelecimentos privados de melhor qualidade de atenção médica do INAMPS, passando estes a prestar serviços em maior escala para as organizações privadas autônomas de saúde.

3. As estruturas universalistas

Com o advento da Constituição de 1988, o Sistema de Saúde no Brasil passou a ser regido pelos seguintes princípios finalísticos e estratégicos:

- Finalísticos

Universalização do atendimento: toda a rede pública própria ou comandada passaria a atender a população aberta, em caráter universal, sem restrições ou cláusulas de cobertura;

Equidade no atendimento: Além de universal, todos teriam acesso às mesmas modalidades de cobertura em todo o território nacional;

Integralidade das ações: Todos teriam acesso à saúde num conceito integral, ou seja, composto por ações sobre o indivíduo, sobre a coletividade e sobre o meio;

- Estratégicos:

Descentralização: A execução dos serviços seria comandada e realizada pelos Municípios e pelos Estados, minimizando o papel da União em prol do exercício das atividades de planejamento, acompanhamento, fiscalização, controle;

Unicidade de comando: Embora descentralizado, o sistema passaria a ter um comando único em cada esfera de Governo, evitando a antiga duplicação de esforços que existia entre as estruturas do INAMPS, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais;

Participação social: A sociedade participaria da gestão do sistema através de Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de Governo, que teriam funções no campo do planejamento e fiscalização das ações de saúde.

Estes princípios norteadores da política de saúde foram acompanhados por algumas mudanças feitas na estrutura do setor na passagem dos anos oitenta para os anos noventa, consubstanciando uma estrutura organizada como Sistema Unificado de Saúde –SUS.²⁰

– O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde –SUS

O SUS integra não apenas as redes federais de saúde, mas também as redes públicas dos Estados e Municípios. Elimina a dicotomia de comandos no que se refere às redes públicas em todos os níveis de Governo, embora mantenha algumas estruturas em separado. Para exemplificar, os hospitais universitários, embora integrem funcionalmente o SUS, continuam a pertencer a estrutura das Universidades e do próprio Ministério da Educação. Outro exemplo significativo é o sub-sistema de atenção médica das forças armadas, que continuou sendo um sistema isolado, não integrando o SUS nem atendendo à população aberta.

A Reforma Administrativa do Ministério da Saúde se inicia com as Medidas Provisórias 150 e 151, de 15 de março 1990, por iniciativa do recém-empossado Governo de Fernando Collor de Mello. A primeira destas medidas define ser competência desse Ministério cobrir atividades médicas e paramédicas; a ação preventiva, a vigilância sanitária nas fronteiras, portos e aeroportos, o controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisas médico-sanitárias. Define ainda como órgãos específicos do Ministério o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria Nacional de Assistência Saúde.

A Medida Provisória 151 estabelece que as atribuições, o acervo e os recursos orçamentários da SUCAM ficam transferidos para a Fundação SESP, que passa a denominar-se Fundação Nacional de Saúde. O Decreto 99.180, emitido na mesma data das duas medidas provisórias, define as atribuições e competências da nova estrutura do Ministério da Saúde, bem como dos órgãos de administração indireta deste Ministério, os quais passam a ser:

- A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- A Fundação Nacional de Saúde (FNS);²¹

²⁰ A criação do SUS encontra-se na própria Constituição Federal de 1988. Sua regulamentação foi feita através da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080 de 1990).

²¹ A FNS incorporou ainda as atividades de informática desenvolvidas pela DATAPREV, conhecidas posteriormente pelo nome de DATASUS.

- O INAMPS;
- O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN);
- A Fundação das Pioneiras Sociais;
- A Central de Medicamentos (CEME).

O decreto 99.244, de 10 de maio de 1990 passou a incorporar ao Ministério mais três hospitais: o Nossa Senhora da Conceição; O Hospital Fêmea e o Hospital Cristo Redentor

Com a definitiva incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, o comando único do SUS, ao nível federal, passou a ser exercido pelo Ministério. Mas após muitas discussões entre segmentos da burocracia setorial, o INAMPS foi extinto em 1992 sendo sua estrutura incorporada à Secretaria Nacional de Ações de Saúde daquele Ministério.²² A atual estrutura do Ministério da Saúde já se encontra, no momento, em nova revisão.²³

O SUS, ao nível dos Estados, passou a ser composto pela fusão dos Escritórios Regionais de Saúde (antigas Superintendências) às Secretarias Estaduais de Saúde,²⁴ passando suas ações a estarem subordinadas ao comando das Secretarias. No entanto, até o momento, nem todos os Estados absorveram as redes do INAMPS por alegarem dificuldades relacionadas às despesas de custeio necessárias à manutenção destas redes. O mesmo se passou com os municípios, ou seja, poucos deles absorveram os estabelecimentos do INAMPS por razões financeiras e por dificuldades de ordem operacional.

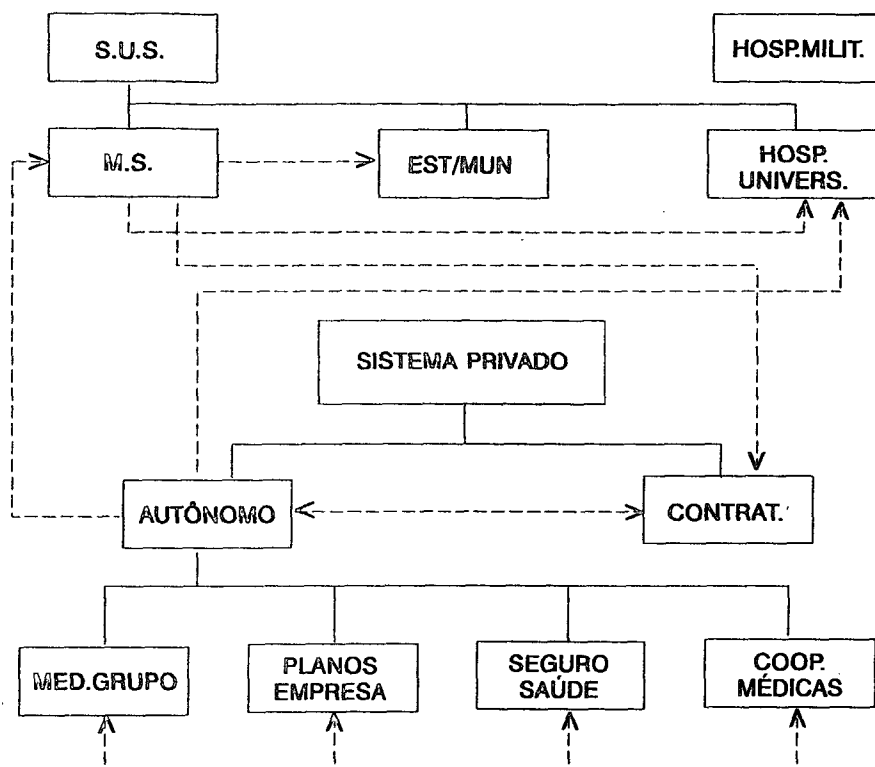
Os repasses de recursos para Estados e Municípios, a partir do nível federal passou, a partir de 1989, a ser feito segundo a prestação de serviços efetivamente realizada em cada unidade da federação. No caso dos gastos ambulatoriais, os valores eram repassados segundo critérios per capita. No caso dos valores para o atendimento ambulatorial, limitava-se o teto de 0,1 internação por habitante ano em cada Estado/Município, pagos também após a emissão da fatura do serviço prestado. Pode-se dizer que esses

²² O Projeto de Lei extinção do INAMPS, proposto pelo Deputado Federal Antônio Sérgio Arouca, uma das lideranças do setor, foi considerado prematuro por boa parte do setor saúde, principalmente pelo grupo liderado pelo ex-Ministro da Saúde Adib Jatene. O argumento básico deste grupo estava respaldado no fato de que seria necessário um período maior de transição para que o Ministério da Saúde absorvesse e traduzisse para sua estrutura as novas funções da coordenação geral do SUS, ao mesmo tempo em que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde tivessem condições de absorver a estrutura administrativa e a rede loco-regional do INAMPS em suas respectivas esferas de competência.

²³ Desde fins de 1993 encontra-se em andamento um processo de reforma administrativa do Ministério da Saúde.

²⁴ Cabe ressaltar que as Secretarias Estaduais não absorveram as estruturas regionais das antigas Fundação SESP e SUCAM, o que contribuiu para dificultar que o chamado "comando único em cada esfera de governo" seja efetivamente único.

Figura 2
SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS FLUXOS DE RELAÇÕES
 (Após 1988)



critérios diferenciavam-se dos anteriormente existentes durante o SUDS, onde os recursos eram repassados para Estados e Municípios através de convênios firmados entre o nível federal (INAMPS) e as esferas locais de Governo.²⁵

²⁵ A questão dos mecanismos de repasse de recursos da União para os Estados e Municípios será exaustivamente detalhada na parte II deste livro. As experiências de implantação do SUDS foram pontuais e heterogêneas. Em alguns Estados ocorreram grandes resultados, enquanto em outros nada efetivamente se passou. No entanto, até o presente momento, não existe uma avaliação organizada dos impactos regionais das estratégias de descentralização dos programas de saúde no Brasil.

O processo de desenvolvimento do SUS tem sido lento e, em certa medida, prejudicado pela grande crise financeira do setor público em saúde, a partir do Governo Collor de Mello.

b) O sub-sistema privado autônomo

O crescimento do sub-sistema privado autônomo tem sido muito acelerado desde finais da década de oitenta. Este crescimento esteve associado aos rumos traçados pelo próprio setor público. Como foi visto, desde 1983 o INAMPS não assinava novos contratos com empresas e sindicatos, além de não renovar os contratos ainda vigentes. Este fato, aliado a deterioração progressiva da qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo setor público, alimentou o crescimento da contratação, pelas empresas, do setor de medicina supletiva (ou setor privado autônomo). Embora as empresas não tivessem grandes estímulos econômicos para abraçar esta estratégia, o fato das despesas médicas poderem ser alocadas como despesas operacionais na contabilidade das empresas, favoreceu, em parte, o crescimento da medicina supletiva. Sendo assim, no contexto inflacionário dos anos oitenta, e dada a estrutura de oligopólio diferenciado, os gastos com saúde das grandes empresas eram repassados para os preços finais dos produtos.

O setor privado autônomo (especialmente os segmentos de seguro saúde, medicina de grupo e cooperativas médicas) sobrevive basicamente de valores de pré-pagamento per capita. No caso dos indivíduos que pagam tais planos de saúde de seu próprio bolso, o valor pre-pago é calculado atuarialmente, segundo uma análise do risco atuarial do indivíduo e de sua família, através de parâmetros como sexo, idade, história clínica pregressa, etc. No entanto, o contexto inflacionário tem impedido que tais valores sejam aplicados corretamente.

No caso das empresas, o valor do pré-pagamento é estabelecido como único, de forma coletiva, para toda a população de funcionários e dependentes da empresa. Neste caso o cálculo atuarial se refere a população inteira e o valor da cota pré-paga representa uma proxy do risco coletivo médio daquela população.

O financiamento é feito, seja diretamente pela empresa, considerando-o integralmente como custo operacional, seja de forma mista, sendo parte paga pela empresa e parte pelo empregado. Em algumas empresas, o financiamento é feito totalmente pelo empregado. De qualquer forma, as empresas que operam dessa forma pagam, além da contribuição da Previdência Social, um valor adicional (voluntário) para estes planos de saúde, o mesmo acontecendo com o empregado.

No caso dos planos de pós-pagamento, isto é, aqueles onde o valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde

efetivamente observados na comunidade de funcionários e dependentes da empresa no mês anterior, as formas de financiamento também variam da cobertura integral da empresa até o sistema de cotas compartilhadas entre a empresa e os funcionários.

As tabelas I.1 e I.2 mostram o rápido crescimento do setor privado autônomo, em termos de faturamento e cobertura, principalmente no período próximo à promulgação da universalização na Constituição de 1988.

Observa-se entre 1987 e 1989 uma expansão de 28% da clientela e do faturamento do sistema privado autônomo de saúde. Cabe destacar, no entanto, que neste mesmo período as taxas de crescimento dos recursos disponíveis pelo SUS também são bastante elevadas como será observado

Tabela I.1
DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO AUTÔNOMO NO BRASIL, 1987 - 1989

Modalidade assistencial	Faturamento estimado (em US\$ bilhões)			População coberta (em milhões de pessoas)		
	1987	1989	(%)	1987	1989	(%)
Medicina de grupo	1.00	1.00	-	15.0	17.3	15.3
Cooperativas médicas	0.35	0.56	60.0	3.5	5.1	45.7
Auto-gestão das empresas	0.42	0.66	57.1	4.8	7.5	51.9
Planos de seguro-saúde	0.08	0.15	87.5	0.7	0.9	28.6
Total	1.85	2.37	28.1	24.4	31.2	27.9

Fonte: Towers, Terrin, Foster & Crosby (1987 e 1989).

Tabela I.2
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO AUTÔNOMO NO BRASIL, 1987 - 1989

Modalidade assistencial	Faturamento estimado (em US\$ bilhões)		População coberta (em milhões de pessoas)	
	1987	1989	1987	1989
Medicina de grupo	54.1	42.1	61.5	55.4
Cooperativas médicas	18.9	23.6	14.3	16.3
Auto-gestão das empresas	22.7	27.9	21.3	25.3
Planos de seguro-saúde	4.3	6.4	2.9	3.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Towers, Terrin, Foster & Crosby (1987 e 1989).

na parte 2 deste trabalho, especialmente no que tange à análise do gasto com saúde nas três esferas de Governo.

O crescimento do setor privado autônomo foi diferenciado segundo os distintos sub-sistemas componentes desse setor. Pode-se demonstrar, pelas tabelas I.1 e I.2 que em termos de clientela, o maior crescimento foi registrado nos planos de auto-gestão das empresas, enquanto que no que se refere ao faturamento, o maior crescimento foi o dos planos de seguro saúde e das cooperativas médicas. A maior clientela, no entanto, concentra-se nos planos das empresas de medicina de grupo.

A forte queda da qualidade da atenção médica em saúde no Brasil tem levado a um crescimento ainda maior do setor privado autônomo de assistência médica no Brasil nos anos noventa. Algumas cifras impressionistas para 1993, elaboradas pela empresa de consultoria Towers, Terrin, Foster & Crosby, chegam a gastos superiores a US\$ 6,0 bilhões anuais, para uma população coberta estimada em 37 milhões de pessoas. Esses gastos, no entanto, nos parecem ser incoerentes com a realidade econômica vivida pelo Brasil nos anos noventa, marcada por forte crise econômica nos três primeiros anos da década e na perda do poder aquisitivo da população.

De qualquer forma, podem ser elencados alguns fatores que contribuíram para o crescimento das estruturas privadas autônomas no Brasil:²⁶

i) Em primeira instância, como demonstrado, o desmonte dos convênios entre o INAMPS, as empresas e os sindicatos, bem como a forte queda de qualidade dos serviços do próprio INAMPS frente às exigências da clientela de funcionários das empresas;

ii) A possibilidade das empresas repassarem para os preços a parcela dos serviços de saúde que custeiam para seus empregados e dependentes, principalmente entre aquelas de caráter oligopólico;

iii) A possibilidade das famílias deduzirem integralmente seus gastos com saúde do imposto de renda devido, inclusive no que se refere a parcela dos planos de saúde que pagam. Tal procedimento implica em uma renúncia fiscal do Estado estimada entre US\$ 600,0 e US\$ 1.200,0 milhões, a depender do ano da década de oitenta considerado.²⁷

²⁶ Uma análise detalhada deste ponto encontra-se em MEDICI, A.C., "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil" in Revista de Administração Pública (RAP), Vol 26, No.2, Abr-jun de 1992, pp. 79-115.

²⁷ Ao longo da década de oitenta tentou-se reduzir e até mesmo eliminar a possibilidade de dedução dos gastos com saúde das famílias do imposto de renda da pessoa física. No entanto, após uma ano de implementação (1987) o governo voltou atrás. O argumento alegado pela Secretaria de Fazenda do Ministério da Economia foi o seguinte: a sonegação de rendas dos médicos e hospitais privados, sem a existência desse mecanismo, é maior do que a renúncia fiscal do Estado em manter a referida dedução.

iv) A forte estratificação de renda da sociedade brasileira e a possibilidade de criar sempre novos mercados de serviços de saúde mais sofisticados e diferenciados.

4. Os limites do universalismo no Brasil

Que tipo de universalismo vem sendo implantado no Brasil no que se refere à dinâmica das políticas de saúde? Uma política que se diga universal deve, antes de tudo, tomar como ponto de partida as inequidades existentes previamente na sociedade para, depois, formular políticas diferenciadas para cada grupo social, tendo como objetivo a equidade, isto é, o acesso de todos a programas similares de saúde.

Quando se verificam os diferenciais de acesso aos serviços de saúde no Brasil por nível de renda, evidencia-se que as famílias de menor renda procuram menos os serviços de saúde, seja pela dificuldade de acesso geográfico (distância dos serviços), pela falta de recursos para transporte, pagamento da consulta e remédios, ou até mesmo por falta de esclarecimento sobre a necessidade de visitar os serviços de saúde a partir de determinados sintomas de enfermidade. Tal fato ocorria já em 1986, quando o SUDS já definia, na prática, um sistema universal e gratuito para toda a população, ainda que não tivesse sido referendado pela Constituição, como ocorreu posteriormente em 1988.

Observa-se, na tabela I.3 e no gráfico I.1, que a taxa de utilização de serviços de saúde nas famílias com renda per capita superior a 2 salários mínimos é 60% maior do que entre as famílias com renda per capita de até 1/4 de salário mínimo. Tal fenômeno não está correlacionado aos níveis de morbidade, uma vez que a esperança de vida e a morbidade efetiva são maiores nas classes de baixa renda. Pode-se dizer que são as más condições de acesso e a inapropriada percepção do processo saúde-enfermidade que determinam níveis de utilização dos serviços de saúde mais baixos entre as classes de menor renda.

Por outro lado, os serviços de saúde não são totalmente gratuitos mesmo para as classes de menor renda. O gráfico I.2 mostra que existem parcelas de atendimentos que são pagos mesmo pelos grupos mais pobres da população.

As taxas de gratuidade nas famílias de mais baixa renda (até 1/4 de salário mínimo) situavam-se na faixa de 84%, o que significa que 16% dos indivíduos pertencentes a estas famílias tinham que pagar pelas consultas utilizadas. Ao desconhecerem que, desde 1983 o atendimento público (inclusive no que se refere a distribuição de medicamento) é legalmente universal e gratuito, muitas famílias acabam pagando por serviços que teriam direito. No caso das famílias de maior renda, o pagamento não é

Tabela I.3
**TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE
 RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA, BRASIL - 1986**

Classes de renda familiar per-capita (em salários mínimos)	Distribuição percentual da população	Taxa de utilização dos serviços de saúde ^a (em %)
Até 1/4 ^b	14.2	8.6
De 1/4 a 1/2	19.4	9.3
De 1/2 a 1	25.0	10.7
De 1 a 2	21.5	11.6
+ de 2	15.9	13.8
Total^c	100.0	11.0

Fonte: PNAD 1986.

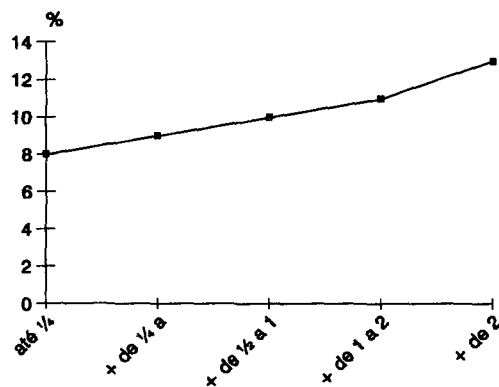
^a Definida como a relação entre a população que utilizou serviços de saúde e a população total em cada classe de renda considerada no mês da pesquisa (setembro de 1986).

^b Inclui 1% de pessoas pertencentes a famílias sem rendimento.

^c Exclui as Famílias sem declaração de rendimentos.

Gráfico I.1

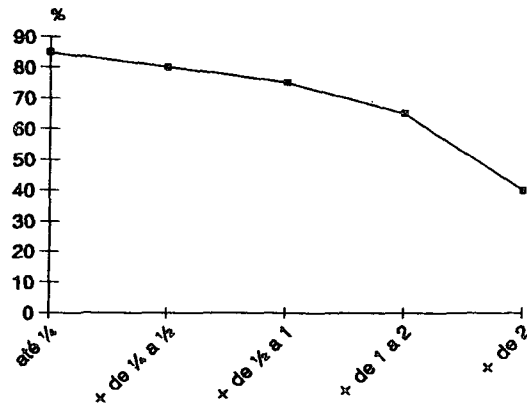
TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA: BRASIL 1986



(renda familiar per capita em salários mínimos)

Gráfico I.2

**TAXAS DE GRATUIDADE DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE
POR NÍVEL DE RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA:
BRASIL 1986**



Classes de renda familiar per capita

(em salários mínimos)

necessariamente uma questão de desconhecimento de direitos, mas sim um questionamento da qualidade dos serviços públicos associada a uma maior preferência pelos serviços privados. Em ambas as situações, o Estado nada tem feito para evitar que a universalidade do sistema seja apenas retórica.

Existem ainda evidências de que as famílias pobres comprometem proporções maiores de seus orçamentos com saúde, quando necessitam ser atendidas, do que as famílias de classe média e alta. Dados da PNAD 1981, relativos ao Estado do Rio de Janeiro, mostram que entre as famílias com renda de até 1 salário mínimo que tiveram gastos com saúde, cerca de 13,4% comprometeram mais da metade de seu orçamento mensal com estes gastos. Este percentual cai para 9,8% para as famílias com renda entre 1 e 2 salários mínimos, chegando a 1,2% entre as famílias com renda superior a 5 salários mínimos.

Os indivíduos que pertencem a famílias de baixa renda tem um gasto proporcionalmente mais alto com saúde, pelo fato de utilizarem menos os serviços, só o fazendo em condições de maior gravidade e risco. Assim, quando tem que pagar pelos serviços, estes indivíduos pagam valores mais

altos, em média, do que nas famílias de maior renda, onde os gastos com prevenção (em geral mais baixos que os gastos curativos) são mais frequentes. Os motivos pelos quais os serviços de saúde são procurados, segundo os distintos níveis de renda, podem ser vistos na tabela I.4.

Tabela I.4
**MOTIVOS DE PROCURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE SEGUNDO
 CLASSES DE RENDA FAMILIAR PER-CAPITA. PNAD 1986**

Motivo de procura pelo serviço de saúde	Até 1/4 de salário mínimo	Mais de 2 salários mínimos
Total	100.0	100.0
Doença	85.6	64.5
Acidente ou Lesão	5.1	5.1
Problema Odontológico	2.5	7.3
Controle ou Prevenção	4.6	18.9
Outro Motivo ^a	2.1	4.1
Sem Declaração	0.1	0.1

Fonte: PNAD 1986.

^aInclui obtenção de carteira de saúde, tratamento de reabilitação, psicanálise, etc.

Verifica-se que as causas pelas quais a população pobre procura os serviços de saúde são muito mais imediatas (doença) e demandam cuidados curativos, enquanto que a população de maior renda utiliza serviços de saúde em modalidades mais preventivas como controle ou prevenção, problemas odontológicos e outros motivos. A maior preocupação com o acesso às estruturas de prevenção secundária, por parte das classes de maior renda, é fator fundamental em delimitar sua maior longevidade. Sendo assim, a democratização do acesso a estas estruturas não é só uma questão de hábitos, mas também de vida e cidadania.

Em resumo, a pobreza tem dois tipos de impacto nas condições de saúde da população brasileira: de um lado, as acumulações sociais negativas que determinam um pior estado de saúde entre a população pobre. De outro lado, a inépcia da ação do Estado tem feito com que o acesso das populações pobres aos serviços de saúde seja menor e mais precário, contribuindo para manter elevada, não apenas a incidência de doenças infecto-contagiosas, mas principalmente de doenças crônico-degenerativas, entre essas populações.

Embora o processo de universalização da saúde no Brasil tenha sido coroado com a Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconizava como princípios, a universalização, equidade e integralidade das ações de saúde, a forma de implementação desses princípios não tem sido adequada, mantendo uma série de vícios, onde

cabe destacar o centralismo e a uniformidade do processo de implantação do sistema. Foram desprezadas políticas que pudessem resolver a assimetria social do quadro de saúde no Brasil, as quais necessitariam de medidas mais focalizadas e seletivas, visando aumentar o acesso e a qualidade dos serviços para as populações mais pobres.

A equidade no processo de construção do SUS passou a ser mais um artifício de retórica do que um objetivo de política. Antes de atender as populações carentes, o processo de implantação do SUS tem se voltado mais para questões como a isonomia salarial para profissionais de saúde; garantia de procedimentos de alto custo e formas de pagamento aos médicos e hospitais contratados. Pouco tem sido feito no sentido de avaliar o processo em termos de indicadores de resultado das políticas de saúde junto a população. A equidade vem sendo, na prática, interpretada como uma forma de obter melhores condições de trabalho e remuneração para os agentes do processo e não como uma meta a ser atingida em termos de acesso e qualidade dos serviços para a população.

O caso brasileiro é um exemplo vivo de como uma política universal normativa acabou se transformando numa política diferenciada e regressiva de assistência médica. As classes médias e altas podem ser atendidas sem filas de espera para fazer exames de ressonância magnética em hospitais públicos, enquanto que as classes de baixa renda tem que enfrentar longos períodos de espera para serem atendidas nos ambulatórios de emergência destes mesmos hospitais.²⁸ Analogamente, as classes de baixa renda muitas vezes tem que pagar "por fora" para conseguir uma consulta num estabelecimento público enquanto que as classes de média e alta renda descontam integralmente seus planos de saúde do imposto de renda.

Com a queda dos gastos com saúde nos anos noventa,²⁹ o Governo Federal ficou cada vez com menos condições de incentivar, através dos mecanismos de financiamento, o bom desempenho das políticas de saúde no país. O que acabou ocorrendo foi uma descentralização desordenada, onde os Estados e Municípios com mais recursos e maior competência técnico-administrativa conseguiram elevar a qualidade e a cobertura de seus serviços, enquanto os com menos recursos financeiros, técnicos e

²⁸ A criação de sistemas telefônicos de marcação automática de consultas, em Estados como o Distrito Federal e Cidades como Curitiba tem permitido avanços na equidade, no sentido de propiciar acesso universal nos serviços públicos sem a tradicional intermediação de interesses.

²⁹ Este assunto será visto no capítulo 3 desta publicação.

gerenciais encontram-se numa forte crise, refletida no mau estado dos hospitais públicos e ambulatórios.³⁰ Nesse sentido, os anos noventa tem sido palco de um forte aumento da heterogeneidade regional do acesso aos serviços de saúde.

O processo de descentralização em saúde não pode ser uma *camisa de força*, no sentido de ter regras únicas de funcionamento em todos os Estados e Municípios, mas sim buscar flexibilidade e autonomia regional, visando que a equidade seja atingida como produto de esforços diversificados.

Pode-se dizer que o Estado brasileiro pouco tem avançado em termos de uma adequada regulação do setor saúde. No que se refere a pobreza, mais importante do que garantir recursos e meios operacionais, é necessário que o Estado mantenha o acesso e garanta a qualidade dos serviços. Para tal, a função pública tem ser efetivamente ampliada, não no sentido da prestação de serviços, mas sim no da fiscalização, acompanhamento e controle social. Somente fiscalizando e estabelecendo regras de conduta para os serviços de saúde estatais e privados –hoje submetidos mais ao corporativismo profissional do que ao controle público– é possível intervir verdadeiramente na busca de padrões aceitáveis de cobertura e qualidade.

A realidade internacional tem demonstrado que controle público e propriedade estatal dos meios de produção são objetivos não apenas distintos, mas muitas vezes divergentes. A apropriação privada do espaço público, especialmente em sociedades desiguais, como a brasileira, impediu que a administração pública exercesse um papel verdadeiramente social no sentido de buscar soluções de equidade. É verdade que a heterogeneidade sócio-econômica do Brasil torna muitos espaços sujeitos ao monopólio estatal da prestação de serviços. Mas, especialmente em casos como esse, o controle e a regulação pública são instrumentos indispensáveis.

Resta responder a uma pergunta: é possível dissociar a melhoria das condições de saúde da resolução da questão da pobreza? Ou em outras palavras, é possível promover maior equidade nas condições de saúde, de forma relativamente independente da estrutura econômica da sociedade brasileira, que tem como um de seus principais atributos a elevada concentração da renda?

Não acreditar nessa possibilidade representa uma total descrença na ação de Estado, o qual tem, como uma de suas principais funções, a de promover a equidade social. No entanto, a história recente de nosso sistema de saúde evidencia que o Estado tem sido mais pródigo em referendar as

³⁰ Existe um grande número de avaliações que tem sido feitas nesse sentido. Consultar, para o caso de São Paulo, os trabalhos feitos por Ana Luíza Vianna do NEPP/UNICAMP.

aspirações corporativas e econômicas de médicos e hospitais contratados pelo setor público, do que em resolver os problemas de saúde da população.

Algumas experiências internacionais tem mostrado que com uma adequada gerência, regulação e participação social, através da fixação de metas e objetivos a serem alcançados quanto aos indicadores de saúde, é possível galgar eficiência e equidade no acesso à assistência médica. Preocupações como essa, só recentemente –de forma tímida e sujeita a retrocessos– vem ingressando na discussão das reformas do sistema de saúde brasileiro.

Capítulo II

RECURSOS DISPONÍVEIS

Este capítulo pretende analisar os recursos físicos e humanos disponíveis pelo setor saúde no Brasil, ao longo da década de oitenta. Para tal, resolveu-se utilizar os dados da série elaborada pelo IBGE, chamada Inquérito de Assistência Médico Sanitária que, entre 1980 e 1987, detém informações sobre emprego em saúde e, para o período 1980-1990, apresenta dados sobre capacidade instalada em saúde.

1. Emprego em saúde nos anos oitenta

Os anos oitenta caracterizaram-se por um forte crescimento do emprego em saúde. Entre 1980 e 1987³¹ o emprego nos estabelecimentos de saúde do país passou de 815,7 para 1175,5 mil, representando um crescimento de 5,3% ao ano. Neste mesmo período o crescimento anual dos empregos nos demais setores de atividade foi de apenas 1,3%,³² demonstrando que o emprego em saúde cresceu quatro vezes mais do que o emprego nas demais atividades econômicas do país, expandindo-se mais do que o emprego na própria administração pública.³³

A tabela II.1 permite chegar a algumas conclusões no que se refere a composição da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, ao longo da maior parte da década de oitenta:

³¹ Este foi o último ano onde as variáveis relacionadas ao emprego foram pesquisadas no Inquérito de Assistência Médico-Sanitária do IBGE.

³² Estes dados, colhidos na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) podem ser encontrados em MEDICI, A.C., "Sem Régua e Compasso: População, Emprego e Pobreza no Brasil dos Anos Oitenta", Relatórios Técnicos ENCE/IBGE No. 06/91, Ed. ENCE/IBGE, 1991.

³³ Neste mesmo período, segundo dados da RAIS, o emprego público no Brasil cresceu 3,7% ao ano.

Tabela II.1
**COMPOSIÇÃO E CRESCIMENTO DO EMPREGO EM SAÚDE,
 BRASIL 1980-1987**

Categories	1980	1987	Cresc. anual %
Total	815 668	1 175 479	5.36
Nível superior	197 352	300 949	6.21
Nível médio	111 501	193 551	8.20
Nível elementar	266 778	329 895	3.08
Pessoal administrativo	240 037	351 084	5.58
Setor público	365 559	567 453	6.48
Nível superior	98 379	170 638	8.18
Nível médio	58 232	111 501	9.72
Nível elementar	111 345	128 986	2.12
Pessoal administrativo	97 603	156 114	6.94
Setor privado	450 109	608 026	4.39
Nível superior	98 973	130 311	4.01
Nível médio	53 232	81 836	6.34
Nível elementar	155 433	200 909	3.73
Pessoal administrativo	142 434	94 970	4.59

Fonte: IBGE, Inquéritos de Assistência Médico-Sanitária, 1980 e 1987.

i) O emprego público se expandiu mais rapidamente que o emprego privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho absorvidos pelo setor. Mesmo assim, em 1987 o setor privado ainda detinha a maioria dos postos de trabalho em saúde no Brasil;

ii) As categorias de nível médio foram as que mais cresceram, tanto no setor público como no setor privado, indicando uma composição mais adequada das equipes de saúde, que passaram a contar com profissionais com formação técnica específica para as atividades auxiliares. O grau de qualificação das equipes do setor público apresentava-se tanto em 1980 como em 1987 ligeiramente mais qualificado do que o relativo as equipes do setor privado;

iii) Enquanto no setor público predominam os profissionais de nível superior e médio (quase 50% do total de profissionais), no setor privado são mais significativas as categorias de nível elementar e pessoal administrativo (65,1%).

As categorias mais significativas de cada um deste conjunto de profissões podem ser assim apresentadas: No caso dos profissionais de nível superior os médicos representavam em 1987, 68,6% dos profissionais de nível superior (64,7% nos estabelecimentos públicos e 73,7% nos privados). Entre os profissionais de nível médio, sobressaem-se os técnicos e auxiliares de enfermagem (66,8% do total). Entre os de nível elementar a

quase totalidade era composta por atendentes (97,1%). Já o pessoal administrativo constituía-se um grupo mais disperso, embora os ocupados em serviços gerais (34,2%) e os empregados em administração (28,4%) representavam bem mais da metade dos postos de trabalho. Estas quatro categorias, portanto ainda eram, ao final dos anos oitenta, as mais representativas do emprego em saúde no país.

a) **A segmentação do mercado de trabalho**

A estrutura do emprego em saúde, não apresenta uma *dinâmica tão estática* quanto aparenta a tabela II.1. Na verdade os baixos salários pagos, não somente no setor público como também no privado tem acarretado estratégias de multi-emprego que são cada vez mais nocivas para a eficiência e para a capacidade resolutive do trabalho em saúde.

Pesquisa realizada pela empresa de consultoria HOYLER³⁴ em agosto de 1991 revela que os salários pagos em hospitais privados em São Paulo encontravam-se entre 40% a 52% mais baixos do que os registrados em profissões de grau similar de conhecimentos ou requisitos técnicos em outros segmentos de mercado. Esta pesquisa mostra ainda que 80% da mão de obra que se desliga voluntariamente destes hospitais o faz em função dos baixos salários. A inexistência de uma carreira profissional para as categorias que trabalham nos hospitais tem sido outro poderoso fator de desestímulo e demissão voluntária na pesquisa feita pela HOYLER. Ao mesmo tempo o desinteresse crescente por profissões de saúde, por parte daqueles que ingressam no mercado de trabalho, tem sido o resultado dos baixos salários praticados no setor.

Assim, as principais conclusões da pesquisa da HOYLER revelam, no setor privado em Saúde, a existência de médicos mal remunerados em relação ao mercado, com prestígio equivalente e não superior ao pessoal administrativo e, conseqüentemente pouco motivados. Revelam também a falta total de envolvimento e participação dos profissionais de apoio no dia a dia das tarefas que poderiam dignificar o trabalho nos hospitais.

Se no setor privado a situação se encontra dessa forma, no setor público ela é bem pior. A queda dos salários reais do setor público federal ao longo dos últimos três anos tem feito com que a dedicação de médicos e outros profissionais ao trabalho tenha sido cada vez menor. Assediado pelo multiemprego, pela constante falta de equipamentos e materiais e pelo gerenciamento ineficiente dos serviços, os profissionais de saúde pouco tem se dedicado a seu cotidiano no emprego público.

³⁴ HOYLER, Siegfried, "Avaliação de Mão de Obra em Hospitais", pesquisa encomendada pela FENAESS, São Paulo, dezembro de 1991.

Em alguns Municípios, no entanto, especialmente os de médio porte, tem ocorrido situações onde os salários e as condições de trabalho tem melhorado significativamente, ocorrendo até mesmo disputas pelos melhores profissionais entre prefeituras do interior.³⁵ Neste caso, os postos de trabalho oferecidos, muitas vezes, não apresentam relação contratual definitiva e estão fora do âmbito do regime jurídico único, garantindo flexibilidade às prefeituras de dispensar o profissional caso haja necessidade.

Outro mercado que tem se expandido é o da medicina supletiva, composto pelos profissionais médicos que prestam serviços, seja como autônomos, cooperados, credenciados ou como assalariados, para as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas, as empresas de seguro-saúde e os serviços auto-administrados pelas empresas. Este segmento tem se expandido no vácuo da queda de qualidade dos serviços públicos, capitaneando boa parte da demanda das empresas e das famílias.

Sendo assim, pode-se dizer que o emprego em saúde encontra-se segmentado basicamente em:

i) um mercado assalariado para empregos públicos e privados, nos quais há forte possibilidade de multi-emprego, não somente para os médicos, mas para outras categorias profissionais;

ii) No caso dos médicos e odontólogos, um mercado para autônomos, seja credenciados do INAMPS, seja credenciados ou cooperados dos sistemas de medicina supletiva;

iii) Um mercado para o exercício liberal independente (no caso de médicos e outros profissionais, como dentistas, enfermeiros e psicólogos), através da organização empresarial ou individual em consultórios privados.

iv) Um mercado aparentemente promissor para médicos e outros profissionais que queiram ser contratados pelo setor público municipal, especialmente em cidades de médio porte situadas nos Estados mais ricos do Sul e Sudeste.

b) Novas relações de trabalho em saúde

Algumas das novas relações de trabalho que surgem no contexto da regulação flexível, como é o caso da terceirização, não constituem novidade para o setor saúde. Este sempre contou com certa liberdade para contratar serviços de terceiros, o que é prática comum, tanto do INAMPS, com sua rede de estabelecimentos contratados e médicos credenciados, como também

³⁵ Este fenômeno vem ocorrendo com alguma intensidade em algumas cidades do interior paulista, como revelam as recentes pesquisas e levantamentos de campo, feitos por Ana Luiza Vianna, pesquisadora do NEPP/UNICAMP.

das empresas de medicina de grupo, de seguro-saúde ou dos serviços auto-administrados das empresas.

O que talvez venha a ser uma novidade com a crise da redifinição do espaço assalariado, tanto no setor público como no privado, é a possibilidade dos profissionais de saúde (especialmente os médicos) buscarem, desde cedo, soluções micro-empresariais para a organização dos seus serviços.

Esta tendência não é somente verificada no campo da saúde. O novo perfil do emprego é um resultado da busca incessante pelo aumento da produtividade, por parte das empresas e do sucateamento dos serviços prestados pelo Estado e exige um novo perfil profissional, mais generalista e com maior capacidade de adaptação as mudanças do ambiente externo e interno da empresa.

A queda dos salários no setor público, por sua vez, tem feito com que os concursos públicos para médicos e outros profissionais, especialmente os mais especializados, não consigam preencher com os candidatos inscritos, sequer as vagas anunciadas. O caos salarial tem levado os novos profissionais a organizarem consultórios assim que saem da faculdade (seja de forma individual ou compartilhada) ou a estabelecerem convênios com os mecanismos supletivos, o que os obriga a terem habilidades em direito (especialmente administração de contratos) contabilidade e finanças.

Estas tendências devem levar o setor público a repensar suas estratégias de gestão de recursos humanos. A camisa de força da estabilidade é irmã siamesa da queda dos salários e, na atual conjuntura, tem gerado grande rigidez para implantar planos de carreira e promover uma melhoria da produtividade nos serviços públicos de saúde.

Sendo assim, devem ser pensadas novas estratégias que permitam dar autonomia a cada unidade pública de saúde (ou cada sistema hierarquizado definido ao nível distrital ou municipal) para contratar e dispensar mão de obra, fixar planos de incentivos e definir salários, abandonando o imobilismo trazido pelas bandeiras de isonomia salarial. Neste novo modelo, cada estabelecimento ou gerência de rede distrital/municipal poderia definir, também o "mix" desejado de relações entre "formas assalariadas" e "formas contratadas/terceirizadas" de prestação de serviços.

c) **Novos perfis profissionais**

As mudanças na tecnologia e nas formas de gestão dos estabelecimentos e sistemas de saúde tem acarretado novos perfis profissionais para o setor. A aplicação sistemática do conhecimento científico e tecnológico faz com que cada hospital, além de ser um *locus* de prestação de serviços, seja também um espaço privilegiado para o desenvolvimento de inovações técnicas ou gerenciais.

Ambos os fatores, no entanto, exigem uma nova relação com o levantamento de informações e a padronização das rotinas do trabalho. O trabalho em saúde sempre tem sido caracterizado por sua assistemática e pela inviabilidade de realizar registros estatísticos do processo de trabalho que permitam melhorar os métodos de avaliação e controle dos serviços. No entanto, este tem sido mais um tabu que cai por terra. O desenvolvimento de campos de conhecimento como a bioestatística, a epidemiologia e a economia da saúde permitem criar bases de dados capazes de auxiliar a gerência, o controle, a padronização e o aprimoramento dos métodos de produção em saúde.

No que diz respeito a tecnologia, pode-se dizer que o crescimento do uso dos diagnósticos baseados em imagem impulsionam novas modalidades clínicas, onde o conhecimento técnico de informática passa a ser fundamental. Profissionais que trabalham com ultrassonografia, tomografias e ressonância magnética são cada vez mais valorizados no mercado. No campo da odontologia tem avançado fortemente os mercados abertos pelos planos de saúde odontológicos e pelas técnicas de odontologia preventiva, como a ortodontia e a periodontia.

As tecnologias médicas tem impulsionado e sido impulsionadas por outras disciplinas como a informática médica, a bioengenharia, a bioquímica e a genética. A fusão desses conhecimentos com aplicações em medicina tem sido cada vez maior, gerando novos campos de emprego, seja nos hospitais, seja nas empresas e universidades.

Todas as perspectivas acima referidas, no entanto, tem como referência o enfoque do mercado. Vale comentar que em países com fortes desigualdades sociais como o Brasil, mesmo que seja retoricamente um direito de todos e dever do Estado, a saúde ainda é um bem ou serviço de luxo para a maioria da população. Sendo assim, ao vislumbrar num horizonte de maior justiça social e equidade, não há como negar que a perspectiva do emprego em saúde deverá florescer. Um país com taxas de mortalidade infantil acima de 50 por mil, com alta concentração de renda e que não conseguiu ainda suprir a demanda pelos serviços nas quatro especialidades básicas necessita de mecanismos externos ao mercado para cobrir a demanda efetiva por empregos em saúde.

d) A expressão regional do emprego em saúde

Em 1987 o emprego em saúde apresentava uma distribuição caracterizada por uma sobre-concentração de profissionais de saúde e médicos na Região Sudeste, em relação à sua população. Analogamente, todas as outras regiões concentravam menos profissionais de saúde e médicos em relação a magnitude de sua população.

Tabela II.2
**DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA POPULAÇÃO, EMPREGOS
 EM SAÚDE E EMPREGOS MÉDICOS, BRASIL - 1987**

Regiões	População	Empregos em Saúde	Empregos Médicos
Norte	6.5	4.0	2.7
Nordeste	29.1	22.0	19.4
Sudeste	42.8	53.7	59.8
Sul	15.4	15.0	11.9
Centro-Oeste	6.2	5.3	6.2
Brasil	100.0	100.0	100.0

Fonte: IBGE, sinópsse do censo demográfico de 1991 e AMS 1987. Os dados sobre população para 1987 foram calculados por interpolação geométrica.

A Região Sudeste, com 42,8% da população, absorva quase 60% dos empregos médicos do país e mais de 53% do total dos empregos em saúde. Esta forte concentração esta baseada numa forte concentração da capacidade instalada, em termos de estabelecimentos de saúde, ambulatórios e leitos de internação.

A Região Norte apresenta proporções de empregos em saúde e de médicos muito inferiores aos quase 7% da população do país que absorve. Um grande deficit aparente de empregos em saúde e de médicos pode ser encontrado também na Região Nordeste que, com 29% da população, detinha em 1987 menos de 20% dos médicos do país e 22% dos empregos em saúde.

Na Região Sul só se verifica deficit em termos de empregos médicos, uma vez que o emprego de profissionais de saúde mantém uma certa proporcionalidade com a magnitude da população.

Na Região Centro-Oeste ocorre o oposto, isto é, uma adequada proporcionalidade de empregos médicos e um pequeno déficit de empregos em saúde.

Vale comentar, no entanto, que entre 1980 e 1987 ocorreu um grande crescimento dos empregos em saúde, que passaram de 482 para 715 mil (excluindo-se o pessoal administrativo), num contexto de forte expansão da rede de serviços de saúde. O número de empregos médicos passou de 146 mil para 206 mil neste mesmo período.

2. A capacidade instalada

Os dados sobre capacidade instalada em saúde no Brasil, revelam a existência de um forte crescimento da rede de serviços em todas as regiões

do país. Esse crescimento, no entanto, apresenta algumas características básicas, quando se considera o período 1980-1990:

a) O crescimento dos estabelecimentos de saúde no Brasil tem se concentrado na rede ambulatorial, uma vez que a rede hospitalar teve um crescimento bem menos intenso. O número de hospitais passou de 6,1 para 7,3 mil, enquanto que o de estabelecimentos sem internação (postos e centros de saúde) passou de 12,4 para 28,4 mil;

b) O setor público foi mais dinâmico que o setor privado no crescimento da rede de saúde. O número de estabelecimentos privados passou de 8,4 para 11,8 mil (3,4% ao ano) enquanto que o setor público passou de 10,0 para 22,9 mil estabelecimentos (9,0% ao ano). Assim, aumentou ao longo da década, oferta de serviços públicos, especialmente os de natureza ambulatorial.

c) No entanto, a expansão do número de leitos hospitalares no setor privado foi maior do que a relativa ao número de leitos no setor público. O número de leitos públicos passou de 122,7 para 124,8 mil, revelando um crescimento de 1,71% no período. Enquanto isso, o setor privado teve um crescimento dos leitos hospitalares de 5,77% no período, passando de 386,4 para 408,7 mil. Assim, aumentou ao longo da década a participação do setor privado na oferta de serviços de internação hospitalar.

d) O maior crescimento da rede pública ocorreu entre os estabelecimentos municipais de caráter ambulatorial, que passaram de 2,3 mil para 11,2 mil entre 1980 e 1990, o que equivale a um crescimento de 17,2% ao ano. Os estabelecimentos ambulatoriais federais se reduziram de 1,6 para 1,3 mil e os estaduais passaram de 5,2 para 9,0 mil. Portanto, todo o crescimento da rede ambulatorial privada ocorreu num contexto de descentralização da prestação de serviços em prol dos Estados e principalmente dos Municípios.

e) Este movimento de descentralização da rede pública também ocorre no setor hospitalar. O número de hospitais federais reduziu-se de 269 para 259, enquanto que o de hospitais estaduais cresce de 600 para 900 (50% de aumento) e o de municipais passa de 348 para 875 (151% de aumento).

f) O crescimento dos estabelecimentos de saúde –dado ter sido preponderantemente ambulatorial– tem se concentrado em regiões mais desprovidas de serviços como o Norte, o Sul e o Nordeste. Neste sentido, pode-se dizer que estas Regiões acabam concentrando proporcionalmente mais serviços do que a magnitude proporcional de sua população.

As tabelas II.3 a II.9, em anexo, ilustram o crescimento dos estabelecimentos de saúde entre 1980 e 1990, de acordo com algumas características comentadas nesse texto no que se refere ao crescimento da capacidade instalada do setor.

Tabela II.3
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO
O TIPO, BRASIL 1980 - 1990

Anos	Total	Postos e centros de saúde	Hospitais
1980	18 849	12 379	6 110
1981	21 762	15 420	6 342
1982	23 314	16 819	6 495
1983	25 651	18 971	6 680
1984	27 552	20 691	6 861
1985	28 972	22 294	6 678
1986	30 872	23 952	6 920
1987	32 450	25 388	7 062
1988	33 632	26 511	7 121
1989	34 831	27 704	7 127
1990	35 701	28 421	7 280

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Tabela II.4
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO A
NATUREZA (PÚBLICA OU PRIVADA), BRASIL 1980 - 1990

Anos	Total	Públicos	Privados
1980	18 849	10 045	8 444
1981	21 762	13 615	8 147
1982	23 314	14 928	8 386
1983	25 651	16 749	8 902
1984	27 552	18 363	9 189
1985	28 972	17 076	11 896
1986	30 872	18 790	12 082
1987	32 450	20 174	12 276
1988	33 632	21 472	12 160
1989	34 831	22 706	12 125
1990	35 701	23 858	11 843

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Tabela II.5
**EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS SEGUNDO A NATUREZA
(PÚBLICA OU PRIVADA), BRASIL 1980 - 1990**

Anos	Total	Públicos	Privados
1980	6 110	1 217	4 893
1981	6 342	1 322	5 020
1982	6 495	1 400	5 095
1983	6 680	1 450	5 230
1984	6 861	1 547	5 314
1985	6 678	1 469	5 209
1986	6 920	1 595	5 325
1987	7 062	1 703	5 359
1988	7 121	1 821	5 300
1989	7 127	1 889	5 236
1990	7 280	2 034	5 246

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Tabela II.6
**EVOLUÇÃO DOS POSTOS/CENTROS DE SAÚDE SEGUNDO A
NATUREZA (PÚBLICA OU PRIVADA), BRASIL 1980 - 1990**

Anos	Total	Públicos	Privados
1980	12 379	8 828	3 551
1981	15 420	12 293	3 127
1982	16 819	13 528	3 291
1983	18 971	15 299	3 672
1984	20 691	16 816	3 875
1985	22 294	15 607	6 687
1986	23 952	17 195	6 757
1987	25 388	18 471	6 917
1988	26 511	19 651	6 860
1989	27 704	20 817	6 867
1990	28 421	21 824	6 597

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Tabela II.7
DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE,
BRASIL 1980 - 1990

Regiões	Estab. 80	Dist. %	Estab. 90	Dist. %	Cresc. anual (%)
Brasil	18 489	100.0	35 701	100.0	6.8
Norte	784	4.2	2 654	7.4	13.0
Nordeste	5 425	29.3	10 791	30.2	7.1
Sudeste	7 532	40.7	12 895	36.1	5.5
Sul	3 563	19.3	7 166	20.1	7.2
C. Oeste	1 185	6.5	2 195	6.2	6.4

Fonte: IBGE: AMS 1980 e 1990.

Tabela II.8
EVOLUÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES SEGUNDO A NATUREZA
(PÚBLICA OU PRIVADA), BRASIL 1980 - 1990

Anos	Total	Públicos	Privados
1980	509 168	122 741	386 427
1981	522 769	124 866	397 903
1982	530 501	127 580	402 921
1983	534 055	127 521	406 534
1984	538 721	127 537	411 184
1985	532 283	137 543	394 740
1986	512 346	114 548	397 798
1987	519 698	115 842	403 856
1988	527 196	120 776	406 420
1989	522 895	119 530	403 365
1990	533 558	124 815	408 743

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Tabela II.9
EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA DO SETOR PÚBLICO POR
ESFERA DE GOVERNO, BRASIL 1980 E 1990

Capacidade instalada	União	Estados	Municípios
1980			
Hospitais	269	600	348
Postos/Centros	1 306	5 168	2 354
1990			
Hospitais	259	900	875
Postos/Centros	1 646	8 975	11 203

Fonte: IBGE, AMS 1980 a 1990.

Capítulo III

FINANCIAMENTO E GASTO COM SAÚDE

Os gastos federais com saúde no Brasil, até 1990, foram hegemonicamente financiados com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Desde 1991, a principal fonte de financiamento do setor tem sido o Orçamento da Seguridade Social (OSS).³⁶ A tabela III.1 mostra a evolução do gasto federal com saúde e das principais fontes de recursos que o tem financiado nos anos oitenta e noventa.

Até 1990 a principal fonte de recursos que financiava os programas federais de saúde era o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Este fundo apresentou cerca de 80% a 92% de suas receitas na década de oitenta, composta pelas chamadas contribuições compulsórias. Os demais recursos eram compostos por contribuições do tesouro da União (de 0,6% a 11,0% dos recursos do FPAS); receitas de capital, receitas patrimoniais e outras receitas que, juntas não ultrapassaram os 12% dos recursos do Fundo.

Dado serem as contribuições compulsórias as principais fontes de financiamento dos recursos que compõe o FPAS, cabe analisar suas principais receitas:

a) Contribuição compulsória dos empregadores (10% sobre a nômima ou folha de salários da empresa, sem teto para arrecadação);

b) Contribuição compulsória sobre o salário dos empregados (varia de 8% a 10% dos salários, de forma progressiva com a renda salarial, até um teto máximo de 10 salários mínimos, o que equivale a cerca de US\$ 700,00);³⁷

c) Contribuição dos chamados contribuintes em dobro, que varia de 13,5% até 20% do salário de contribuição declarado pelo indivíduo. Podem

³⁶ O Orçamento da Seguridade Social foi criado em 1988 como fonte de financiamento das ações no campo da previdência social, assistência social, saúde e amparo ao trabalhador.

³⁷ O salário mínimo situava-se em torno de US\$ 70,00 no Brasil, por volta de agosto de 1994.

Tabela III.1
**EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE POR
 FONTE DE FINANCIAMENTO 1980-1993**
 (em US\$ bilhões de 1992)

Anos	Total (100%)	Tesouro (%)	Finsocial (%)	FPas (%)	Fas (%)	Outras (%)
1980	7.36	12.9	-	85.3	1.5	0.3
1981	6.85	14.5	-	83.9	1.3	0.3
1982	7.15	15.8	-	82.4	1.5	0.3
1983	5.72	16.6	1.9	79.5	1.2	0.8
1984	5.96	14.8	2.2	82.2	0.7	0.1
1985	6.86	18.4	2.5	78.4	0.7	-
1986	7.34 ^a	22.2	-	76.8	1.0	-
1987	10.62	19.3	-	80.2	0.5	-
1988	10.03	19.9	-	79.5	0.6	-
1989	11.32	27.6	-	72.2	0.2	-
1990	9.45 ^b	21.1	-	78.9	-	-
1991	7.85 ^c	-	-	-	-	-
1992	6.57 ^c	-	-	-	-	-
1993	8.31 ^c	-	-	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP.

^a Os recursos do Tesouro passam a incorporar os do Finsocial;

^b O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) é extinto;

^c Os dados sobre a origem dos recursos não são conhecidos, dado que o Orçamento da Seguridade Social passa a funcionar como Caixa Único.

estar inseridos nesta categoria os trabalhadores autônomos, os empregadores (enquanto contribuintes individuais), empregados domésticos e qualquer pessoa que queira auferir um benefício nas regras instituídas pelo Governo;

d) Outras contribuições especiais incidentes sobre espetáculos desportivos, venda de combustíveis e lubrificantes no varejo, etc.

O FPAS destinou para a saúde, ao longo dos anos oitenta, recursos que não ultrapassaram os 38% de suas receitas. Nos anos mais recentes (a partir de 1993) o FPAS deixou de destinar recursos para a saúde, passando a ser o Tesouro (principalmente o FINSOCIAL) a maior fonte de financiamento dos gastos com saúde. Pode-se dizer que desde a Constituição de 1988 –quando a Saúde passou a ser um direito constitucional universal– a fonte FPAS vem sendo progressivamente destinada quase que exclusivamente ao financiamento dos benefícios da Previdência Social, e não mais da saúde.

Observa-se, pela tabela III.2, que ao longo dos anos oitenta ocorre um ligeiro *trade off* entre os recursos do Tesouro e os do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), aumentando dessa forma a parcela dos recursos fiscais no financiamento dos gastos federais com saúde.

Às fontes federais de recursos devem ser adicionados os aportes fiscais dos Estados e Municípios para compor a totalidade do gasto público com saúde no Brasil.³⁸ A tabela III.2 mostra a composição dos gastos públicos com saúde ao longo dos anos oitenta e noventa, segundo as três esferas de Governo.

A forte queda dos gastos com saúde, desde o início da década de noventa, após um saudável crescimento na segunda metade dos anos oitenta, tem gerado críticas contundentes a ação do governo federal. Segundo os críticos, o atual Governo passou a negar prioridade à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas dessas críticas são fundadas, na medida em que as condições de saúde no Brasil não atingiram ainda patamares mínimos aceitáveis. Os padrões de mortalidade infantil no Brasil encontram-se entre os piores da América Latina, podendo ser comparáveis aos de alguns países africanos e asiáticos, com menor nível de desenvolvimento econômico e renda per capita.

No entanto, quando se fala da magnitude do gasto com saúde num país com as características do Brasil, três questões devem ser consideradas: 1) O gasto é feito de forma eficiente, no sentido de produzir mais resultados por unidade monetária? 2) Os recursos são aplicados em programas que buscam a equidade, melhorando o acesso e as condições de saúde das parcelas mais pobres da população? 3) É possível gastar mais sem prejuízo de outras políticas sociais e econômicas que tenham efeitos sinérgicos na melhoria das próprias condições de saúde?

Para responder a estas perguntas, devemos, em primeiro lugar, avaliar como tem se comportado o gasto público com saúde no Brasil. A tabela III.2 pode dar uma idéia da magnitude dos recursos desembolsados com programas de saúde pelo setor público, entre 1980 e 1993. Observa-se que entre 1989 e 1992, os gastos federais per capita tiveram uma queda de 45,12%, passando de US\$ 80,37 para US\$ 44,11. Em 1993, estimativas da Conta Social Consolidada, construída a cada ano pelo IPEA/CSP e IESP/FUNDAP, mostram que houve uma recuperação de 24% no gasto federal per capita com saúde. Mesmo assim, ele ainda se encontra abaixo do realizado no ano de 1986 e muito inferior ao ponto mais alto da série, ocorrido em 1989. Quanto ao gasto público total, considerando-se que ele tenha chegado a US\$ 65,11 em 1992, ocorreu uma tênue recuperação em 1993, quando passou para US\$ 74,02.

Embora a proposta orçamentaria para 1994 tenha inicialmente estabelecido que o gasto do Ministério da Saúde seria de US\$ 11,5 bilhões, sua modificação pelo Executivo acarretou em uma redução para US\$ 9,0

³⁸ Deve-se levar em conta que os gastos dos Estados e Municípios são ainda adicionados das transferências da União que aparecem, em nossa análise, como gastos federais com saúde.

Tabela III.2
GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO
1980 - 1993
(em US\$ milhões médios de 1992)

Anos	Gastos federais	Gastos estaduais	Gastos municipais	Gastos totais	Gastos federais p/capita (US\$)	Gastos totais p/capita (US\$)
1980	7 356.3	1 666.3	687.5	9 710.1	61.82	81.59
1981	6 846.3	1 560.1	641.7	9 048.1	56.46	74.62
1982	7 148.3	1 379.0	755.1	9 282.4	57.86	75.13
1983	5 715.6	1 291.0	632.1	7 638.7	45.41	60.68
1984	5 956.6	1 470.0	728.5	8 155.1	46.44	63.58
1985	6 857.3	1 553.6	827.5	9 238.4	52.47	70.69
1986	7 340.9	1 962.9	1 061.7	10 365.6	55.13	80.03
1987	10 624.4	906.4	982.2	12 513.0	78.31	92.23
1988	10 030.2	-59.0	1 535.0	11 506.2	72.56	83.24
1989	11 320.3	1 159.2	1 260.4	13 739.8	80.37	99.26
1990	9 451.6	1 621.1	1 424.0	12 496.7	65.86	87.13
1991 ^a	7 847.0	1 383.5	1 089.9	10 320.4	53.67	75.38
1992 ^a	6 571.2	1 342.7	1 165.9	9 079.8	44.11	65.11
1993 ^b	8 307.6	1 255.6	1 090.2	10 653.4	54.73	67.90

Fonte: IPEA/CSP e Área Social da FUNDAP/IESP. (Ótica da Origem dos Recursos).

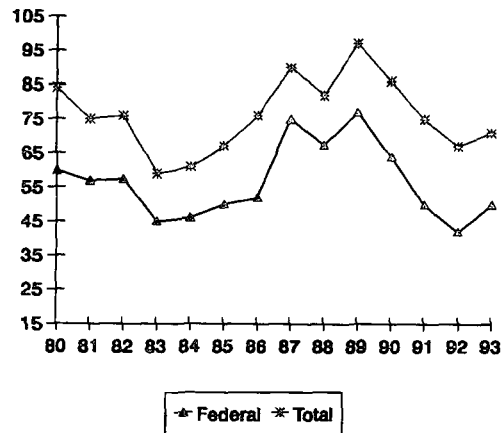
^a Estimativas para 1991 e 1992 (Estados e Municípios) baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento;

^b Estimativas para Estados e Municípios baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos destas esferas de Governo.

bilhões. O Ministério da Saúde, estima que neste ano, até agora sem orçamento aprovado, os gastos com saúde não cheguem a repetir o desempenho de 1993, embora as recentes perspectivas de crescimento da arrecadação possam inverter essa tendência, a partir do último trimestre do ano.

Os dados revelam que a recuperação ocorrida em 1993 foi tímida e que os gastos com saúde, em termos per capita, encontram-se em patamares muito baixos. Cabe, no entanto, responder a primeira pergunta: Qual o retorno do gasto em saúde para o país. Embora o Ministério da Saúde não tenha uma resposta pronta, os resultados são desastrosos. Forte crise hospitalar em vários Estados, fechamento de hospitais, greves e descaso no atendimento, tem sido constantemente denunciados pela imprensa. A causa alegada, de forma uníssona, é a falta de recursos. No entanto, a ineficiência dos processos gerenciais em saúde não tem propiciado a redução do absentismo dos profissionais, a perda sistemática de materiais

Gráfico III-1
**GASTOS PÚBLICOS PER CAPITA COM
 SAÚDE: 1980-1993**



e medicamentos, bem como a deterioração dos equipamentos e instalações existentes. O Ministério da Saúde paga aos hospitais contratados – públicos e privados – valores muito superiores aos serviços efetivamente prestados, dado que parcela substancial do preenchimento das AIH's é feita de forma fraudulenta. Como o próprio Ministério da Saúde declarou, é escandaloso o número de AIH's pagas que foram preenchidas irregularmente.

A segunda pergunta – se o gasto é realizado de forma eqüitativa – mostra uma realidade ainda pior. Os mais pobres tem menos acesso aos serviços de saúde, na maioria dos Municípios do país, dado que muitos estabelecimentos públicos são espaços que referendam as estratégias dos médicos em defender seus interesses particulares. É comum que pacientes pobres paguem “por fora” pelo atendimento e pelos medicamentos que recebem nos estabelecimentos públicos e contratados, mesmo estando em tese protegidos por um sistema universal e gratuito.

Por outro lado, as classes renda mais alta costumam pagar por planos de saúde que se utilizam freqüentemente do uso de procedimentos e exames de alta tecnologia, realizados nos estabelecimentos públicos. O próprio médico é a chave para o estabelecimento de acesso diferenciado, na medida em que exerce múltiplos e promíscuos vínculos laborais, simultâneos em instituições públicas e privadas, destinando uma jornada real de trabalho muito inferior aos contratos que detém nos

estabelecimentos públicos e praticando constantemente o tráfico de pacientes entre os dois setores. Como se não bastasse, as camadas ricas da população podem descontar do imposto de renda os gastos pessoais que incorrem com saúde. Todos esses elementos contribuem para aumentar a regressividade do sistema.

Diante deste quadro, logicamente que é possível melhorar as condições de acesso e a equidade, mesmo com o atual patamar de gastos com saúde, bastando para tal um novo compromisso ético entre os prestadores de serviços (públicos e privados) e a população. Mas para cimentar tal compromisso, é necessário que o Estado deixe de ter, como eixo de sua ação, a prestação de serviços e passe a cuidar mais seriamente da regulação e da fiscalização, garantindo as condições de acesso, e não somente atendendo aos reclamos do corporativismo.

A terceira pergunta pode levar a respostas baseadas no êxito de experiências internacionais. Nossa excessiva concentração de renda e a pobreza absoluta em que está mergulhada boa parte da população é a principal causa das más condições de saúde. Políticas econômicas que realmente o crescimento, aumentem a oferta de empregos e incentivem políticas de saneamento básico, educação, moradia, transporte e segurança podem ter maiores efeitos sobre as condições de saúde, a médio prazo, do que o aumento puro e simples da oferta de serviços de saúde. Nas circunstâncias em que vive a maioria da população brasileira, gastar mais com saúde pode ser bom para a medicina, mas não necessariamente para melhorar, de forma segura, o quadro sanitário do país.

Não é novidade dizer que o Brasil gasta pouco com políticas de saúde. As estimativas para 1993 revelam que nosso país desembolsou 2,53% do PIB com tais ações nas três esferas de Governo. Tal participação, segundo o Relatório do Banco Mundial de 1993, é inferior a média dos gastos públicos das economias capitalistas desenvolvidas, que se situou em torno de 5,6% do PIB em 1990. No entanto é maior que a média dos países da África, da América Latina, do Oriente Médio e até mesmo das economias ex-socialistas. Comparando-se os gastos públicos em saúde no Brasil com os da América Latina, observa-se que, com exceção do Chile, nosso país só gasta menos como proporção do PIB, que as nações muito pobres, como Nicarágua, Haiti, Honduras, El Salvador e Equador, embora nossos gastos públicos per capita sejam superiores. No entanto, muitos destes países, apesar de mais pobres, já apresentam indicadores de saúde melhores que o Brasil. O desafio imediato, portanto, é gastar melhor com saúde e recuperar a credibilidade do Estado. Não há justiça social sem eficiência da máquina pública.

Embora não existam estimativas recentes da magnitude do gasto privado com saúde no Brasil, uma avaliação com base em dados de 1989 nos permitiria chegar aos seguintes resultados, expressos na tabela III.3

Tabela III.3
GASTO TOTAL EM SAÚDE NO BRASIL - 1989
em US\$ de dezembro de 1990

Gastos	Valor (US\$ bilhões)	% do PIB	Per-capita (US\$)
Público	14.54	3.26	101.39
- Federal	11.26	2.52	78.37
- Estadual	1.69	0.38	11.82
- Municipal	1.59	0.36	11.20
Privado	5.66	1.40	39.43
- Des. Direto	1.94	0.48	13.52
- Autônomo	3.72	0.92	25.91
Total	20.20	4.66	140.82

Estimativa elaborada por André Medici.

Verifica-se que os gastos privados autônomos (das famílias e das empresas) representariam algo em torno de 30% dos gastos totais com saúde. Dentre esses gastos, sobressaiem-se aqueles desembolsados pelas famílias mais pobres que, igualmente não tem acesso adequado aos sistemas públicos de saúde, como foi visto no fim do capítulo um.

SEGUNDA PARTE:

OS CAMINHOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Capítulo IV

ANTECEDENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

Uma das características das políticas públicas no Brasil pós-64 foi a centralização federal dos instrumentos de intervenção e financiamento. As políticas sociais, no campo da saúde, não fugiram à essa regra. A criação do INPS, como resultado da fusão das estruturas dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) foi a forma pela qual se deu a concentração das políticas de assistência médica, previdência e assistência social. Tal centralização, no entanto, foi acompanhada por uma extensão de cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por sua livre vontade, desejassem contribuir para a Previdência Social.

A política de saúde na década de setenta, se por um lado não deixou nenhuma brecha para a participação social na definição de seus rumos e objetivos, representou a continuidade desse progressivo processo de inclusão de novos segmentos. A incorporação dos trabalhadores rurais, através do FUNRURAL,³⁹ e a extensão do atendimento de urgência para indigentes nas áreas urbanas, através do Programa de Pronta Ação (PPA) –ambos financiados pelo INPS a partir de 1974– foram os novos

³⁹ O Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) foi criado em 1974 como forma de estender a cobertura de assistência médica, bem como alguns benefícios assistenciais aos trabalhadores rurais, sem exigência prévia de contribuição a Previdência Social. Em tese, o programa deveria ser financiado com recursos provenientes da cotização de 2,5 % da primeira comercialização incidente sobre a produção dos estabelecimentos rurais. Na prática, como esta fonte, dado seu alto grau de evasão, mostrou-se insuficiente, foram necessários recursos oriundos de outras fontes previdenciárias. Haviam, no entanto, tetos de cobertura para a assistência médica nos primeiros anos de funcionamento do programa, os quais só foram abolidos nos anos oitenta como resposta aos programas de universalização da assistência médica.

passos dados pelo Estado no sentido de estender a cobertura dos serviços de saúde aos segmentos populacionais não segurados da Previdência Social.⁴⁰

Até então existia total separação institucional entre as políticas de saúde implementadas pelo complexo previdenciário (INAMPS), que cuidavam basicamente da assistência médica ao setor formal do mercado de trabalho, e aquelas executadas pelo Ministério da Saúde, responsável pelas campanhas sanitárias e pelas ações básicas de saúde.

A consciência da necessidade de estender a assistência à saúde aos segmentos mais necessitados iniciou-se no seio das universidades e institutos de pesquisa em saúde, contaminou médicos sanitaristas e outros profissionais de área e chegou à burocracia e aos gabinetes do Ministério da Saúde.⁴¹ Ao mesmo tempo, fortalecia-se ao nível internacional o movimento de atenção primária de saúde, proposto por entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPS), como solução para resolver os graves problemas sócio-sanitários a que estava exposta a maioria da população dos países do terceiro mundo.⁴²

A Lei No. 6229/75, que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi a primeira resposta objetiva ao clamor pela extensão de cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca de maior equidade. Esta lei tinha como um de seus objetivos básicos organizar e disciplinar todos os serviços de saúde componentes do sistema, incluindo as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS, bem como das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Outro objetivo básico era a expansão de cobertura, a qual exigia a homogeneização das condições de oferta de serviços na “ponta da linha” do SNS, isto é, nos

⁴⁰ Uma análise desses programas detalhada desses programas, sob a ótica da assistência médica, pode ser observada em BRAGA, J.C.S., e GÓES DE PAULA, S., “Saúde e Previdência: Estudos de Política Social”, Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo (SP), 1981.

⁴¹ Ao longo dos anos setenta, vários intelectuais e militantes na área de saúde pública contribuíram para a formação de uma consciência sanitária no Brasil, inclusive no seio governamental. Destacam-se os trabalhos e artigos de jornal do médico sanitarista Carlos Gentile de Mello, da socióloga Maria Cecília Donnangelo e particularmente a tese de Doutorado de Antônio Sergio Arouca “O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão Crítica da Medicina Preventiva”, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 1975. O pensamento crítico em saúde pública se corporificou na segunda metade dos anos setenta com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde –CEBES, a primeira instituição em caráter nacional que propunha organizadamente a democratização do acesso a saúde no Brasil.

⁴² Muitos desses princípios foram expostos e discutidos na Conferência sobre Atenção Primária a Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde, realizada em Alma Ata, 1978, e subscrita por todos os Ministros da Saúde presentes. Desta conferência que emergiu a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, da Organização Mundial da Saúde.

Estados e Municípios. Dada a heterogeneidade do quadro de saúde, cabia ao poder público identificar as regiões onde se faziam prioritários tais investimentos.

1. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

Com esse espírito foi criado em 1976 o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste* (PIASS). Este programa, apesar de interministerial, era coordenado pelo Ministério da Saúde, que vai assumindo progressivamente a unicidade de comando do sistema.

O PIASS tinha como objetivo implantar uma estrutura básica de saúde pública nas regiões onde inexistiam condições mínimas para tal, por parte dos órgãos loco-regionais responsáveis pelo setor. Além de envolver o esforço conjunto dos Governos Federal, Estadual e Municipal, o PIASS contava com a participação social, através de lideranças formal ou informalmente constituídas junto às comunidades que abrangia.

Buscava, dessa forma, promover mais especificamente a implantação de uma ampla rede de unidades de saúde pública em cidades com menos de 20.000 habitantes, estruturando "módulos básicos do SNS".⁴³ Simultaneamente, havia a disposição de instalar e manter junto a estas cidades, uma rede sanitária composta de equipamentos de saneamento básico.

Mas a concepção do PIASS não se limitava aos intentos de expansão da rede de saúde pública. Havia toda uma concepção de organização dos serviços nova no âmbito do pensamento sanitário brasileiro, a qual envolvia:

a) *Programas de ação* determinando normas disciplinares, distribuição dos horários de trabalho dos agentes de saúde por clientelas e por tipo de medidas de saúde a serem desenvolvidas, de forma a integrar a participação dinâmica da população alvo do programa. Nesse sentido os agentes de saúde teriam ações internas e externas à rede de serviços;

b) *Execução de ações delegadas*. Todas as ações desempenhadas pelo programa eram obrigatoriamente submetidas a supervisão dos agentes de saúde de nível mais elevado, segundo programação regular;

⁴³ Um módulo básico de saúde pública, na concepção do PIASS era uma unidade composta por um Centro de Saúde (ou unidade mista) e um ou mais postos de saúde integrados funcionalmente por sistemas de entrada única e de triagem de pacientes e por uma hierarquização dos serviços.

c) *Encaminhamento de pacientes, informações e pedidos* para Unidades de Saúde Mais Complexas, com garantia de atendimento oportuno, a partir do estabelecimento de relações formalizadas e articuladas com estas unidades que, em geral se situariam em outros municípios;

d) *Esforço permanente e crítico* para a obtenção de co-participação crescente da população-alvo no desenvolvimento da programação das unidades sanitárias de modo a integrar nas mesmas as contribuições técnico-culturais (e eventualmente financeiras) da coletividade.⁴⁴

O PIASS calcava-se na ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas. Não se tratava, portanto, de um programa de interiorização de médicos, mas sim de mobilização de recursos humanos de forma rápida e com baixo custo. Do ponto de vista das ações, dar-se-ia ênfase à prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico. Também era prioridade do programa o atendimento das nosologias mais frequentes nas especialidades básicas, bem como a detecção precoce dos casos mais complexos, tendo em vista seu encaminhamento aos serviços especializados. Portanto todo o desenvolvimento do programa estava calcado em ações tidas como de baixo custo e alta eficácia.

Para a operacionalização do PIASS estavam previstos recursos da ordem de US\$ 374,9 milhões a preços de 1976, ou seja, o equivalente a US\$ 888,7 milhões a preços de dezembro de 1990, dos quais 35% seriam aplicados ainda naquele ano. Estes recursos seriam originados de quatro fontes básicas, conforme mostra o gráfico IV.1. Observa-se que os recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)⁴⁵ seriam responsáveis pela maior parcela do investimento (cerca de 30%). O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM)⁴⁶ entravam cada

⁴⁴ Sobre este ponto ver SEIXAS, J.C., "Interiorização dos Serviços de Saúde", in "Anais da VI Conferência Nacional de Saúde", Ed Ministério da Saúde, Brasília, 1977. O Dr José Carlos Seixas era, nessa época, Secretário Geral do Ministério da Saúde.

⁴⁵ O FAS foi criado em 1974 como forma de financiar investimentos (públicos ou privados) em programas sociais com recursos remunerados ou a fundo perdido. Desde sua criação até 1977, cerca de 24,7% dos recursos do fundo haviam sido canalizados para o setor saúde, sendo que 88% correspondiam a aplicações a fundo perdido no setor público. Os recursos do FAS são administrados pela Caixa Econômica Federal (CEF) sendo oriundos de receitas de loterias (federal e esportiva) e de saldos operacionais da própria CEF. Maiores detalhes sobre os primeiros anos de funcionamento do FAS podem ser encontrados em BRAGA, J.C. e GOES DE PAULA, S., "Saúde e Previdência: Estudos de Política Social", Ed. CEBES/ HUCITEC, São Paulo (SP), 1981.

⁴⁶ O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) foi criado em 1976 no bojo do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Inicialmente voltado para administrar o PRONAN, passou a ser responsável pela implantação do Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e do Programa de Saúde e Nutrição (PSN) nos anos oitenta.

um com 25% dos recursos e o Programa de Interiorização Nacional (PIN)⁴⁷ completava os 20% de recursos restantes, sendo que 29% dos recursos desta última fonte seriam operacionalizados através do Programa de Desenvolvimento do Nordeste (POLONORDESTE).

Além desses recursos, estimava-se que outras instituições e fontes de recursos deveriam estar comprometidas com o PIASS, destacando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e os Fundos de Participação dos Estados e Municípios, gerando recursos adicionais que poderiam chegar a duplicar o montante inicialmente previsto.

Os projetos componentes do PIASS, por serem de natureza estadual, seriam coordenados pelos Grupos de Coordenação Estadual, localizados nas Secretarias Estaduais de Saúde. Estes grupos, no entanto, contavam, além das autoridades locais e estaduais, com representantes dos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Interior.⁴⁸

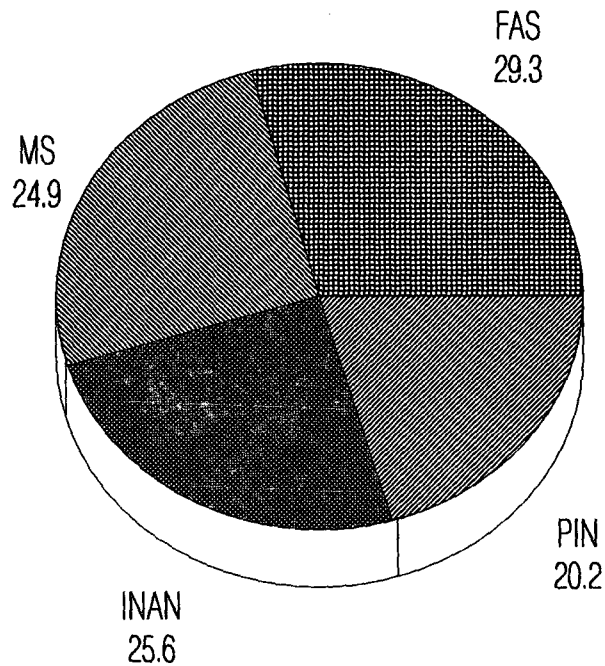
Embora não tenha sido feito um balanço dos recursos efetivamente aplicados pelo PIASS, o número de estabelecimentos ambulatoriais públicos de saúde no Nordeste passou de 1708 para 3064, refletindo um crescimento de 79,4% entre 1976 e 1980, enquanto que no Brasil como um todo esse crescimento foi de apenas 52%. A tabela IV.1 e o gráfico IV.2 ilustram bem essa situação.

Observa-se, no entanto, que somente quatro Estados Nordestinos tiveram um crescimento superior às médias nacional e regional. Foram eles Maranhão, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia. Uma análise da forma como foi encaminhado o programa mostra claramente que alguns interesses regionais foram contemplados (outros não) na negociação das prioridades de investimento dos recursos do PIASS. Mesmo assim, esses dados demonstram a importância regional do PIASS na configuração de um perfil mais homogêneo de rede de serviços de saúde. Este perfil é que vai se apresentar como a base de negociação na qual vão se estruturar os programas de descentralização do setor saúde e de repasse de recursos financeiros dos níveis centrais para os níveis locais nos anos oitenta.

⁴⁷ O PIN foi criado em 1972, sendo constituído pela metade dos incentivos fiscais do imposto de renda da pessoa jurídica, sendo voltados (junto com o PROTERRA, criado em 1974) para aplicações em atividades de interiorização do desenvolvimento. Para maiores esclarecimentos, ver REZENDE, F., "Novas Alternativas para o Financiamento dos Encargos do Governo" in "Pesquisa e Planejamento Econômico", Ed. IPEA, 4(3), Rio de Janeiro (RJ), dez. de 1974.

⁴⁸ Conforme BRAGA, J.C. e GOES DE PAULA, S., op.cit.

Gráfico IV-1
**FONTES DE FINANCIAMENTO
DO PIASS BRASIL:
1976-1980**



Total dos recursos: US\$ 888.7 milhões de Dezembro de 1990.

Cabe ressaltar, no entanto, que boa parte dos estabelecimentos de saúde criados durante a fase PIASS não foram imediatamente utilizados. Muitos se deterioraram ao tempo, enquanto outros permaneceram trancados ou foram destinados a tarefas estatais menos nobres. O custeio anual de um estabelecimento ambulatorial é tão dispendioso quanto o investimento necessário para sua criação. No início dos anos oitenta os estados nordestinos pouco tinham de recursos para realizar gastos desta natureza.

Tabela IV.1
**CRESCIMENTO DA REDE AMBULATORIAL DE ESTABELECIMENTOS
 PÚBLICOS DE SAÚDE NO NORDESTE ENQUANTO RESULTADO DOS
 INVESTIMENTOS REALIZADOS PELO PIASS: 1976-1980**
 (Nº de estabelecimentos de saúde sem internação)

Estados	1976	1980	Crescimento (%)
Maranhão	76	133	75.0
Piauí	167	222	32.9
Ceará	283	406	43.4
R. G. do Norte	70	310	332.8
Paraíba	225	293	30.2
Pernambuco	198	374	88.9
Alagoas	128	159	24.2
Sergipe	110	130	18.2
Bahia	451	1 037	189.8
Nordeste	1 708	3 064	79.4
Brasil	5 805	8 828	52.1

Fonte: Pesquisas de assistência médico-sanitária do IBGE, de 1976 e 1980.

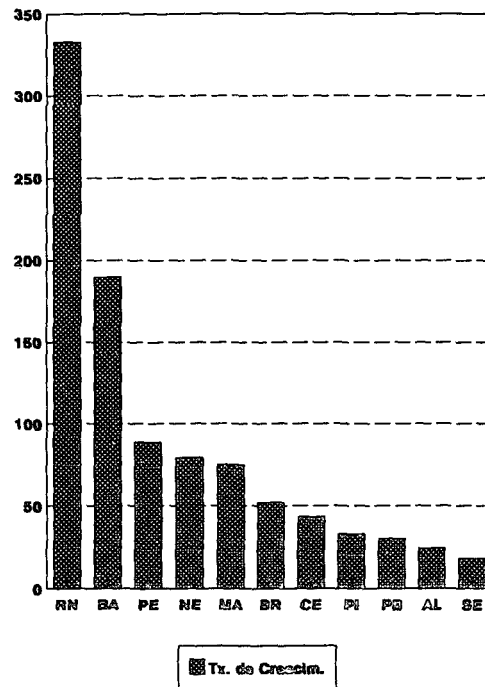
2. O PREV-SAÚDE: a intenção e o gesto

O crescimento da consciência sanitária dos profissionais de saúde, as pressões sociais pela universalização do acesso aos serviços e as recomendações dos organismos internacionais pela adoção em massa dos sistemas de atenção primária a saúde foram apenas alguns fatores que mantiveram, não só a continuidade das estratégias implantadas com o PIASS no início dos anos oitenta, mas também a tentativa de generalizá-las para as demais regiões do país.

Em março de 1980 foi realizada em Brasília a VII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de aproximadamente 400 técnicos, políticos e autoridades nacionais e locais do sistema de saúde. Nesta ocasião ficou "sacramentado", diante do próprio diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), o compromisso do Governo Brasileiro com a implementação de um projeto intitulado *Programa Nacional de Serviços de Saúde* (PREV-SAÚDE). Entre os objetivos do programa repetiam-se várias das estratégias propostas no decreto que criou o PIASS, ou seja, melhorar as condições de saneamento, habitação, alimentação e nutrição da população brasileira, bem como aperfeiçoar os meios destinados aos programas de

Gráfico IV-2

**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - TAXAS
DE CRESCIMENTO POR
UF: 1976-1980**



(em percentuais)

vigilância epidemiológica, utilização de recursos humanos, de equipamentos, materiais e insumos para a saúde.

Terminada a Conferência, foi criada uma comissão interministerial formada por especialistas de alto nível que trabalharam exaustivamente na elaboração das diretrizes e ações específicas do referido plano.

Em que pesem todos os avanços técnicos e políticos da VII Conferência Nacional de Saúde, representados nas diversas versões que foram posteriormente elaboradas a respeito do PREV-SAÚDE, pode-se dizer que os conflitos de interesse da época, bem como o início da crise econômica, em 1981, acabaram por sepultar definitivamente o Plano. Naquele mesmo ano, era noticiada a contratação de cerca de 30 000 médicos pelo INAMPS, num momento onde o número de empregos médicos no setor

público era da ordem de 67 900,⁴⁹ com fins visivelmente eleitoreiros, além do credenciamento de mais de 500 hospitais privados pelo referido órgão.

A questão de racionalizar o gasto e distribuir melhor os recursos físicos e humanos já existentes, como resposta a crise, era posta de lado diante das pressões políticas de segmentos sociais, como os sindicatos médicos, interessados em expandir o emprego e o setor privado prestador de serviços de saúde. Assim, a disposição do Governo em criar um plano destinado a suprir as carências básicas da população de baixa renda, como o PREV-SAÚDE, era contraditória aos interesses da rede privada prestadora de serviços e aos do próprio presidente do INAMPS (Sr. Harry Graeff) que na época representava os segmentos da medicina de mercado no Governo. Priorizar as populações de baixa renda representava, na época, redirecionar recursos para a rede pública e reduzir a parcela do financiamento destinada a rede privada.

As divergências entre a versão original do PREV-SAÚDE e sua versão final marcam bem o advento destas pressões. O texto original do Plano recomendava a existência de uma única porta de entrada para o sistema e determinava o encaminhamento seletivo dos casos mais complexos e que exigiam cuidados especializados. O documento final, embora propusesse a expansão da rede, não se referia a qual seria a estratégia de hierarquização do sistema de saúde, bem como os diversos estágios e componentes do modelo assistencial proposto.

Também foi excluída no documento final a proibição da dupla militância profissional, ou seja, ao ter um posto de trabalho no INAMPS o médico estava proibido de trabalhar como credenciado do sistema, para evitar práticas monopolistas associadas a triagem e ao encaminhamento de pacientes. Outra exclusão foi a da participação comunitária, a qual foi trocada por uma mera referência a adesão “passiva” da população ao programa.

Por fim, enquanto a proposta técnica de origem propunha a expansão dos serviços estaduais e municipais de saúde, com repasse correspondente de recursos e encargos, o documento final pautou-se pela expansão das Unidades Básicas de Assistência Médica (UBAM's) além de outras estruturas paralelas. Com isso, evitava-se um processo de transferência de poder às esferas locais mantendo todas as distorções de um país com grande heterogeneidade sócio-sanitária, como o Brasil, o qual exige soluções particulares e sistemas descentralizados.

Nesse sentido, a intenção inicial de reforçar o processo de extensão de cobertura do sistema de saúde, expressa no PREV-SAÚDE, não correspondeu

⁴⁹ Dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, em 1980, revelam que o número de empregos médicos no setor público era de 67.889 e no setor privado era de 78.202.

ao gesto dos Ministérios envolvidos. Teria sido até providencial para o Governo a consecução do programa, na medida em que acalmaria as reivindicações sociais, ao mesmo tempo em que seriam mantidos os interesses dos setor privado contratado. No entanto, a crise econômica de 1981 impediu que até mesmo que a versão final do plano fosse implementada.

Certas foram as palavras do médico Volney Garrafa, ao dizer que “um ano após a VII Conferência, o PREV-SAÚDE se encontrava mofando nas gavetas incompetentes do Ministério do Planejamento”.⁵⁰ As inúmeras versões do Plano foram sepultadas pelo alto déficit da previdência social em 1981 e a assistência médica federal mergulhou, nos dois anos seguintes, numa das maiores crises financeiras de sua história.

3. As medidas racionalizadoras e a participação das esferas locais

A preocupação em transferir recursos federais para Estados e Municípios retornou à burocracia de Brasília com a criação em 1982 do *Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (CONASP). Naquele momento, uma nova realidade surge no contexto do processo de democratização do país, com o retorno das eleições de governadores. Os novos líderes políticos regionais passavam a ter peso expressivo na condução organizada dos interesses locais. A negociação dos recursos para financiar a saúde com os novos Governadores passava a ser importante na condução pacífica do processo de distensão e abertura democrática.

Mas a criação do CONASP foi, também, decorrência da crise econômica de 1982 a qual, em função da queda dos gastos com saúde, levou a administração do INAMPS a pensar em estratégias de racionalização dos programas, ações e custos da assistência médica. Sua missão básica consistia em estabelecer regras gerais de funcionamento para que o sistema fosse mais racional no uso dos recursos e mais efetivo na cobertura populacional e na resolutividade de seus atos.

Antes do CONASP, o planejamento do sistema de saúde era centralizado e fundamentado em parâmetros de assistência médico-hospitalar e ambulatorial criados pelo INAMPS com base na observação de séries históricas do próprio órgão. O processo de planejamento restringia-se aos recursos voltados para o pagamento da rede privada contratada pelo INAMPS, dado que não incluía a rede pública (do

⁵⁰ GARRAFA, V., “Contra o Monopólio da Saúde”, Ed. Achiamé, Rio de Janeiro (RJ), 1983.

próprio INAMPS e das esferas locais de Governo) no estabelecimento de metas e prioridades.

Dentre as medidas tomadas pelo CONASP, destaca-se a criação e aprovação, em agosto de 1982, do *Programa de Ações Integradas de Saúde* (AIS). Tal programa permitia o repasse de recursos do INAMPS para reforçar o gasto com saúde dos Estados e Municípios, através da assinatura de convênios, num momento em que estas esferas de Governo passavam por grandes restrições financeiras e fragilidade fiscal.

O processo de formulação e implementação das AIS deve ser compreendido à luz das experiências reformadoras que ganham força nos anos setenta, quer sejam aquelas que foram abortadas, como o PREVSAÚDE, quer aquelas que alcançaram maior concretude, como é o caso da implantação do modelo de atenção primária em alguns municípios. Vale destacar ainda, que em fins da década de setenta inicia-se um movimento "municipalista" em prol de maiores recursos (sejam próprios ou transferidos) para o setor saúde, liderado por alguns municípios, especialmente nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (São José dos Campos).

Por outro lado, as AIS espelham o início do processo de democratização da sociedade brasileira, na medida em que são formuladas e implantadas segundo princípios democráticos (universalização, descentralização e participação comunitária) e organizativos (integração, regionalização e hierarquização das ações), os quais resultavam da consolidação de uma proposta de reorganização do sistema nacional de saúde. Neste ponto elas representam um "ponto de inflexão" na história institucional do INAMPS que, nos anos sessenta e setenta estava centrada no processo de compra de serviços do setor privado.⁵¹

Ao mesmo tempo, as AIS inauguram um processo aberto de negociação entre esferas de Governo no campo da saúde, processo esse que até então não existia, a não ser de forma velada.⁵² O advento das AIS possibilitou alterar a estrutura de poder entre União, Estados e Municípios e entre os setores público e privado, tornando mais claro o processo de barganha política dos recursos destinados para a saúde nos Estados.

Dessa forma, a viabilidade política das AIS passou a ser determinada pela articulação de interesses ao nível político-institucional (correlação entre as diferentes forças governamentais e institucionais envolvidas) e pela mobilização da sociedade civil organizada em torno dos sistemas de

⁵¹ FLEURY, S., "Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde" in *Divulgação em Saúde para Debate* No. 3, Ed. CEBES, Londrina (PR), fevereiro de 1991.

⁵² Na verdade, os recursos da área de saúde sempre foram objeto de negociação política entre a União e as esferas locais de Governo. Basta lembrar que os cargos de "Superintendente Regional do INAMPS" eram de escolha do Governador ou interventor federal nos Estados.

saúde. Somente nas localidades onde se cumpriram estas condições as AIS representaram um efetivo avanço na cobertura e na eficiência dos sistemas locais de saúde.

Por outro lado, a pré-existência de condições técnicas, como dimensão e capacidade operativa da rede pública de serviços, era fator determinante para o sucesso das AIS, dado que Estados e Municípios tinham uma rede de saúde bastante heterogênea. Nesse sentido não bastava transferir recursos, mas também reforçar o investimento, tendo em vista a homogeneização das condições de oferta de serviços de saúde, ao nível loco-regional.

Apesar de todas essas restrições, vale comentar que as ações de saúde promovidas pelos Estados e Municípios, bem como pelo Ministério da Saúde, sempre se pautaram pela universalidade no atendimento. Este simples motivo transformou o reforço financeiro representado pelas AIS num instrumento de extensão de cobertura dos programas de saúde.

Existem algumas diferenças significativas que tornam o processo de implantação das AIS, ainda na Velha República, distinto de sua configuração na Nova República:⁵³

a) No que se refere ao *planejamento*, as AIS em seu início rompem com a concepção artificial de que o setor privado deveria ter o monopólio da atenção curativa, cabendo ao setor público cuidar da atenção preventiva. Unificam-se, dessa forma, as bases de planejamento para os prestadores públicos (estaduais e municipais) e privados contratados.

Com o advento da Nova República, surge a Programação e Orçamentação Integrada (POI) que passa a integrar o planejamento das Secretarias Estaduais, Municipais e Superintendências Regionais do INAMPS num único instrumento de planejamento para cada Estado. Sendo assim, setor público e privado passam a prestar serviços segundo bases definidas regionalmente.

b) No que se refere a *Organização da Direção*, o advento das AIS marca a ativação de um processo de gestão colegiada e articulação inter-institucional. Antes dos anos oitenta, havia forte descoordenação da prestação de serviços de saúde, dada a existência de múltiplos órgãos e instâncias de prestação de serviços de saúde. No Plano federal destacava-se a existência de 4 ministérios: o da Saúde, o da Previdência e Assistência Social (através do INAMPS), o da Educação (em função dos hospitais universitários) e do Trabalho (através da responsabilidade sobre o

⁵³ Sobre este ponto ver BERTONE, A.A. et alii, "Um Enforque Político-Administrativo das Mudanças Ocorridas no Setor Saúde nos Anos Oitenta" in Revista Saúde em Debate No. 27, CEBES, Londrina (PR), dezembro de 1989.

Programa de Saúde do Trabalhador). Isso sem contar os Ministérios Militares que também mantinham suas estruturas hospitalares próprias.

Para tentar coordenar e integrar o esforço conjunto de todos esses órgãos foi criada em 1980 a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação da Saúde –CIPLAN. A direção da comissão era composta por um coordenador geral (eleito pelo Presidente da República) e pelos Secretários Gerais dos 4 Ministérios envolvidos.

As resoluções da CIPLAN foram importantes no processo de regionalização integrada das políticas federais de saúde ao nível dos Estados. Através dessa Comissão eram elaboradas normas e critérios de repasse de recursos para as esferas locais de Governo.

A implantação das AIS nos Estados regionalizou esse esforço de integração institucional com a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) e das Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). Estas comissões englobavam em diversos níveis da hierarquia federativa, desde Estados até espaços internos aos Municípios, os representantes de todas as instituições envolvidas no processo de prestação de serviços de saúde.

Esses colegiados, no entanto, tiveram pouca expressão antes da Nova República. A implantação da POI como sistemática de planejamento, a partir do Governo Sarney, passou a exigir uma maior atuação dessas comissões, bem como de vários grupos de assessoramento multi-institucionais (CIS-Mulher; CIS-Saúde Mental, etc.).

c) No que diz respeito ao *Controle e Avaliação*, pode-se dizer que durante a Velha República não ocorreram avanços que permitissem avaliar os resultados e o desempenho do processo de implantação das AIS. No entanto, a partir da Nova República a ação dos colegiados reforçada pela POI permitiu criar condições para o acompanhamento dos resultados e para o controle do sistema pelos usuários, em algumas experiências regionais.

d) Por fim, no que se refere ao *Financiamento*, as AIS na Velha República caracterizaram-se por implantar um processo de repasse de recursos do Governo Federal a outras esferas de Governo. A lógica do repasse, no entanto, era a mesma utilizada para os serviços privados, ou seja, a compra de serviços de assistência individual, onde o setor público era mais um fornecedor do INAMPS.

Com o advento da Nova República a estrutura de financiamento procurou romper a lógica da compra e venda de serviços e passou a buscar formas de custeio que englobassem critérios de integralidade das ações. Passa-se a trabalhar com o conceito de “necessidades de financiamento” para uma dada programação estadual do setor. As ações de caráter coletivo passam a fazer parte da sistemática de financiamento, embora o repasse para as ações curativas continuasse a ser feito “por produção”.

As AIS foram, portanto, uma estratégia de financiamento governamental presente ao longo do período 1983-1985. No ano de 1984, o número de convênios com Municípios chegava somente a 132, dos quais 115 eram do Piauí, que havia aderido em bloco. Em 1985, o número de Municípios que aderiu a estratégia passou para 644, cobrindo 67% da população brasileira.⁵⁴ Somente 8 Estados não tinham nenhum Município contemplado pelo programa.

Em 1986 a estratégia das AIS havia se estendido a 2.500 municípios, aproximadamente, cobrindo cerca de 90% da população brasileira. Mesmo assim, haviam demandas concretas para que tais ações fossem reconceitualizadas numa outra perspectiva qualitativa. Esse sentimento fica explícito na própria exposição de motivos de criação do SUDS, onde se lê que a "...reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à realocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração, e não na competição, na dispersão e na compartimentação de responsabilidades".⁵⁵

4. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

As AIS tiveram continuidade, desde 1986, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que funcionou como o principal instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde, entre 1987 e 1989.⁵⁶ O que diferenciou o SUDS das AIS, em que pese o seu caráter de superposição ao programa anterior, foi a aproximação dos laços entre o Governo Federal e os Estados e o fortalecimento de toda uma estrutura de planejamento e programação das ações de saúde, que havia sido estabelecida com as AIS, a partir da Nova República.

A criação do SUDS foi promulgada pelo Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987. Este decreto estabelece uma clara definição de competências entre

⁵⁴ Ver Relatório de Atividades do INAMPS de 1985.

⁵⁵ Exposição de Motivos No. 031, de 10 de julho de 1987, assinada pelos Ministros da Saúde (Roberto Santos) e da Previdência e Assistência Social (Raphael de Almeida Magalhães), publicada no Diário Oficial de 21 de julho de 1987, seção 1, pag. 11.505.

⁵⁶ Em que pese o fato do Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido estabelecido com a Constituição de 1988, sua operacionalização efetiva só vai ocorrer a partir de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica do Setor Saúde. Este fato será abordado posteriormente.

as 3 esferas de Governo. A União⁵⁷ ficaria encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços, como as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde.

Aos Estados⁵⁸ caberia a execução de algumas ações e serviços e a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial. Aos Municípios,⁵⁹ caberiam tarefas de planejamento local e a execução efetiva dos serviços de saúde, excetuando-se aqueles ligados a produção de medicamentos que seriam contemplados no âmbito estadual e federal.

O advento do SUDS não desmobilizou os convênios realizados anteriormente com os Municípios, embora tenha centrado toda sua ação no repasse de recursos aos Estados, fortalecendo a estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde e conseqüentemente o poder financeiro e o escopo das ações a serem tomadas por esta esfera de Governo. O programa teve seu auge no próprio ano de 1987, onde algumas Secretarias Estaduais de Saúde funcionaram em perfeita harmonia com as Superintendências Regionais do INAMPS.

Outra determinação do SUDS foi o aperfeiçoamento de uma estrutura de orçamentação vinculada ao acompanhamento e a avaliação dos

⁵⁷ Caberia a União a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde ao nível nacional; a elaboração do Plano Nacional de Saúde; a Execução direta de serviços, de pesquisa e de cooperação técnica, de abrangência nacional, a regulamentação das relações entre o setor público e privado na prestação de serviços de saúde, a normatização nacional de assistência integral a saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância nutricional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio-ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da produção, distribuição e controle de insumos críticos; a garantia da redistribuição espacial do Sistema Nacional de Saúde, a Implementação dos planos nacionais de recursos humanos, de informação em saúde, de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde e de produção e distribuição de insumos críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados).

⁵⁸ Aos Estados caberia a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde; a adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde, a Execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou micro-regional; a participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas; a elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde e a Implementação dos Planos Estaduais de Recursos Humanos, Informação em Saúde, Desenvolvimento Científico e Tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

⁵⁹ Caberia aos Municípios a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde; a Execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias; participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas; elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde; Implementação dos Planos Municipais de Recursos Humanos, informação em saúde e distribuição de insumos críticos.

programas de saúde desenvolvidos pelos Estados, consubstanciada num instrumento chamado Programação e Orçamentação Integrada –POI. Embora esse instrumento já existisse de forma embrionária nas AIS durante a Nova República, foi com o advento do SUDS que ele ganhou força e expressão na estratégia de planejamento dos Estados.

Por outro lado, o SUDS é o primeiro programa federal que avança efetivamente no caminho da unificação institucional, quando cria um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais, bem como levanta a questão da unificação regional das redes de serviços, sob comando dos Estados.⁶⁰ Pode-se dizer, no entanto, que este processo, na medida em que atropelou interesses regionais corporificados nas antigas Superintendências Regionais do INAMPS, trouxe dificuldades políticas crescentes para a administração do órgão.

Durante todo o período que vai de 1987 a 1989, toda uma vasta legislação de implantação do SUDS é elaborada, passando pelos mais diversos assuntos.⁶¹ Uma das preocupações básicas da proposta consistia em montar uma estrutura de assessoramento, controle e avaliação ao processo de descentralização nos Estados,⁶² constituindo para tal, um grupo de trabalho para propor as medidas necessárias nesse campo.⁶³

Outra importante preocupação do INAMPS foi estabelecer critérios para transferência e aplicação dos recursos nos Estados, bem como formas de prestação de contas dos recursos repassados. Nesse particular cabe destacar a extensa legislação e normatização dos textos dos Convênios-Padrão SUDS, bem como dos respectivos termos aditivos de adesão ao sistema.

Também foram formulados no período de março a abril de 1988 as portarias que definiam os chamados “termos de cessão de uso”, através dos

⁶⁰ Sobre este ponto, ver a Portaria do MPAS No. 4090, de 28 de setembro de 1987, que aprova a estrutura básica transitória da Direção Geral do INAMPS e de suas direções regionais para os Estados nos quais venha a ser constituído o SUDS. Esta portaria foi revogada pela de No. 4169, de 25 de janeiro de 1988, que aperfeiçoa esse processo. Ainda sobre esse tema foi promulgada, posteriormente a portaria 4235, de 11 de maio de 1988. Cabe destacar, no entanto, que o interesse mais imediato da administração do INAMPS em janeiro de 1988 era agilizar o processo de fusão das superintendências ou escritórios regionais do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde. Tal processo, no entanto, não era totalmente aceito entre a burocracia interna do órgão (especialmente nos níveis regionais) que lutava para manter espaços políticos independentes dos Governadores.

⁶¹ Sobre este ponto ver MPAS, “SUDS - Coletânea da Legislação Básica”, Ed. MPAS, Brasília, janeiro de 1989.

⁶² Ver Resolução CIPLAN No. 11/87, de 6 de outubro de 1987. Posteriormente foram elaboradas novas formas de elaboração do plano de aplicação de recursos e de prestação de contas (portaria MPAS No. 4236, de 12/05/88). Com a saída de Hésio Cordeiro e o início da administração Serrão na direção do INAMPS, novas portarias foram criadas sobre o tema controle e avaliação.

⁶³ Ver Portaria MPAS No. 4221, de 21 de abril de 1988.

quais os estabelecimentos pertencentes ao INAMPS seriam repassados para as redes estaduais e municipais de saúde.⁶⁴

É verdade que em meados de 1988, com a saída de Hésio Cordeiro da administração do INAMPS, houve um relativo refluxo do programa. Uma das provas desse retrocesso é o retorno dos repasses e convênios realizados diretamente com os Municípios, ao invés de deixar aos Estados a regulação do relacionamento com suas respectivas esferas locais. No entanto, o espírito das mudanças ocorridas desde o estabelecimento das AIS foi incorporado na Constituição Federal de 1988, garantindo a irreversibilidade do processo de descentralização das políticas de saúde.

As novas formas de transferência de recursos aos Estados e Municípios na administração Serrão foram consubstanciadas no Decreto 96.303, de 12 de julho de 1988, através do qual ficou garantida a possibilidade de aplicar os recursos transferidos aos Estados através do SUDS no mercado financeiro. Tal dispositivo garantia a proteção inflacionária dos recursos repassados, num momento onde as taxas de inflação já ultrapassavam a marca dos 1000% anuais.

A administração Serrão ainda altera questões relacionadas as formas de regulação dos convênios SUDS e das respectivas prestações de contas. Também foram elaboradas medidas legais específicas voltadas para a transferências de recursos para o investimento em saúde, através de termos aditivos aos convênios SUDS anteriormente assinados junto aos Estados.⁶⁵

Pode-se dizer que a administração Serrão, em que pese o advento de alguns avanços na regulação do SUS, retomou algumas formas que permitiam repassar os recursos aos Estados de forma clientelista. Não é por outro motivo que essa administração caracterizou-se por um forte aumento na heterogeneidade dos repasses realizados aos Estados e Municípios, como será visto na próxima parte do presente relatório.

5. Os recursos transferidos aos estados ao longo das AIS e do SUDS

Uma das formas de verificar a efetividade do processo de descentralização posto em marcha a partir de 1983 é avaliar a magnitude dos recursos que foram transferidos às esferas locais ao longo do período em análise. Podemos identificar, claramente, três períodos distintos: AIS Velha-República (1983-1984); AIS Nova-República (1985-1986) e SUDS (1987-1989).

⁶⁴ Ver as portarias do INMAMPS de No. 4190, de 10/03/88 e No. 4203, de 06/04/88.

⁶⁵ Ver, sobre este ponto, a portaria No. 4403 de 18/01/89 e o termo aditivo No. 01/89 aos convênios SUDS.

Ao longo da Velha República pode-se dizer que os recursos federais repassados para o financiamento dos sistemas de saúde nas esferas locais de Governo foram bastante tímidos. As AIS estavam ainda em seu início, sendo muito mais importante o caráter exploratório dos novos convênios do que o estabelecimento da transferência de recursos em massa, sem o correspondente sistema de controle da aplicação dos mesmos. A tabela IV.2 e o gráfico IV.3 mostram como se altera a distribuição dos gastos do INAMPS ao longo do período 1981-1989.

Observa-se que até 1984 a parcela dos gastos do INAMPS com programas locais, como as AIS, não passou de 6% do total dos recursos desembolsados pelo referido órgão. Somente com a Nova República ocorreu um aumento efetivo dos gastos com estas esferas a título das AIS. Ao final de seu funcionamento, em 1986, as AIS já absorviam cerca de 12,3% dos recursos gastos pelo INAMPS.

Com o advento do SUDS, em 1987, a parcela de recursos do INAMPS a disposição das esferas locais aumenta consideravelmente, passando para 30,4%, em 1987 e chegando a 52,6%, em 1988. A saída de Hésio Cordeiro fez com que, em 1989 as transferências aos Estados e Municípios tivessem ligeira retração, sem comprometer, no entanto, a tendência à descentralização financeira dos recursos do INAMPS.

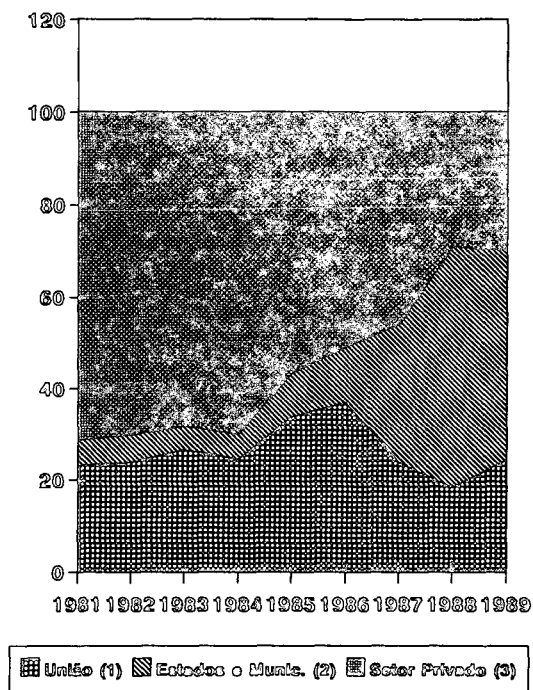
O gráfico IV.3 mostra mais claramente o espaço que os recursos recebidos das esferas locais passaram a representar diante da retração dos gastos com serviços privados contratados e com unidades próprias do INAMPS e hospitais universitários. Cabe ressaltar, no entanto, que o aumento dos gastos com transferências a Estados e Municípios representou, de um lado, um rebaixamento dos valores constantes nas tabelas de pagamento ao setor privado e, por consequência, uma efetiva saída dos estabelecimentos privados contratados que prestavam serviços de melhor qualidade ao INAMPS.

Os estabelecimentos que se desligaram do INAMPS foram aqueles cujos serviços eram fornecidos em melhores condições de qualidade sem o uso freqüente da fraude. Estes conseguiram espaço para credenciamento junto ao segmento de medicina supletiva⁶⁶ que crescia em larga escala, dada a necessidade das empresas em buscar soluções de melhor qualidade da assistência médica aos seus funcionários.

⁶⁶ Compreende-se por medicina supletiva o segmento composto pelo setor privado autônomo não dependente do setor público, que opera nas modalidades de medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos auto-administrados pelas empresas. Sobre este assunto ver MEDICI, A.C., "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento", Relatórios Técnicos O2/90, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro (RJ), 1990.

Gráfico IV-3

INAMPS: GASTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA POR TIPO DE PRESTADOR: 1981-1989



- (1) Unidades próprias + hosp. univ.
- (2) Secretarias estaduais e municip.
- (3) Lucrativos, filantr., empresas e sindic.

(em percentuais)

Já os estabelecimentos que mantiveram o credenciamento do INAMPS eram, em sua maioria, aqueles que não tinham condições de sobreviver somente com a demanda oriunda do mercado. Praticavam fraudes com mais frequência e utilizavam os recursos do INAMPS como forma de manter seus custos operacionais. Eram comuns, no interior destes estabelecimentos, os maus tratos aos pacientes oriundos do INAMPS, além

Tabela IV.2^a
**DISTRIBUIÇÃO (%) DAS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO
 INAMPS POR TIPO DE PRESTADOR, BRASIL 1981 - 1989**

Tipo de prestador	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sindicatos	2.8	2.0	1.7	1.2	1.2	1.0	0.8	0.1	-
Empresas	3.4	3.2	2.0	1.1	0.9	0.4	0.3	0.0	-
Filantrop.	3.7	4.0	3.6	2.4	2.7	1.7	4.3	0.3	0.2
Gov. Loc ^b	5.7	6.0	5.2	5.4	9.8	12.3	30.4	52.6	45.9
Univers.	2.5	3.2	3.7	3.1	3.7	5.0	4.9	0.4	-
Un. Propr.	20.5	20.5	22.8	21.4	29.9	31.8	18.8	17.9	24.3
Privados	61.4	61.2	60.9	65.5	49.8	47.7	40.5	28.4	29.6

Fonte: INAMPS-SP/DIS.

^a Transferências para Programas de Assistência Médica mantidos por Estados e Municípios, incluindo os recursos repassados para AIS (até 1986) e SUDS (a partir de 1987).

^b Esta tabela foi extraída de MEDICI, A.C., "Descentralização e Informação em Saúde" in Planejamento e Políticas Públicas, No. 5, junho de 1991, Ed. IPEA, Brasília (DF), pp. 5-30.

de outras práticas como "cobrança por fora" pelos serviços. ¹⁶⁷Todesses fatores faziam com que boa parte do setor privado contratado restante, na ausência de mecanismos enérgicos de auditoria e descredenciamento, por parte do INAMPS, atuassem de forma contrária aos interesses e objetivos da reforma sanitária em curso. Boa parte da responsabilidade, assim, recaía sobre próprio Estado, seja pela sua incapacidade financeira em pagar valores adequados, seja pela sua incapacidade técnica e administrativa de fiscalizar e acompanhar a qualidade dos serviços prestados.

a) As AIS e as transferências regionais preferenciais

Caberia ainda outra indagação: que Estados foram mais beneficiados com as transferências de recursos realizadas durante a vigência das AIS e do SUDS? Qual a lógica que orientou a preferência regional por estes

⁶⁷ Dados do Suplemento Especial de Acesso aos Serviços de Saúde da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 1986 mostram que 34,6% das pessoas que utilizaram serviços de saúde no Brasil, tiveram que pagar pelo atendimento. Este percentual é alto, inclusive entre as famílias de baixa renda, onde 15,2% das famílias com renda familiar per-capita de até 1/2 salário mínimo tiveram que pagar pelo atendimento. Ver sobre o assunto MEDICI, A.C. e CAMPOS, M.R., "Brasil: Padrões de Morbidade e Utilização dos Serviços de Saúde: Uma Análise da PNAD 1986. in Relatórios Técnicos ENCE/IBGE, 08/92, Rio de Janeiro (RJ), maio de 1992.

repasses? A tabela IV.3 e o gráfico IV.4 mostram a evolução dos recursos transferidos aos Estados e Municípios, a título das AIS, por Região e Unidade da Federação, entre 1983 e 1985.⁶⁸ A primeira questão a destacar é o crescimento absoluto dos recursos destinados as AIS ao longo destes 3 anos (ver tabela IV.3). Entre 1983 e 1984 os gastos do INAMPS com as AIS aumentam 9,3 vezes e entre 1984 e 1985 crescem 2,4 vezes. Esse crescimento pode explicar a importância que o programa assume ao longo do tempo.⁶⁹

Do ponto de vista da dispersão dos recursos das AIS pelos Estados, observa-se que entre 1984 e 1985 há uma redistribuição das transferências, onde os Estados da Região Sudeste e o Distrito Federal perdem posição em prol dos demais Estados e Regiões. Mesmo assim, os Estados da Região Sudeste, em 1985, ainda concentravam 50,1% dos recursos das AIS, seguindo-se os da Região Nordeste, com 28%. Com o aumento das transferências federais para os Estados e Municípios do Nordeste vai se tornando possível viabilizar a operação de boa parte da rede PIASS que se encontrava sem funcionamento em virtude da necessidade de recursos reais para sua operação e manutenção. Pequenas cidades, do interior nordestino, cujos serviços de saúde mais próximos situavam-se entre duas e seis horas de distância, poderiam contar agora com um atendimento mais próximo, ainda que circunscrito às estratégias de atenção primária.

A enorme expansão da rede pública de saúde nos anos oitenta, particularmente a ambulatorial, integrou-se com as estratégias de descentralização.

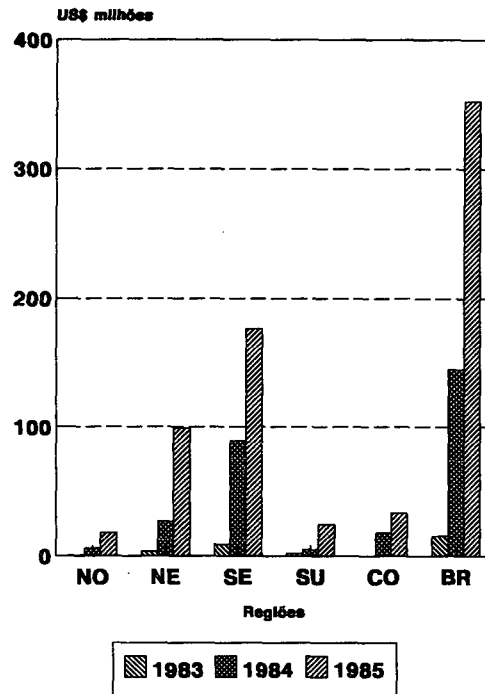
Os dados da tabela IV.3 revelam ainda que alguns Estados, como o Maranhão, dobram sua participação relativa na passagem de 1984 para 1985. Este Estado, em 1985, recebeu cerca de 5,6% dos recursos transferidos pelo Governo Federal a título das AIS, demonstrando uma curiosa relação entre a naturalidade do então Presidente da República José Sarney e o fato

⁶⁸ Para efeitos dessa parte consideramos que o período virtual abrangido pelas AIS foi o de 1983 e 1985. Embora a lei que tenha definido o SUDS só tenha se iniciado realmente a partir de julho de 1987, os anos de 1986 e 1987 já correspondem a uma lógica de atuação próxima ao funcionamento do SUDS. É nesse sentido que consideramos todo o período 1986-1989 como o período SUDS, onde a lógica de gasto, em que pese a troca de Hésio Cordeiro por Alberto Serrão na Presidência do INAMPS, foi mais ou menos homogênea.

⁶⁹ Vale destacar que em 1983 e mesmo antes existiam alguns programas que envolviam transferência de recursos do INAMPS para Estados e Municípios. Ao longo do desenvolvimento das AIS, pelo menos em seus primeiros dois anos, há um crescimento deste programa no bojo das transferências aos Estados.

Gráfico IV-4

**AIS - RECURSOS TRANSFERIDOS AOS
ESTADOS E MUNICÍPIOS: 1983-1985**



(em US\$ milhões de Dezembro de 1990)

Outro Estado contemplado foi o do Rio de Janeiro, que com cerca de 9% da população do país recebeu cerca de 22% dos recursos das AIS. O mesmo não pode ser dito em relação a São Paulo, que recebeu transferências ligeiramente inferiores aos 21% de população que detinham.

Uma análise dos recursos em termos per capita (tabela IV.4) permitiria conhecer que Estados foram mais beneficiados com os recursos transferidos pelas AIS EM 1985. Verifica-se que os recursos transferidos pelas AIS, em termos per capita eram efetivamente muito baixos, tanto em termos da população total como no que se refere a população coberta, situando-se na

Tabela IV.3
**VALORES REPASSADOS AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS
 DE SAÚDE ATRAVÉS DA SAIS - BRASIL E UNIDADES
 DA FEDERAÇÃO: 1983-1985**
(em US\$ milhões de Dezembro de 1990)

Regiões/UF'S	1983		1984		1985	
Norte	0.8	(5.1%)	6.0	(4.1%)	18.0	(5.1%)
AM	-	-	1.7	(1.2%)	5.2	(1.5%)
PA	-	-	-	-	3.7	(1.0%)
AC	-	-	1.5	(0.8%)	2.9	(0.8%)
RO	0.8	(5.1%)	2.8	(1.8%)	6.2	(1.8%)
Nordeste	3.7	(23.7%)	27.0	(19.5%)	99.2	(28.2%)
AL	-	-	6.0	(4.1%)	10.8	(3.1%)
BA	-	-	-	-	11.9	(3.4%)
CE	1.5	(9.6%)	3.7	(2.5%)	14.9	(4.2%)
MA	0.5	(3.2%)	4.1	(2.8%)	19.6	(5.6%)
PB	-	-	2.1	(1.4%)	5.8	(1.6%)
PE	-	-	7.2	(5.0%)	26.0	(7.4%)
PI	0.3	(1.9%)	1.6	(1.1%)	4.5	(1.3%)
RN	1.4	(9.0%)	1.7	(1.2%)	2.9	(0.8%)
SE	-	-	0.6	(0.4%)	2.8	(0.8%)
Sudeste	8.9	(56.3%)	89.3	(61.6%)	176.5	(50.1%)
ES	-	-	5.8	(4.0%)	6.0	(1.7%)
MG	0.4	(2.6%)	10.2	(7.0%)	20.1	(5.7%)
RJ	3.1	(19.1%)	34.5	(23.8%)	76.8	(21.8%)
SP	5.4	(34.6%)	38.8	(26.8%)	73.6	(20.9%)
Sul	2.2	(14.1%)	4.9	(3.4%)	24.7	(7.0%)
PR	-	-	-	-	13.8	(3.9%)
RS	-	-	3.5	(2.4%)	9.5	(2.7%)
SC	2.2	(14.1%)	1.4	(1.0%)	1.4	(0.4%)
C. oeste	-	-	18.1	(12.4%)	33.5	(9.6%)
MS	-	-	0.8	(0.6%)	3.5	(1.0%)
GO	-	-	1.2	(0.8%)	6.3	(1.8%)
MT	-	-	0.5	(0.3%)	2.6	(0.7%)
DF	-	-	15.6	(10.7%)	21.4	(6.1%)
Brasil	15.6	(100.0%)	145.3	(100.0%)	352.2	(100.0%)

Fonte: Dados primários obtidos, em valores correntes do Relatório do INAMPS de 1985.

faixa de US\$ 2,78 e US\$ 3,96 por habitante ano, respectivamente. Uma análise dos dados transferidos por Estado nos permite observar que:

i) Considerando-se a população total, os Estados que receberam recursos *acima da média* foram: Alagoas, Amazonas, Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Acre e Rondônia. Os que

Tabela IV.4
RECURSOS PER-CAPITA DISTRIBUIDOS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS
ATRAVÉS DAS AIS NO ANO DE 1985
(em US\$ Dezembro de 1990)

Regiões/UF'S	População total	População coberta	Gasto per-capita ^a	Gasto per-capita ^a
Norte	6 850 308	3 288 777	2.63	5.47
AM	1 698 791	1 96 000	3.06	4.74
PA	4 084 740	1 126 000	0.91	3.29
AC	349 431	349 431	3.30	3.30
RO	717 346	17 346	8.64	8.64
Nordeste	38 552 981	23 700 435	2.57	4.18
AL	2 207 978	2 207 978	4.89	4.89
BA	10 943 953	360 000	1.09	33.05
CE	5 748 242	3 418 000	2.59	4.36
MA	4 393 460	3 249 000	4.46	6.03
PB	2 958 145	2 958 145	1.96	1.96
PE	6 565 069	6 565 069	3.96	3.96
PI	2 329 688	2 329 688	1.93	1.93
RN	2 117 891	1 324 000	1.37	2.19
SE	1 288 555	1 288 555	2.17	2.17
Sudeste	56 206 025	40 942 648	3.14	4.31
ES	2 266 922	2 266 922	2.65	2.65
MG	14 407 074	4 655 000	1.40	4.32
RJ	11 861 726	11 861 726	6.47	6.47
SP	27 670 303	22 159 000	2.69	3.32
Sul	20 355 397	16 604 568	1.21	1.49
PR	7 977 242	7 977 242	1.73	1.73
RS	8 362 326	8 362 326	1.14	1.14
SC	4 015 829	265 000	0.35	5.28
C. oeste	8 531 834	4 421 073	3.93	7.58
MS	1 542 269	1 542 269	2.27	2.27
GO	4 319 660	935 000	1.46	6.74
MT	1 318 101	592 000	1.97	4.39
DF	1 351 804	1 351 804	15.83	15.83
Brasil	126 448 970	88 957 501	2.78	3.96

^a Gasto per-capita sobre a população total.

^b Gasto per capita sobre a população coberta e permitiu uma efetiva expansão de cobertura dos serviços de saúde, em moldes anteriormente nunca observados.

receberam recursos *abaixo da média* foram Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe.

ii) Considerando-se a população efetivamente coberta, receberam recursos *acima da média* os Estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Distrito Federal, Acre e Rondônia e *abaixo da média* os de Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Pará, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe.

iii) Os Estados de Roraima e Amapá não receberam recursos das AIS no período 1983-1985.

iv) Em 1985, as Regiões Centro-Oeste e Sudeste foram as que receberam maiores recursos per capita, transferidos a título das AIS. Analogamente, a Região Sul foi a que recebeu proporcionalmente menos recursos per capita. Pode-se dizer que o Norte e o Nordeste situaram-se nas faixas intermediárias, recebendo entre US\$ 2,00 e US\$ 3,00 per capita naquele ano.

Outra forma de analisar a distribuição dos recursos do período AIS consiste em considerar os recursos totais transferidos no período 1983-1985, conforme mostra a tabela IV.5, comparando-os com a população de cada Estado.

O gráfico IV.5 mostra que, em termos relativos, ocorreu uma situação onde, ao longo de todo o período 1983/85, somente as Regiões Sudeste e Centro-Oeste receberam recursos proporcionalmente maiores que suas respectivas populações. O caso mais gritante foi o da Região Sul, que com 15,2% da população do país recebeu somente 6,2% dos recursos das AIS.

Observa-se que somente oito Estados obtiveram, ao longo de todo o período de existência das AIS, transferências de recursos proporcionalmente superiores a população. Foram eles Acre, Maranhão, Pernambuco, Alagoas, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal. Podemos dividir estas Unidades da Federação em dois grupos: o dos *casuísmos políticos regionais* (Acre, Maranhão, Pernambuco, Alagoas e Espírito Santo) e o do *poder dos lobbies públicos e privados* (Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal).

Cada um dos casuísmos políticos regionais tem histórias diferentes. O caso do Maranhão pode ser justificado, basicamente pela alta proporção de recursos transferidos no primeiro ano do Governo do Presidente José Sarney que, coincidentemente, era maranhense. No caso de Alagoas, deve-se destacar a existência de uma aliança política do Governador do Estado (na época o futuro presidente Fernando Collor de Mello) e o Presidente Sarney. Acrescente-se ainda que o Secretário da Saúde empossado em Alagoas (1985) acumulou adicionalmente o cargo de Superintendente Regional do INAMPS, o que lhe conferiu poder suficiente para angariar mais recursos.

Os Estados detentores de poder político e de *lobbies* econômicos também apresentam particularidades. São Paulo, com sua imensa rede de

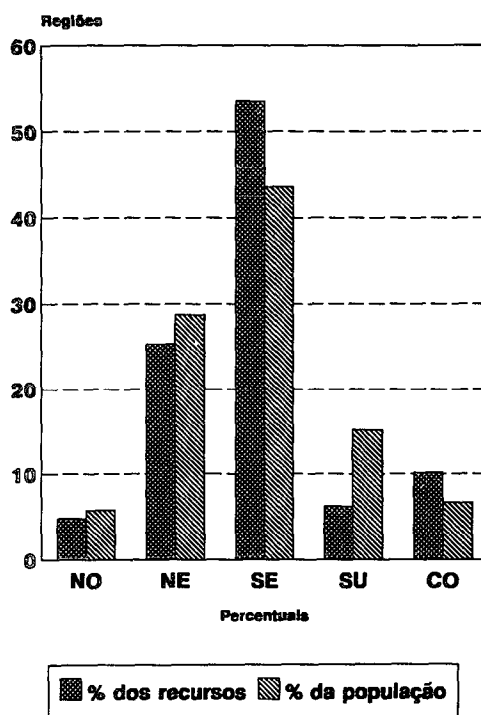
Tabela IV.5
TRANSFERÊNCIAS TOTAIS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS
DURANTE AS AIS 1983-1985
(em US\$ milhoes)

Estados	Recursos	% Recursos	% População
Brasil	513.1	100.0	100.0
Norte	24.8	4.8	5.8
AM	6.9	1.3	1.3
PA	3.7	0.7	3.2
AC	4.4	0.9	0.3
RO	9.8	1.9	0.7
RR	-	-	0.1
AP	-	-	0.2
Nordeste	129.9	25.3	28.7
MA	24.2	4.7	3.4
PI	6.4	1.2	1.8
CE	20.1	3.9	4.3
RN	6.0	1.2	1.6
PB	7.9	1.5	2.2
PE	33.2	6.5	4.9
AL	16.8	3.3	1.6
SE	3.4	0.7	1.0
BA	11.9	2.3	7.9
Sudeste	274.7	53.5	43.6
MG	30.7	6.0	10.7
ES	11.8	2.3	1.7
RJ	114.4	22.2	9.4
SP	117.8	23.0	21.8
Sul	31.8	6.2	15.2
PR	13.8	2.7	6.0
SC	5.0	1.0	3.0
RS	13.0	2.5	6.2
Centro-oeste	51.9	10.2	6.7
MT	3.1	0.6	1.1
MS	4.3	0.8	1.2
GO*	7.5	1.5	3.2
DF	37.0	7.3	1.2

Fonte: Dados Primários Obtidos através do Relatório do INAMPS de 1985.

idades de médio e grande porte, com o poderio econômico das empresas e sindicatos e com a força política das corporações médicas, conseguiu, de alguma forma, manter uma fatia dos recursos ligeiramente maior que o peso de sua população. Já o Rio de Janeiro e Brasília eram unidades da federação que abrigavam a burocracia pública, seja dos Minsitérios da

Gráfico IV-5
**AIS: RECURSOS POR POPULAÇÃO - DISTRIBUIÇÃO
 ACUMULADA 1983-1985**



(em %)

Saúde e Previdência Social, seja do próprio INAMPS. A proximidade do poder, neste caso, favorecia canais privilegiados de informação e acesso aos recursos negociados pela burocracia estadual do setor saúde.

Assim, um balanço econômico das transferências feitas a título das AIS entre 1983-1985, excluindo-se casuísmos como o maranhense, o alagoano e outros, demonstra que foram privilegiadas, em grande medida, as Unidades da Federação que tradicionalmente já gastavam mais com saúde. Estas Unidades, especialmente Rio de Janeiro e Brasília, eram as que detinham um aparelho público federal de grandes proporções. Portanto, a

soma do transferido, através das AIS, para as administrações locais com o recurso aplicado diretamente pelo INAMPS é capaz de demonstrar o grande poder de mobilização de interesses regionais capitaneado por estas Unidades da Federação.

b) O SUDS e a busca de maior equidade regional nos repasses

A busca de maior equidade na distribuição de recursos do SUS deveria levar o poder público a repartir os recursos de forma assimétrica, isto é, realizar transferências segundo critérios que privilegiassem as regiões mais desassistidas. No entanto, tal distribuição não poderia ser feita sem planos ou critérios técnicos. A Programação e Orçamentação Integrada (POI) procurou ser um instrumento *técnico*, no sentido de garantir que os repasses de recursos fossem justificados tecnicamente a partir de um plano de saúde que envolvesse metas tangíveis de cobertura e *didático*, no sentido de formar ao nível de cada Estado, grupos de planejadores que tivessem a preocupação de integrar os diversos níveis de assistência médica ofertada pelos sistemas de saúde existentes (federais, estaduais e municipais), evitando duplicações e promovendo a expansão da cobertura.

O período marcado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) pode ser dividido em dois momentos: Os anos 1986-1987,⁷¹ que marcam a administração Hésio Cordeiro, como presidente do INAMPS e coordenador do programa, e o período 1988-89, marcado pela administração de Alberto Serrão, que substituiu Hésio Cordeiro em função das pressões políticas locais. O SUDS foi criado na administração Hésio Cordeiro, o qual tentou imprimir algumas características técnicas ao mesmo, destacando-se:

i) ênfase no papel dos Estados na coordenação do processo de municipalização dos serviços de saúde. Os convênios passaram, dessa forma, a serem realizados diretamente com os Estados, em contraposição ao processo das AIS que em alguns casos avançou a municipalização sem a intermediação dos Estados, por não haver interlocutores estaduais programaticamente definidos.⁷² Por outro lado, o SUDS beneficiou-se das eleições de novos governadores em 1986, onde o PMDB, partido do Governo,

⁷¹ Ver nota de rodapé No. 32.

⁷² Um caso clássico foi o ocorrido no Paraná onde a administração estadual da saúde no período de vigência das AIS não teve intenção específica de absorver o programa AIS. Resultou dessa ação um avanço dos convênios realizados diretamente entre o nível federal e os Municípios. As eleições de 1986 redefiniram essa situação.

teve expressiva maioria, possibilitando um maior entrosamento político entre o INAMPS e os Estados para a execução do programa;

ii) ênfase na articulação técnica dos repasses através de instrumentos como a POI, tendo em vista ressaltar o caráter redistributivo dos recursos a serem transferidos para as esferas locais. Naquela época discutiam-se critérios objetivos para o repasse dos recursos e a variável população era apenas uma das que seriam definidas para levar adiante fórmulas específicas de repasse.

Os dados das tabelas IV.6, IV.7, IV.8 e IV.9 e o gráfico IV.6 permitem demonstrar que na primeira fase do SUDS (1986 e 1987) administrada pela gestão Hésio Cordeiro no INAMPS, houve todo um esforço para privilegiar, através dos repasses, as regiões mais carentes do país como o Norte e Nordeste e Centro-Oeste. Nesses anos estas três regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações. Analogamente, as Regiões com maior grau de desenvolvimento –Sudeste e Sul, receberam recursos de forma proporcionalmente menor do que suas respectivas populações.

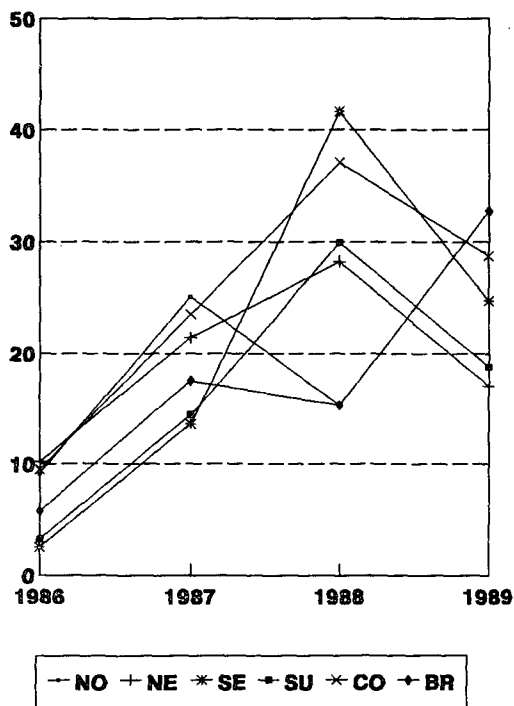
Entre 1986 e 1987 foram registradas fortes taxas de crescimento dos repasses em Estados como Rondônia, Amazonas, Pará e Roraima. Os Estados Nordestinos que mais se beneficiaram no recebimento de recursos do SUDS foram Bahia, Ceará e Alagoas. O primeiro, com as eleições de 1986, passou a ser Governado pelo 1o. Ministro da Previdência Social da Nova República, Waldyr Pires. No caso da Região Sudeste, cabe comentar que houve considerável aumento das transferências do SUDS entre 1986 e 1987, especialmente para os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Na Região Sul os maiores aumentos de recursos entre 1986 e 1987 foram localizados nos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Já no Centro-Oeste os aumentos concentraram-se mais em Goiás e Distrito Federal.

Com a saída de Hésio Cordeiro da direção do INAMPS, ocorreu um movimento de aumento da participação das regiões Sudeste e Sul na absorção dos repasses recebidos do INAMPS, retomando tendências de centralização dos recursos. Assim, entre 1987 e 1989 há um *trade off* entre a participação do Nordeste e do Sudeste no total dos recursos transferidos pelo SUDS. O Nordeste tem uma queda de participação de 35,6% para 22%, enquanto o Sudeste aumenta sua participação de 33,4% para 46,8%.⁷³

⁷³ Cabe comentar, no entanto que desde 1986 a participação do Sudeste no total das transferências aumenta, passando de 18,8% para 52,1% entre 1986 e 1988 e diminuindo em 1989 para 46,8%. Analogamente, a participação do Nordeste caiu incessantemente entre 1986 e 1989, passando de 51,5% para 22% do total dos recursos transferidos pelo SUDS para as esferas locais de Governo.

Gráfico IV-6
**SUDS: RECURSOS PER CAPITA
 POR REGIÃO 1986-1989**



(em percentuais)

Portanto, uma análise global do movimento do SUDS nos leva a pensar que, a despeito das tentativas de transferir mais recursos para as regiões mais pobres do país, ocorre uma recuperação do peso das regiões mais ricas na massa de repasses.

Outro ponto a destacar diz respeito ao aumento da heterogeneidade dos recursos transferidos em termos per capita. A tabela IV.9 mostra que em 1989 as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste recebiam, em termos per capita valores próximos ao dobro da média nacional, enquanto o Sul e o Sudeste recebiam quase a metade. No entanto, entre o período 1986 e 1989 ocorrem algumas importantes transformações nesta relação, cabendo destacar:

Tabela IV.6
**DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS TRANSFERIDOS PARA AS
SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE 1986-1989**
(em US\$ milhões de dez de 1990)

Estados	1986	1987	1988	1989
Brasil	766.0	2 369.5	4 720.6	3 173.2
Norte	76.0	217.0	137.9	308.2
AM	22.3	54.2	37.2	92.5
PA	23.4	72.9	56.5	94.7
AC	14.7	16.4	7.1	22.2
RO	11.3	50.5	20.2	62.4
RR	4.3	8.9	3.9	26.9
AP	-	14.1	13.0	9.5
Nordeste	394.2	844.4	1 133.7	696.7
MA	25.8	27.0	48.6	80.6
PI	41.8	19.9	49.3	39.9
CE	39.3	122.1	156.5	115.5
RN	53.9	69.5	55.6	62.8
PB	27.6	51.7	53.9	46.1
PE	66.4	104.9	268.2	111.3
AL	33.6	88.3	59.1	51.4
SE	28.6	39.0	70.8	24.7
BA	77.2	322.0	371.6	164.4
Sudeste	143.9	790.4	2 459.5	1 484.3
MG	57.3	117.4	339.0	204.8
ES	19.4	51.4	81.7	46.5
RJ	21.5	235.8	545.3	410.4
SP	45.7	385.8	1 493.5	822.6
Sul	67.0	301.2	634.5	403.7
PR	24.9	92.3	167.0	133.5
SC	18.5	101.7	160.8	66.4
RS	23.6	107.2	306.7	203.8
Centro-oeste	84.9	216.5	351.4	280.3
MT	26.3	30.9	25.1	21.3
MS	19.8	36.2	23.0	27.7
GO ^a	28.6	90.9	220.1	142.8
DF	10.2	58.5	83.2	88.5

^a Inclui o Estado do Tocantins. Dados Primários Obtidos do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

i) As transferências federais per capita para as esferas locais quadruplicam em termos de valores reais, passando de US\$5,76 para US\$ 22,55, em termos médios nacionais;

Tabela IV.7
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS FEDERAIS
 TRANSFERIDOS PARA AS SECRETARIAS ESTADUAIS E
 MUNICIPAIS DE SAÚDE 1986-1989**

Estados	1986	1987	1988	1989
Brasil	100.0	100.0	100.0	100.0
Norte	9.9	9.2	2.9	9.7
AM	2.9	2.3	0.8	2.9
PA	3.1	3.1	1.2	3.0
AC	1.9	0.7	0.2	0.7
RO	1.5	2.1	0.4	2.0
RR	0.5	0.4	0.1	0.8
AP	-	0.6	0.2	0.3
Nordeste	51.5	35.6	24.0	22.0
MA	3.4	1.1	1.0	2.5
PI	5.5	0.8	1.0	1.3
CE	5.1	5.2	3.3	3.6
RN	7.0	2.9	1.2	2.0
PB	3.6	2.2	1.1	1.5
PE	8.7	4.4	5.7	3.6
AL	4.4	3.7	1.2	1.6
SE	3.7	1.7	1.5	0.8
BA	10.1	13.6	8.0	5.1
Sudeste	18.8	33.4	52.1	46.8
MG	7.5	5.0	7.1	6.4
ES	2.5	2.1	1.7	1.4
RJ	2.8	10.0	11.6	12.9
SP	6.0	16.3	31.7	25.9
Sul	8.7	12.7	13.4	12.7
PR	3.2	3.9	3.5	4.2
SC	2.4	4.3	3.4	2.1
RS	3.1	4.5	6.5	6.4
Centro-oeste	11.1	9.1	7.4	8.9
MT	3.4	1.3	0.5	0.7
MS	2.6	1.5	0.5	0.9
GO ^a	3.7	3.8	4.7	4.5
DF	1.4	2.5	1.7	2.8

^a Inclui o Estado do Tocantins. Dados Primários Obtidos do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. (CONASEMS).

ii) Todas as regiões tem aumentos reais de valores per capita transferidos, no entanto no Sudeste estes valores praticamente decuplicam, enquanto que no Nordeste o aumento é inferior a 70%. Assim, o Nordeste, que em 1986 tinha o maior valor transferido per capita (US\$ 10,17) passa

Tabela IV.8
**TAXAS ANUAIS DE CRESCIMENTO DOS RECURSOS FEDERAIS
TRANSFERIDOS PARA AS SECRETARIAS ESTADUAIS E
MUNICIPAIS DE SAÚDE 1986-1989**
(em percentuais)

Estados	1986/85	1987/86	1988/87	1989/88
Brasil	117.5	209.3	99.2	-32.8
Norte	322.2	185.5	-36.5	123.5
AM	328.8	143.0	-31.4	148.7
PA	532.4	211.5	-22.5	67.6
AC	406.9	11.6	-56.7	212.7
RO	82.3	336.9	-60.0	208.9
RR	-	107.0	-56.2	589.7
AP	-	-	-7.8	-26.9
Nordeste	297.4	114.2	34.3	-38.5
MA	31.6	5.5	80.0	65.8
PI	828.9	-52.4	147.7	-19.1
CE	163.8	210.7	28.2	-26.2
RN	1758.6	28.9	-20.0	12.9
PB	375.9	87.3	4.3	-14.5
PE	155.4	58.0	155.7	-58.5
AL	211.1	162.8	-33.1	-13.0
SE	921.4	36.4	81.5	34.9
BA	548.7	317.1	15.4	-55.8
Sudeste	-47.8	449.3	211.1	-39.7
MG	185.1	104.9	188.8	-39.6
ES	223.3	164.9	58.9	-43.1
RJ	-72.0	996.7	131.3	-24.7
SP	-37.9	744.2	287.1	-44.9
Sul	171.3	349.6	110.7	-36.4
PR	80.4	270.7	80.9	-20.0
SC	1221.1	449.7	58.1	-58.7
RS	148.4	454.2	186.1	-33.6
Centro-oeste	151.1	155.0	62.3	-20.2
MT	911.5	17.5	-18.8	-15.1
MS	465.7	82.8	-36.5	20.4
GO ^a	354.0	217.8	142.1	-35.1
DF	-52.3	473.5	42.2	6.4

^aInclui o Estado do Tocantins. Dados Primários Obtidos do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

em 1989 a ter o menor (US\$ 17,04). No entanto a Região Norte é, em termos per capita a mais beneficiada, passando do terceiro posto em 186 (US\$9,12) para o primeiro em 1989 (US\$32,79);

Tabela IV.9
**RECURSOS FEDERAIS PER CAPITA TRANSFERIDOS PARA AS
SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS
DE SAÚDE 1986-1989**

Estados	1986	1987	1988	1989
Brasil	5.76	17.49	34.19	22.55
Norte	9.12	25.06	15.31	32.79
AM	12.67	29.78	19.79	47.43
PA	5.52	16.60	12.39	20.02
AC	40.83	44.32	18.68	56.92
RO	14.67	60.84	22.44	64.33
RR	30.71	59.33	24.38	149.44
AP	-	58.75	52.00	36.54
Nordeste	10.17	21.40	28.22	17.04
MA	5.76	5.92	10.45	17.00
PI	17.64	8.26	20.12	16.02
CE	6.73	20.56	25.91	18.81
RN	24.95	31.44	24.60	27.19
PB	9.07	17.01	17.50	14.78
PE	9.98	15.56	39.27	16.08
AL	4.86	38.22	25.04	21.42
SE	21.67	28.89	50.94	17.39
BA	7.24	29.57	33.45	14.50
Sudeste	2.52	13.60	41.62	24.70
MG	3.92	7.91	22.51	13.39
ES	8.36	21.69	33.62	18.75
RJ	1.79	19.49	44.62	33.26
SP	1.62	13.40	21.60	13.47
Sul	3.25	14.41	29.93	18.79
PR	3.09	11.37	20.39	16.14
SC	4.51	24.33	37.66	15.23
RS	2.78	12.45	35.09	23.00
Centro-oeste	9.51	23.50	37.07	28.75
MT	12.53	22.35	13.86	16.29
MS	16.88	18.84	14.51	11.70
GO ^a	6.47	20.04	47.64	30.25
DF	7.34	40.90	56.60	58.60

^a Inclui o estado do Tocantins. Dados primários obtidos do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

iii) A Região Sudeste passou do último (US\$2,52) para o terceiro posto (US\$24,70) em termos de valor per capita transferido, ficando abaixo, apenas do Nordeste e do Sul.

iv) As discrepâncias das transferências tendem a aumentar fortemente no período. Assim o desvio padrão dos valores per capita transferidos aumenta de 11,03 em 1986 para 29,71 em 1989.⁷⁴ Neste último ano, a maior transferência percapita (US\$ 149,44 em Roraima) era quase 13 vezes mais elevada que a menor (US\$11,70 no Mato Grosso do Sul).

Portanto, pode-se dizer que em que pese todos os esforços feitos, os recursos transferidos aos Estados a título do SUDS foram feitos de forma bastante desigual. A ausência de critérios técnicos para transferir recursos e a subordinação da magnitude das transferências a critérios de ordem política não propiciou que os recursos fossem repassados tendo em vista uma maior equidade do desenvolvimento dos sistemas loco-regionais de saúde.

Por outro lado, a mudança dos dirigentes do INAMPS –resultado das composições políticas do final do Governo Sarney– trouxe prejuízos na direcionalidade do processo de descentralização dos recursos que, durante a administração Hésio Cordeiro, teve maior compromisso com as necessidades dos Estados expressas na Programação e Orçamento Integrada (POI), onde cada Estado fixava suas necessidades de recursos e os resultados a serem obtidos.

Muitos afirmam, no entanto, que o papel do SUDS não seria repartir igualmente os recursos pelo critério populacional, mas sim chegar a uma situação de equidade de gasto per capita através dos recursos efetivamente disponíveis em cada Estado, com base num mix de fontes federais, estaduais e municipais de receita.

Se esta foi a intenção, deveria ter permanecido a tendência em alocar mais recursos no Nordeste, e não no Sudeste, dado que esta última região conta, pela própria natureza de suas atividades econômicas e de suas receitas, com mais recursos próprios para aplicar em programas de saúde.

⁷⁴ Os valores do desvio padrão das transferências aos Estados foram 11,03 em 1986; 18,06 em 1987, 14,36 em 1988 e 29,71 em 1989.

Capítulo V

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O SUS

O escopo e a abrangência da atual política de saúde no Brasil encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Do ponto de vista dos interesses federativos, três questões se sobrepõem como relevantes.

Em primeiro lugar, toda a política de saúde nacional passa a ser regida no bojo de um Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema apresenta, entre suas principais características, a existência de um comando único em cada esfera de Governo. É nesse sentido que a filosofia do SUS levaria, alguns anos mais tarde, à transferência do INAMPS⁷⁵ para o Ministério da Saúde e, posteriormente, à própria extinção do INAMPS.⁷⁶

Em segundo lugar, cabe ressaltar que um dos princípios organizacionais básicos do SUS passa a ser o da descentralização, isto é, as ações de saúde passam a ser co-responsabilidade da União, Estados e Municípios, cabendo a essas duas últimas esferas a primazia da

⁷⁵ A transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde ocorreu no momento da reforma Ministerial do Governo Collor ocorrida em março de 1990, no momento imediato de sua posse. Foi nomeado como primeiro presidente do novo órgão o ex-diretor do hospital universitário da Universidade Federal do Paraná Ricardo Ackel enquanto o Ministro da Saúde foi o então Deputado Alcenir Guerra, também do Paraná.

⁷⁶ A extinção do INAMPS ocorreu em julho de 1993, sendo suas funções de coordenação, controle e financiamento aos Estados e Municípios absorvidas pela Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde. No momento estava acumulando a direção do INAMPS e a Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde o ex-deputado paulista Carlos Eduardo Mosconi, enquanto que o Ministro da Saúde era o carioca do PSB Jamil Haddad.

nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais.⁷⁷

A idéia de um comando único em cada esfera de Governo, implicava, por outro lado, na extinção das Superintendências (posteriormente escritórios regionais) e agências do INAMPS e a transferência de toda a rede própria desse órgão para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O mesmo deveria se aplicar as redes existentes em alguns programas do Ministério da Saúde, como o da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas Sanitárias (SUCAM), bem como no que diz respeito aos hospitais especializados do Ministério (hospitais psiquiátricos, cancer, dermatologia, etc.).

Em terceiro lugar, o financiamento das políticas de saúde passa a ser co-responsabilidade da União, Estados e Municípios. No entanto, em que pese a grande discussão sobre os aspectos relacionados a esse ponto pouco se avançou no que diz respeito a criação de critérios consensuais e efetivos de financiamento. Este ponto merece um comentários mais específicos.

1. A regionalização do financiamento do SUS

A busca por um concenso no que diz respeito às formas de financiamento do SUS na Constituição de 1988 faz parte de um longo e tortuoso processo. O diagnóstico existente sobre a antiga mecânica de financiamento do setor saúde (e da previdência como um todo) estava pautada em uma série de pontos negativos, onde cabe destacar:

i) A principal fonte de financiamento das políticas sociais no campo da previdência social, saúde e assistência –a folha ou nômima de salários das empresas e dos trabalhadores– tem um comportamento pró-cíclico, isto é, seus recursos crescem fortemente em períodos onde a prosperidade econômica leva ao aumento do nível de emprego e dos

⁷⁷ Esta tendência a descentralização é distinta da que prevaleceu no final da Nova República. Naquele momento, a grande instância de interlocução com o Governo Federal na área da Saúde era o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o que representava o poder da política dos Governadores na condução das negociações junto ao Governo Federal. Com a eleição de Collor este, na medida em que não contava com o apoio direto de boa parte dos governadores, passou a fazer composições com alguns prefeitos e lideranças regionais. Na área de saúde, esta nova tendência ficou marcada pela substituição do CONASS pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) nas negociações do processo de descentralização em saúde.

salários e cai mais que proporcionalmente ao produto nos momentos de crise, quando os salários e o nível de emprego passam a ser as ferramentas que os empresários utilizam para ajustar sua contabilidade de custos;⁷⁸

ii) O gasto com saúde, nesta perspectiva é sempre residual frente aos compromissos assumidos com o pagamento de benefícios da Previdência Social. Nas épocas de auge há sobras para serem gastas com saúde. Nos momentos de crise os gastos com saúde são as migalhas que sobram do gasto com benefícios. Por não ter uma fonte própria de recursos, o setor saúde deveria se conformar com essa contingência;

iii) A contribuição sobre folha de salários é extremamente perversa, pois penaliza com encargos sociais de alta magnitude as pequenas e médias empresas intensivas em trabalho e tem pouco peso nas grandes empresas que são intensivas em capital;

iv) Os recursos para a saúde deveriam ser transferidos a Estados e Municípios de forma automática, segundo critérios pré estabelecidos, e não de forma conveniada, onde poderiam prevalecer critérios clientelistas e eleitoreiros;

Dado este diagnóstico, existiam algumas propostas relacionadas ao financiamento dos programas anteriormente circunscritos ao SINPAS:

i) Necessidade de diversificar as fontes de financiamento desses programas, incorporando bases aparentemente mais estáveis e "anti-cíclicas", como o lucro e o faturamento.⁷⁹ Supunha-se que em épocas de crise econômica os lucros e o faturamento das empresas sofriam menores perdas que a massa de salários, dado que essa era afetada, tanto pelo aumento do desemprego como pela queda do valor

⁷⁸ Os atuais diagnósticos relacionados as bases de incidência das contribuições sociais que financiam a Previdência Social, mostram que, em primeiro lugar, todas as bases são pró-cíclicas. Em segundo lugar, que, dados os altos custos de demissão, a base folha de salários é a mais estável de todas. Ver sobre este ponto BELTRÃO, K.I., LUSTOSA, B.J., OLIVEIRA, F.E.B. e PASINATO, M.T.M., "Fontes de Financiamento da Seguridade Social Brasileira", Trabalho Elaborado para o convênio Ministério da Previdência Social e CEPAL, Rio de Janeiro (RJ), mimeo., setembro de 1993.

⁷⁹ Esta impressão ficou desmistificada com o tempo. Observou-se que tanto o faturamento como o lucro são fortemente afetados na crise, seja pela queda do poder de compra das famílias, no caso do faturamento (o consumo oscila mais do que a massa de salários), seja pela queda da massa e da taxa de lucros na crise. Em geral, dadas as dificuldades financeiras para dispensa de mão de obra no setor formal, a contribuição sobre folha é mais estável na crise.

dos salários reais. A proposta de diversificar as bases de financiamento da Previdência Social (de onde provinham os fundos para o setor saúde) era praticamente consensual no momento;⁸⁰

ii) Necessidade de separar ou especializar as fontes de custeio da previdência social, assistência e saúde. Essa proposta aparecia de diversas matizes: vinculação de percentual da receita; separação de alíquotas, criação de uma base própria para a saúde e assistência social distinta daquela usada para a previdência. Esta não era uma proposta consensual. Era defendida pelos adeptos, na época do *movimento sanitário*⁸¹ mas era rechaçada por parlamentares e políticos que defendiam o conceito de seguridade social.⁸²

iii) Necessidade de definir recursos próprios e transferências federais para o financiamento da saúde ao nível das esferas locais de Governo, como os Estados e Municípios.

A proposta vencedora, que foi incorporada no texto constitucional, garantiu a diversificação de fontes de custeio mas não a separação das mesmas para saúde, assistência e previdência. As novas fontes que custeiam a Seguridade Social passaram a ser:

i) A Contribuição Social sobre Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos, que representa as antigas bases de financiamento do FPAS;

ii) A Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas, que representava os recursos do FINSOCIAL e passou, posteriormente a ser chamada de COFINS. Esta contribuição foi contextada judicialmente pelos

⁸⁰ A proposta de vinculação de fontes e contribuições sociais surgiu entre os defensores de diversos programas sociais, durante o processo de elaboração da Constituição de 1988. Em determinados momentos, a soma das vinculações propostas chegou a ser maior do que 200% do Orçamento Federal. Nesse sentido, na fase final de elaboração da Constituição de 1988 os constituintes foram obrigados a moderar suas reivindicações em prol da vinculação de recursos. Somente os programas da Seguridade Social (Seguro Social, Assistência Social, Saúde e Seguro-Desemprego) passaram a ter contribuições sociais vinculadas ao seu financiamento. Na área de Educação foi incorporado ao texto constitucional obrigatoriedade de vinculação de um percentual fixo das receitas fiscais próprias de cada esfera de Governo (União, Estados e Municípios) para o financiamento do ensino básico.

⁸¹ Ver, sobre esse ponto MEDICI, A.C. et alii, "Relatório do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária", Ministério da Saúde, CNRS, Relatórios Técnicos No. III, Brasília, 1987.

⁸² Eram representantes dessa corrente o Senador Almir Gabriel, e os ex-ministros da Previdência Social Waldyr Pires, Rafael de Almeida Magalhães e Renato Archer. O argumento que estava por trás dessa proposta era o de que as políticas sociais no Governo, dado serem sempre subordinadas politicamente aos interesses econômicos, deveriam concentrar esforços num orçamento unificado, como forma de ganhar flexibilidade e poder político na barganha federal de recursos.

empresários e teve fortes problemas de sonegação e não recolhimento entre 1990 e 1993;

iii) A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas;

iv) A Contribuição Sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), que incidindo igualmente sobre o faturamento, eram vinculadas somente aos programas do Ministério do Trabalho, passando seus recursos a formar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Quanto às formas de financiamento das ações de saúde nos Estados e Municípios, não houve uma definição clara de critérios, ficando o assunto para ser decidido em legislação complementar.

A Constituição de 1988 determina que os recursos para saúde são financiados pelas fontes que compõe o *Orçamento da Seguridade Social (OSS)*, embora não estabeleça critérios de partilha entre os recursos que compõe esse Orçamento.⁸³ As disposições transitórias da Constituição de 1988 (artigo 55o.) dizem que enquanto não fosse aprovada a Lei Orgânica de Saúde, não menos de 30% dos recursos da seguridade social (excluídos os relativos ao PIS/PASEP) seriam destinados para a os programas federais desse setor. Nos dois primeiros anos de vigência da Constituição esta regra funcionou.

No entanto, quando elaborada a Lei Orgânica da Saúde, não foram definidos critérios de partilha de recursos entre as políticas que compõe a seguridade social, especificando quanto deveria ir para a saúde. O artigo 31 da referida Lei diz apenas que “O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde –SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)”.

Portanto, a cada ano a LDO e a Lei do Orçamento define percentual de recursos destinados para a Saúde. Nos últimos anos os recursos tem variado de composição. Em 1991 –primeiro ano após a promulgação da Lei Orgânica– esses recursos foram definidos em 30%. Nos dois últimos anos –1992 e 1993– essa composição inclui a definição de fontes, e não de percentuais sobre o Orçamento da Seguridade Social. Em 1992, por exemplo, houve um acordo de lideranças no Congresso que estabeleceu uma especialização de fontes. Os recursos da contribuição sobre o lucro

⁸³ Assim, foi vencida a proposta que julgava necessária a especialização das fontes de recursos para as três áreas da Seguridade. Este fato foi um dos catalizadores da atual (e a mais grave) crise financeira do setor saúde: a de 1993.

O questionamento judicial do FINSOCIAL,⁸⁴ a decisão de muitas empresas em depositar os recursos em juízo e a extinção do FINSOCIAL e criação do COFINS, como substitutivo mais bem enquadrado nos preceitos constitucionais foram movimentos que, ao longo de 1992 fizeram com que os recursos para a saúde fossem insuficientes para o financiamento da saúde.

Na Lei Orçamentária de 1993 foi definido que 15,5% dos recursos da contribuição sobre folha de salários seriam destinados ao financiamento da saúde. No entanto, os compromissos da previdência social em cumprir os dispositivos constitucionais no campo do pagamento de benefícios acarretou no não cumprimento da própria lei orçamentária e na maior crise financeira do setor saúde dos últimos tempos.

Outro ponto a destacar, diz respeito aos critérios de financiamento das ações dos Estados e Municípios, bem como das transferências de recursos federais para estas esferas de Governo. Quanto ao primeiro ponto, embora esteja constitucionalmente definida a participação do orçamento próprio dos Estados e Municípios no financiamento das ações de saúde, não existem regras definidas para garantir tal participação. O Ministério da Saúde e o INAMPS chegaram a recomendar que esta participação deveria se situar em torno de 10%. No entanto, no caso dos Estados ela tem sido bem menor do que esse percentual, enquanto que muitos Municípios tem gastos bem superiores aos recomendados.

Quanto ao segundo ponto –o da transferência de recursos– a Lei 8080 (Lei Orgânica) defini em seu artigo 35 que “para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica dos programas e projetos: I– perfil demográfico da região; II– perfil epidemiológico da população a ser coberta; III– características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV– desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V– níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI– previsão de plano quinquenal de investimentos da rede; VII– ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo”.

O artigo 35, em seu parágrafo primeiro, diz ainda que 50% dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. Este ponto, no

⁸⁴ O argumento jurídico de inconstitucionalidade do FINSOCIAL baseava-se no fato de que, em primeiro lugar, como contribuição social ele não tinha uma destinação específica, funcionando mais como um imposto e em segundo lugar, pelo argumento da bi-tributação, dado que o PIS/PASEP tinha a mesma base de incidência.

entanto, bem como os demais, não entraram em operação, dada a necessidade de leis e regulamentos que permitam operacionalizar o artigo 35 da Constituição.

Alguns estudos técnicos sobre o assunto tem sido elaborados, sem que se cheguem a formas operacionais precisas para resolver como transferir recursos por critérios diferentes que o critério populacional.⁸⁵ Na ausência de uma regulamentação do artigo 35, foram elaborados critérios adicionais para regulamentar a partilha de recursos do Governo Federal para os Estados e Municípios. Alguns desses critérios estão contidos na Lei 8142, de 29/12/1990, que dispõe, entre outras medidas, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Esta lei define as ações a serem financiadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), a saber:

- i) Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades da administração direta e indireta;
- ii) investimentos previstos em lei orçamentária de iniciativa do poder legislativo, aprovados pelo Congresso Nacional;
- iii) Investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- iv) Cobertura das ações e serviços de saúde (investimentos, custeio ambulatorial e hospitalar) a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Vale comentar que esta lei, em seus artigos 3o. e 4o. define que os 50% de recursos destinados aos Estados e Municípios pelo critério populacional deverão ser repassados a estas esferas de Governo, de forma automática, desde que cada uma destas esferas contem com a criação de um Fundo (estadual ou municipal) de saúde; a criação de um conselho de saúde, o desenvolvimento de um plano plurianual de saúde; a emissão sistemática de relatórios de gestão que permitam o controle e avaliação das ações de saúde; a contra-partida de recursos para a saúde no orçamento da esfera local em questão e a criação de uma comissão para elaborar um plano de carreira, cargos e salários para o pessoal do setor.

Na perspectiva de estabelecer formas de aumentar a efetividade dos recursos a serem repassados aos Estados e Municípios, e dada a ausência de mecanismos de controle e avaliação, o INAMPS estabeleceu novos critérios para repassar estes 50% dos recursos aos Estados e Municípios.

⁸⁵ Ver sobre este ponto VIANNA, S. et alii, "O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para transferências de Recursos Federais para Estados e Municípios", Ed. OPS, Série Economia e Financiamento No. 1, Brasília (DF), novembro de 1990.

Num momento onde o discurso da produtividade passava a ser importante mecanismo de referência social e onde a eficiência do Estado brasileiro estava sempre posta em cheque, nada mais natural que utilizar a prestação de serviços como efetivo “recibo” para a transferência dos recursos federais aos Estados e Municípios.

Assim, as portarias de números 15 a 20 do Ministério da Saúde, todas de 8 de janeiro de 1991, bem como a edição da Norma Operacional 01/91 do INAMPS iniciam um processo de profundas transformações do sistema de pagamento e transferência de recursos para as esferas locais de governo. Dentre estas mudanças cabe destacar:

i) A uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados (incluindo universitários e filantrópicos) tendo em vista estabelecer uma base indiferenciada de remuneração dos atos médicos para todos os estabelecimentos que integram a rede SUS. Esta tabela seria uniforme em todo o território nacional;

ii) A criação de sistemas de informação centralizados que permitissem acompanhar a produtividade e o desempenho dos estabelecimentos públicos e privados ao nível das esferas locais, bem como auxiliar na implantação de mecanismos de controle e avaliação das ações de saúde ao nível local;

iii) A definição de critérios para descentralizar os recursos para custeio e investimento e indicar o sentido a ser tomado pelo sistema de saúde ao nível dos Estados e Municípios;

Os recursos para financiar as ações locais de saúde (Estados e Municípios) passaram a ser transferidos através dos seguintes instrumentos e critérios:

i) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com ressarcimento feito diretamente a unidade de saúde pública ou privada, depois da prestação efetiva de serviços.⁸⁶ Cada Estado ou município teria um teto estabelecido

⁸⁶ O Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi adotado como critério para pagamento de internações hospitalares do INAMPS desde 1984, em substituição ao antigo critério de Guia de Internação Hospitalar (GIH) que estabelecia um pagamento por unidade de serviço (US). O Sistema AIH mantém um conjunto de componentes a serem remunerados em cada diagnóstico de internação hospitalar, com tetos fixos. Assim, enquanto o sistema de US estimulava o consumo exagerado de atos médicos, o sistema de AIH, assim como os Diagnosis Related Groups (DRG's) utilizados nos Estados Unidos estimulavam uma melhor adequação entre os gastos dos prestadores, a necessidade do paciente e o valor efetivamente pago. No entanto, o processo inflacionário foi deteriorando progressivamente os valores da AIH e seus relativos, fazendo com que essa passasse a ser cada vez mais um preço administrativo. Ao mesmo tempo, a existência de fiscalização adequada tem feito, nos últimos anos com que a AIH seja um grande estímulo às fraudes na natureza e no valor dos serviços prestados.

de AIH's dado pela proporção de 0,1 internação por habitante ano,⁸⁷ independentemente do valor das mesmas;

ii) No caso dos Hospitais Universitários foi criado um adicional de remuneração intitulado "fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa universitária em saúde (FIDEPS), o qual seria um incentivo adicional a atividades em serviço, especialmente para os estabelecimentos que desenvolviam programas de pós-graduação e residência médica. No caso dos hospitais que dispunham de curso de pós-graduação strictu sensu (mestrado e doutorado), ficava estabelecido adicional de 50% sobre a receita de internações;

iii) Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), definida pela portaria do Ministério da Saúde de No. 20, de 8 de janeiro de 1991. A UCA representa um valor per capita anual, hierarquizado por grupos de Estados, de acordo com a capacidade instalada e desembolso assistencial estimado para as atividades ambulatoriais, considerando-se a qualidade e o grau de resolutividade da rede implantada.⁸⁸

iv) Recursos para Investimento como o PRÓ-SAÚDE e posteriormente a Unidade de Capacitação de Rede (UCR), esta última criada pela reformulação e reedição da Portaria 001/91 do INAMPS, em 18 de julho de 1991. Estes recursos seriam destinados basicamente para o reequipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes, sendo repassados para os Estados de forma inversamente proporcional ao valor da UCA;

v) Fator de Estímulo a Municipalização (FEM), que consistia num repasse adicional de recursos, correspondente a 5% da UCA per capita, para os municípios que cumprissem todas as exigências da Norma

⁸⁷ A proporção de 0,1 internação por habitante ano, bem como uma série de outros parâmetros de consultas, exames e consumo de serviços fazem parte de um conjunto de normas de prestação de serviços de saúde estabelecidos com a Portaria 3046, de 1983, elaborada pelo INAMPS. Hoje tem-se a certeza de que todos esses parâmetros são falsos e não ajustáveis aos diversos contextos regionais de saúde do país. No entanto, este dispositivo legal conseguiu sancionar um padrão de consumo de serviços hospitalares de saúde no Brasil que foi fortemente favorável a expansão da rede hospitalar privada, bem como ao seu financiamento.

⁸⁸ Segundo a Norma Operacional 01/91, de janeiro de 1991, do INAMPS "A UCA será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde e consideração dos casos atípicos".

001 do INAMPS e passassem a ser *Municípios Municipalizados*.⁸⁹ Estes recursos seriam repassados em duodécimos aos Municípios até o 5o. dia útil de cada mês.

Estas foram as novas moedas introduzidas pelo Governo Collor, para balizar o processo de descentralização. No entanto, cada uma delas tem uma particularidade que deve ser destacada, especialmente no que se refere ao seu papel e importância no relacionamento com as esferas locais de Governo.

a) Os recursos para assistência hospitalar (AIH)

Uma primeira questão a ser colocada diz respeito ao fato de que os recursos para atenção hospitalar não constituem recursos manejados diretamente pelo poder local, isto é, pelos Estados e Municípios.

A portaria No. 19, de 8/1/91 definia a quantidade de AIH's que seria distribuída mensalmente para cada Unidade da Federação. O único critério existente para tal era considerar a projeção populacional de cada Estado para o ano de 1991 e definir como teto mensal de AIH's o equivalente ao duodécimo de 10% da população considerada em cada Estado.⁹⁰ Caso o número observado de AIH's fosse inferior ao fixado mensalmente, a diferença em favor do Estado poderia ser usada no mês seguinte. Mas caso esse número fosse superior ao teto fixado, a diferença não seria adiantada, tendo que ser ressarcida com recursos da esfera local ou da própria unidade hospitalar.⁹¹

A portaria No. 19 não respeitou o critério de 0,1 internação por habitante em todos os Estados, acarretando em distribuições aparentemente desiguais regionalmente, no que se refere ao teto máximo de AIH's. Tal procedimento foi corrigido pela Portaria No. 32, de 27/03/91,

⁸⁹ Municípios municipalizados seriam aqueles que cumpriam as seguintes exigências expressas na Norma Operacional 001 do INAMPS: a) Criassem um Conselho Municipal de Saúde composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde, prestadores privados de serviços contratados pelo setor público, profissionais de saúde e usuários dos serviços, organizados de forma paritária; b) criassem um Fundo Municipal de Saúde; c) criassem o instrumento da Programação e Orçamento de Saúde (PROS); d) comprometessem recursos próprios não inferiores a 10% do Orçamento Municipal com Saúde; e) apresentassem anualmente ao Governo Federal e Estadual um Relatório de Gestão Local que mapeasse o desempenho assistencial, gerencial e financeiro da Secretaria Municipal de Saúde; f) Constituisse uma Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para sua implantação.

⁹⁰ Este critério tinha como base a portaria 3046 de 1983, do INAMPS, que fixava como ótimo um teto de internações equivalente a 0,1 por habitante/ano.

⁹¹ No caso das unidades de alta complexidade ou de referência nacional, cuja demanda não é regionalmente definida, o INAMPS/MS criou uma reserva técnica de recursos para renumerar adicionalmente estes centros sempre que necessário.

que modificou a distribuição relativa dos tetos fixados de AIH's. Pode-se dizer que foram as reclamações promovidas por Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, bem como as Federações Estaduais de Hospitais e Associações de Misericórdias que levaram a uma redefinição dos tetos de AIH por Estado, pois caso contrário, permaneceria o critério subjetivo de privilegiar determinados Estados em detrimento de outros.

A tabela V.1 mostra a comparação dos tetos de AIH a serem distribuídos pelas Portarias 19 e 32, bem como a respectiva diferença quanto ao número de AIH por Estado.

A comparação entre as AIH's mensais a serem distribuídas pelas duas portarias mostra claramente que, como fruto das ditas reclamações, deixaram de ser beneficiados os Estados do Paraná (origem do Ministro da Saúde e do Presidente do INAMPS), Rio de Janeiro,⁹² Rio Grande do Sul, Santa Catarina São Paulo e Tocantins.

Cabe destacar, no entanto, que ao igualar o número mensal de AIH's a um valor equivalente a 0,1 internações por habitante ano, ocorreram grandes modificações na estrutura de distribuição dos tetos em relação a realidade observada. A tabela V.2 mostra que em relação a produção efetiva de internações hospitalares, houve uma redução de 18,3% do proposto pela Portaria 32 (dados de 1991) em relação ao efetivamente realizado em 1990.

Ao mesmo tempo, a tabela V.2 mostra que a portaria 32 elevou (talvez artificialmente) a demanda potencial de internações no Norte e no Nordeste, reduzindo drasticamente a das demais macro-regiões do país, especialmente no Sudeste e no Sul. Sabe-se que estas regiões detêm algumas características relacionadas a natureza do consumo de serviços hospitalares, cabendo destacar:

i) Perfil sócio-demográfico mais envelhecido e, portanto, mais sujeito a incidência de doenças crônico-degenerativas passíveis de internação;

ii) Concentração de serviços hospitalares de alta densidade tecnológica, atraindo a população de outros Estados e Regiões;

Sendo assim, a redução artificial da oferta de AIH's nessas regiões pode ter ocasionado uma crise de maiores proporções na rede hospitalar pública e privada.

Os Estados onde ocorreram maiores reduções no número médio mensal de AIH's, entre o efetivo 1990 e o potencial 1991 foram Rio Grande do Sul, Goiás, Santa Catarina, Maranhão, São Paulo, Paraná, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais. Os maiores aumentos ficaram por conta do Distrito Federal, Amazonas, Pernambuco, Bahia, Acre e Alagoas.

⁹² Nesta época havia forte aproximação do Governador do Rio de Janeiro Leonel Brizolla do Presidente Fernando Collor de Mello, promovida particularmente pelo Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, Pedro Valente que era amigo particular do Ministro Alcení Guerra.

Tabela V.1
**DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE AIH'S MENSAIS POR UNIDADE DA
 FEDERAÇÃO SEGUNDO AS PORTARIAS 19 E 32 DE 1991**

Estados	No. AIHs (portaria 19)	AIH p/capita por ano	No. AIHs (portaria 32)	Taxa de cresc. (%)
Brasil	1 230 027	0.093	1 296 636	5 4
Norte	73 731	0.085	91 272	23 8
AM	14 759	0.086	18 384	24 6
PA	35 945	0.067	44 937	57 2
AC	2 898	0.081	3 679	26 9
RO	7 600	0.080	11 448	50 6
RR	906	0.088	1 840	103 1
TO	9 840	0.111	8 692	-11 7
AP	1 783	0.081	2 292	28 5
Nordeste	323 864	0.087	386 033	19 2
MA	39 561	0.090	45 065	13 9
PI	20 988	0.093	23 646	12 7
CE	49 999	0.091	56 048	12 1
RN	16 340	0.083	21 022	28 7
PB	28 500	0.088	32 386	13 6
PE	57 024	0.091	65 742	15 3
AL	18 916	0.072	23 533	24 4
SE	11 370	0.095	13 278	16 8
BA	81 166	0.081	105 313	29 8
Sudeste	556 602	0.099	539 620	-3 0
MG	140 456	0.105	141 308	0 6
ES	19 764	0.092	22 437	13 5
RJ	117 181	0.097	108 970	-7 0
SP	279 201	0.099	266 905	-4 4
Sul	194 741	0.101	192 174	-1 3
PR	77 646	0.100	76 356	-1 7
SC	38 346	0.101	37 916	-1 1
RS	78 749	0.102	77 902	-1 1
Centro-oeste	81 089	0.097	87 537	8 0
MT	17 652	0.120	18 370	4 1
MS	15 677	0.102	16 192	3 3
GO	35 737	0.090	37 633	5 3
DF	12 023	0.075	15 342	27 6

Fonte: MEDICI, A.C., "Perspectivas do financiamento à saúde no governo collar de mello", ed. OPS, série economia e financiamento No.2, OPS, representação do brasil, brasflia (DF), 1991.

Tabela V.2
**EVOLUÇÃO DA MÉDIA MENSAL DO NÚMERO DE AIH'S POR UNIDADE
 DA FEDERAÇÃO - BRASIL: 1984-1991**
(em mil unidades)

Estados	1984	1986	1988	1990	1991
Brasil	1 049.0	941.4	1 099.8	1 585.5	1 298.6
Norte ^a	31.9	35.3	32.3	61.3	80.7
AM	5.6	4.6	4.0	6.7	18.4
PA	23.6	20.2	27.0	45.7	47.2
AC	2.7	2.3	1.3	8.9	15.1
RO	-	-	-	-	-
RR	-	-	-	-	-
AP	-	-	-	-	-
Nordeste	210.3	211.3	254.7	357.2	387.9
MA	11.8	19.8	47.9	70.1	45.1
PI	13.4	15.5	16.9	28.7	23.6
CE	35.9	39.3	47.1	65.0	56.0
RN	11.4	13.8	14.3	24.7	21.0
PB	30.3	28.8	25.1	36.0	32.4
PE	39.6	36.5	35.0	39.5	65.7
AL	16.8	19.5	13.9	19.0	25.5
SE	7.5	7.5	7.0	13.9	13.3
BA	43.6	30.6	47.5	60.3	105.3
Sudeste	521.9	442.4	509.9	672.9	539.6
MG	125.7	107.0	145.8	214.8	141.3
ES	14.9	14.3	19.8	30.3	22.4
RJ	89.5	82.0	84.8	111.5	109.0
SP	291.8	239.1	259.5	316.3	266.9
Sul	214.6	192.3	212.7	358.1	194.2
PR	83.0	77.8	79.5	122.7	76.4
SC	44.9	39.2	41.9	79.5	39.9
RS	86.7	75.3	91.3	155.9	77.9
Coeste	70.3	68.3	90.2	136.0	96.2
MT	8.2	8.0	12.0	15.5	18.4
MS	10.1	8.3	11.8	22.0	16.2
GO ^b	44.9	45.3	62.0	94.0	46.3
DF	7.1	6.7	4.4	4.5	15.3

Fonte: Ver tabela 10.

^a Os Estados de Rondônia, Roraima e Amapá estão incluídos nos Estados do Acre, Amazonas e Pará, respectivamente.

^b Inclui o Estado de Tocantins.

A nova política de financiamento da atenção hospitalar, definida pela portaria 01/91 do INAMPS apresenta uma série de deficiências, as quais caberia enumerar:

i) A distribuição do número de AIH's de forma proporcional a população não parece ser o melhor critério para distribuir os recursos para saúde, dado que as taxas de utilização hospitalar, especialmente na rede pública, variam conforme distintos fatores, tais como perfil demográfico (sexo e idade da população), perfil epidemiológico, natureza da oferta de serviços, determinantes sócio-econômicos, acessibilidade aos serviços, etc.;

ii) A demanda por serviços hospitalares no setor público é diferenciada da referente ao setor privado. Em geral a primeira apresenta um número maior de crônicos, enquanto que o setor privado, em alguns casos, responde até mesmo por um número maior de agudos. Mesmo assim, a direção do INAMPS argumentava que o novo critério –igualar o valor da AIH para hospitais públicos e privados⁹³– iria beneficiar os hospitais públicos, na medida em que os recursos da AIH se somariam aos outros recursos orçamentários já recebidos pelos hospitais, como aqueles destinados a pagamento de pessoal. Além disso, os hospitais públicos eram isentos do pagamento de impostos e taxas. No entanto, diferentemente dos hospitais privados, os públicos não contavam com mecanismos de informação e gerenciamento relativos ao sistema AIH. Na ausência destes mecanismos seria necessário realizar projetos de reaparelhamento físico e gerencial dos hospitais públicos, o que envolveria o desembolso de recursos financeiros, humanos e materiais para tal fim. Por todos esses motivos, muitos médicos e autoridades estaduais em saúde solicitavam que fossem criados critérios diferenciados de remuneração dos serviços hospitalares entre estabelecimentos públicos e privados.

iii) Embora em tese seriam as Secretarias Estaduais de Saúde que definiriam os hospitais que receberiam pagamentos do SUS, a título de internação, os recursos para tal fim seriam repassados diretamente a unidade hospitalar (pública ou privada) pelo governo federal, através de depósitos que seriam feitos na conta de cada bancária de cada hospital, após a prestação dos serviços. Este critério faz com que *os recursos para atenção hospitalar não possam ser considerados transferências*, dado que o poder local (Estados e Municípios) não tem capacidade de gestão ou aplicação dos mesmos. Ao mesmo tempo, os escritórios regionais do INAMPS tem o poder

⁹³ Mesmo assim, vale destacar que os dados relativos a 1991 mostram que o valor médio da AIH paga aos hospitais públicos foi de US\$ 298,00 enquanto que a paga aos hospitais privados foi de apenas US\$ 233,00. Destaca-se ainda o fato de que em 15 das 27 Unidades da Federação consideradas, o valor da AIH pública foi maior do que a relativa ao setor privado. Tal fato só não ocorreu, em geral, nos Estados da Região Norte, Nordeste ou Centro-Oeste onde a rede pública detém menor complexidade que a rede privada existente.

de anular ou questionar os pagamentos suspeitos independentemente do endosso do governo estadual. Este tipo de mecanismo permite fazer com que as relações diretas entre estabelecimentos prestadores e governo federal sejam mais uma moeda de troca de favores políticos.

Mesmo assim, caberia fazer uma análise da evolução do gasto com AIH nos Estados, ao longo da segunda metade da década de oitenta e início dos anos noventa, tal como pode ser observado nas tabelas V.3 e V.4. Observa-se que o gasto com custeio hospitalar regionalizado cresce fortemente entre 1986 e 1991, passando de US\$ 1,0 para US\$ 4,0 bilhões. Todos os Estados e Regiões apresentam grande crescimento dos gastos com AIH no período considerado. A participação das regiões menos desenvolvidas –Norte e Nordeste– aumenta sensivelmente no período, acontecendo o contrário com as Regiões de maior desenvolvimento como o Sul e o Sudeste.⁹⁴ A Região Centro-Oeste também amplia sua participação relativa, embora em menor proporção do que o Norte e o Nordeste. O aumento dos gastos hospitalares nas regiões de menor desenvolvimento é uma resposta a expansão do número de leitos hospitalares públicos verificada particularmente nos Estados Nordestinos na primeira metade dos anos oitenta. Assim, pode-se verificar forte crescimento na participação de Estados como Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco e Bahia no custeio global das atividades hospitalares do país.

Vale destacar, também, que embora o crescimento do valor das AIH's reflita um aumento do controle do Estado sobre a demanda hospitalar, ele não deixa de refletir a manutenção do poder federal em determinar e repassar o gasto, em oposição ao que ocorre com os recursos repassados diretamente.

Cabe dizer ainda que, embora o mecanismo de repasse de recursos através da AIH ainda esteja em vigor, não tem sido realizados aperfeiçoamentos nem controles que permitam conhecer a natureza dos pagamentos feitos. Ao longo de 1991 e 1992 o valor das tabelas de pagamento do INAMPS sofre quedas substanciais.⁹⁵ Tal fato, conjuntamente com a inexistência de reais mecanismos de controle dos recursos trouxe aumentos no número de fraudes ao sistema, as quais passaram a ser realizadas, até mesmo, pelos estabelecimentos públicos.

⁹⁴ Vale destacar, no entanto, que quase 50% dos recursos gastos com AIH se direcionavam para a Região Sudeste, mesmo nos anos mais recentes.

⁹⁵ Entre 1991 e 1992 o valor médio da AIH caiu de US\$ 292,00 para US\$ 231,40, voltando a se recuperar um pouco no primeiro semestre de 1993, quando passou para US\$ 247,10. A maior queda no valor médio da AIH ocorreu entre o terceiro trimestre de 1991 e o primeiro de 1992, quando a AIH passou de US\$ 306,30 para US\$ 180,60. Depois disso o valor deste indicador se estabilizou entre US\$240 / US\$250,00. Uma avlição da série histórica do valor da AIH pode ser encontrada no capítulo de política social na publicação mensal "Indicadores IESP".

Tabela V.3
EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS COM CUSTEIO HOSPITALAR (AIH)
POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA: 1986-1991
(em US\$ milhões de dez/90)

Estados	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Brasil	1 035.8	1 735.2	2 201.1	3 218.8	3 333.7	4 007.9
Norte	14.2	22.0	29.7	49.7	56.6	96.3
AM	1.9	3.6	5.6	8.4	8.7	17.2
PA	11.9	17.9	23.5	40.5	45.6	59.8
AC	0.4	0.5	0.6	0.8	1.2	3.2
RO	-	-	-	-	-	10.6
RR	-	-	-	-	-	2.3
AP	-	-	0.1	0.8	1.1	3.2
Nordeste	169.2	314.7	413.5	655.9	714.4	992.9
MA	11.1	30.2	50.9	90.6	102.1	126.8
PI	9.8	25.5	35.7	60.7	61.2	70.0
CE	25.1	51.0	70.0	101.8	107.3	160.7
RN	9.9	16.5	23.2	29.8	31.5	52.1
PB	25.9	39.5	49.8	87.9	91.6	124.6
PE	29.7	55.3	66.7	106.9	120.3	184.3
AL	12.6	20.4	27.2	48.6	55.8	73.2
SE	9.6	14.3	17.1	25.4	27.7	31.0
BA	35.5	62.0	72.9	104.2	116.9	170.2
Sudeste	562.9	935.3	1 161.5	1 628.6	1 659.7	1 893.2
MG	139.6	220.9	269.8	383.7	418.0	456.7
ES	10.7	26.9	42.0	54.9	56.1	60.7
RJ	105.1	166.1	211.2	304.3	310.9	389.2
SP	307.5	521.4	638.5	885.7	874.7	986.6
Sul	228.0	356.2	453.1	661.8	667.6	746.3
PR	89.3	141.2	170.2	247.9	242.1	278.3
SC	42.5	65.0	78.3	113.4	117.0	130.4
RS	96.2	150.0	204.6	300.5	308.5	337.6
C. oeste	61.3	107.0	143.3	222.8	235.4	279.2
MT	7.4	15.5	20.8	38.0	41.7	53.7
MS	8.0	15.2	26.8	37.6	40.6	47.8
GO	44.9	74.3	93.0	141.4	140.6	140.4
DF	1.0	2.0	2.7	5.8	12.5	37.3

Fonte: Oliveira Jr., M., "Problemas Atuais e Propostas para a Revisão da Política de Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil", in Cadernos da Nona, Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992.

Tabela V.4
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS GASTOS FEDERAIS COM CUSTEIO
HOSPITALAR (AIH) POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO
BRASIL: 1986-1991**

Estados	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Brasil	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Norte	1.4	1.3	1.3	1.5	1.7	2.4
AM	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4
PA	1.1	1.0	1.1	1.2	1.4	1.5
AC	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
RO	-	-	-	-	-	0.3
RR	-	-	-	-	-	0.1
AP	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Nordeste	16.3	18.1	18.8	20.4	21.4	24.8
MA	1.1	1.7	2.3	2.8	3.1	3.2
PI	0.9	1.5	1.6	1.9	1.8	1.7
CE	2.4	2.9	3.2	3.2	3.2	4.0
RN	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	1.3
PB	2.5	2.3	2.3	2.7	2.7	3.1
PE	2.9	3.2	3.0	3.3	3.6	4.6
AL	1.2	1.2	1.2	1.5	1.7	1.8
SE	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
BA	3.4	3.5	3.4	3.3	3.6	4.3
Sudeste	54.3	53.9	52.8	50.6	49.8	47.2
MG	13.5	12.7	12.3	11.9	12.5	11.4
ES	1.0	1.6	1.9	1.7	1.7	1.5
RJ	10.1	9.6	9.6	9.5	9.3	9.7
SP	29.7	30.0	29.0	27.5	26.3	24.6
Sul	22.0	20.5	20.6	20.6	20.0	18.6
PR	8.6	8.1	7.7	7.7	7.3	6.9
SC	4.1	3.7	3.6	3.5	3.5	3.2
RS	9.3	8.7	9.3	9.4	9.2	8.5
C. oeste	6.0	6.2	6.5	6.9	7.1	7.0
MT	0.7	0.9	0.9	1.2	1.3	1.3
MS	0.8	0.9	1.2	1.2	1.2	1.2
GO	4.3	4.3	4.2	4.4	4.2	3.5
DF	0.2	0.1	0.2	0.1	0.4	1.0

Fonte: Ver tabela V.3.

Com a posse do Ministro Adib Jatene, ocorreram intentos no sentido de recuperar o valor real da AIF, fato que passou a ocorrer no segundo semestre de 1992, sendo mantido no primeiro semestre de 1993.⁹⁶ No entanto, com a saída de Adib Jatene e a posse de Jamil Haddad, fatores conjunturais fizeram com que os recursos destinados a saúde passassem a sofrer fortes restrições, acarretando dificuldades crescentes no relacionamento entre a União, os Governos Estaduais e os prestadores públicos e privados de serviços.

A crise financeira da Seguridade Social nos meses de maio/junho de 1993, que será detalhada mais adiante, fez com que fossem paralizados cerca de 4500 leitos hospitalares, reduzindo em 80% o atendimento hospitalar e em 60% o atendimento ambulatorial. Embora tenham sido obtidos empréstimos do Fundo de Apoio ao Trabalhador para cobrir estas dívidas, a situação do financiamento do atendimento hospitalar público continua precária no segundo semestre de 1993.⁹⁷

b) Os recursos para o financiamento das atividades ambulatoriais e de saúde pública nos estados e municípios.

A portaria do Ministério da Saúde No. 20, de 8 de janeiro de 1991 é a primeira a estabelecer critérios para a aplicação de recursos nos Estados e Municípios, relativos a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), criada com a nova sistemática de financiamento da saúde definida pela Portaria 01/93 do INAMPS.

Segunda essa portaria, a UCA teve seu valor hierarquizado por grupos de Estados, de acordo com sua população (estimativas oficiais do IBGE), capacidade instalada, desembolso assistencial, em termos de qualidade e resolutividade. Também foram levadas em consideração as séries históricas de gastos com custeio dos serviços de saúde

⁹⁶ O Ministro Adib Jatene foi incansável na luta pela obtenção de mais recursos para a Saúde, seja no bojo da Seguridade Social, seja a partir de recursos não convencionais como o Fundo de Apoio ao Trabalhador (FAT). As condições para o financiamento da saúde entre 1991 e 1992 eram adversas, seja em função da crise econômica, que reduziu o peso das tradicionais fontes de recursos, seja em virtude do questionamento jurídico do FINSOCIAL que, no bojo do Orçamento da Seguridade, era a principal fonte de financiamento do setor saúde. Este ponto será tratado mais adiante.

⁹⁷ Em julho deste ano existia a perspectiva que o déficit de financiamento da saúde em 1993 poderia ser da ordem de US\$ 3,5 bilhões.

eventualmente existentes em cada Unidade da Federação, buscando detectar a presença de casos atípicos.⁹⁸

No entanto, nem a portaria nem a referida norma operacional explicitam como cada um desses itens foi utilizado no cálculo regional do valor da UCA, conforme explicitado na tabela V.5.

Vale mencionar, ainda que enquanto para a AIH foi fixado um teto em termo de número de autorizações, sem limite de valor, ocorreu o oposto no caso da UCA, na medida em que foi fixado um teto em valor para cada Estado (em termos per capita) independentemente da demanda por serviços de saúde encontrada em cada Unidade da Federação.⁹⁹

Várias contestações a respeito dos valores inicialmente atribuídos foram feitas pelos Estados, de forma que a portaria de No. 33 do Ministério da Saúde, promulgada em 27/03/91 redefiniu os valores a serem pagos pela UCA, reduzindo para quatro o número de grupos. Os aumentos reais no valor da UCA não foram tão expressivos entre o primeiro e o segundo semestre de 1991. O leque de variação estadual do valor da UCA caiu de 2,7 (portaria 20) para 1,8 (portaria 33), demonstrando a intenção do Governo em reduzir as desigualdades regionais no que diz respeito ao valor a ser repassado. Houve um ligeiro aumento da participação dos Estados da Região Norte e Nordeste ao lado de uma redução do Sul e Sudeste, a semelhança do que já vinha ocorrendo com a AIH.

Ao fim de 1991 e início de 1992 os cinco grupos de valor da UCA foram refundidos em quatro grupos, sendo o maior valor o relativo ao Estado de São Paulo e o menor constituído principalmente pelos Estados da Região Norte.

O valor total a ser repassado a título de custeio ambulatorial para cada Estado consiste na multiplicação do valor da UCA pelo total projetado da população estadual.

Muitos Secretários Estaduais de Saúde tem se queixado do caráter regressivo do valor da UCA. Estados que apresentam uma população com rendimentos mais elevados, como São Paulo, tem o valor da UCA quase duas vezes mais alto do que os Estados onde o quadro sócio-sanitário é mais precário.

⁹⁸ O texto original da Portaria 01.91 do INAMPS diz que "A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde, levando em consideração os casos atípicos".

⁹⁹ Cabe destacar que cada Estado tem uma demanda diferente por serviços de saúde, que influencia na magnitude das taxas de utilização das redes. Uma análise sobre os diferenciais de taxas de utilização de serviços de saúde pode ser encontrado em MEDICI, A.C. e CAMPOS, M. R., "Brasil: Padrões de Morbidade e Utilização de Serviços de Saúde", Relatórios Técnicos da ENCE/IBGE, No. 9, Rio de Janeiro (RJ), 1992.

Tabela V.5
**VALORES DA UCA NOS MESES DE JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO
 DE 1991 SEGUNDO GRUPOS DE UNIDADES DA FEDERAÇÃO**

Grupos	Valor da UCA (US\$ de dez/90)	Unidades da federação
G1	7.66	TO, RO, AP, PI, MA, SE, MT, AC, PA, RR, AM
G2	10.21	PE, PB, SC, MG
G3	12.76	ES, BA, AL, RN, DF
G4	15.31	GO, RJ, CE, PR
G5	17.86	RS
G6	20.41	SP

Fonte: Ver Tabela 10.

Tal situação tem sido justificada pelo fato de que o valor da UCA deveria ser crescente segundo o grau de complexidade da cobertura ambulatorial. Como os Estados mais ricos apresentam tais atributos, é natural conceder-lhes um valor da UCA mais elevado.

Por outro lado, seria difícil criar critérios que ponderassem o valor da UCA pela demanda potencial dos serviços ambulatoriais de saúde estimada segundo o quadro nosológico da população de cada Estado, dado que inexistem informações sistemáticas e atualizadas que permitam o uso dessa informação para a tomada de decisões.¹⁰⁰

Os recursos para cobertura ambulatorial a serem repassados para cada Estado são distribuídos mensalmente em duodécimos, equivalentes aos tetos mensais de desembolso federal em cada Estado. De cada duodécimo deverão ser abatidos os valores pagos em consultas ambulatoriais pelo sistema SIA/SUS naquele mês. Do montante de recursos que sobram, deverão ser descontados 10%, os quais pertencem exclusivamente aos Estados, devendo ser utilizados para custeio da máquina administrativa e dos serviços de saúde pública. Os recursos

¹⁰⁰ O critério pelo qual os Estados com redes de maior complexidade recebem valores mais elevados de UCA parece ser o mais correto, dado que os custos dos serviços de saúde são crescentes em regiões de maior desenvolvimento. Fatores como estruturas etárias mais envelhecidas exigem equipamentos e meios de diagnóstico e terapia mais sofisticados que acabam aumentando o custo da atenção ambulatorial. Ver sobre esse ponto MEDICI, A.C., "Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras" in Planejamento e Políticas Públicas, No. 4, dezembro de 1990, Ed. IPEA, Brasília (DF).

sobrantes deverão ser convertidos novamente em valores per capita e repassados aos Municípios segundo sua população.¹⁰¹

A experiência de alguns secretários estaduais e municipais de saúde no ano de 1991 demonstrou, no entanto, que somente o reembolso de recursos pagos pelo SIA/SUS é grande ao ponto de inviabilizar a transferência de qualquer outro recurso sobranter. Conseqüentemente, a sistemática de financiamento da atenção ambulatorial a partir da UCA tem trazidos dificuldades para a saúde financeira de muitos sistemas locais de saúde.

Desde que foi implantado esse sistema que os valores fixados como teto da UCA tem sofrido grandes flutuações reais. Considerando o período de janeiro de 1991 a maio de 1992, pode-se dizer que o valor médio da UCA mensal oscilou entre US\$ 0,69 e US\$ 1,88.

Em 1992 foi promulgada a Norma Operacional Básica (NOB 92) do INAMPS que altera alguns dos dispositivos da Norma Operacional 01/91. De acordo com esta norma, os valores residuais do custeio ambulatorial destinados aos Estados passaram de 10% para 30%, ficando somente 70% para serem distribuídos aos Municípios.¹⁰²

A crise econômica e o intento de realizar pesados cortes no orçamento federal, particularmente na área social, afetou fortemente os gastos federais com saúde a partir de 1990.¹⁰³ Conseqüentemente, o repasse federal para as esferas locais de governo começou a cair. No que se refere a UCA, por exemplo, a queda foi de 7,5%.

Cabe ressaltar, no entanto, que esta queda foi bastante seletiva, penalizando mais fortemente os Estados da Região Sudeste (queda de 26,8%) em relação aos do Nordeste (elevação de 41%).

¹⁰¹ Um conjunto de 5 equações descreve os passos que deverão ser seguidos a cada mês para repassar recursos para o custeio da atenção ambulatorial aos Estados e Municípios. Chamando de: U_t = Valor total dos recursos recebidos pelo Estado para atenção ambulatorial no ano; U_e = Valor da UCA do Estado e ; P_e = População do Estado e ; P_m = População do Município m ; U_{ei} = Valor total dos recursos recebidos pelo Estado e para atenção ambulatorial no mês i ; R_i = Reembolso das Consultas pagas pelo sistema SIA/SUS no mês i pelo Estado e ; U_{tm} = Valor total a disposição dos Municípios para a atenção ambulatorial, descontados o reembolso das consultas pagas pelo sistema SIA/SUS e os 10% que ficam a disposição do Estado no mês i ; U_{mi} = Valor total dos recursos recebidos pelo Município para atenção ambulatorial no mês i ; U_m = valor da UCA municipal no mês i para um dado Estado e ; tem-se que:

$$U_t = U_e.P_e \quad (1)$$

$$U_{ei} = U_t/12 \quad (2)$$

$$U_{tm} = (U_{ei} - R_i).0,9 \quad (3)$$

$$U_m = U_{tm}/p_e \quad (4)$$

$$U_{mi} = U_m.P_m \quad (5)$$

¹⁰² Esta norma foi publicada no Diário Oficial da União de 10 de fevereiro de 1992.

¹⁰³ Este assunto será abordado detalhadamente mais adiante.

A tabela V.6 mostra que na Região Norte somente o Pará e, em ínfima proporção o Amapá, obtiveram aumento nas transferências federais de recursos associados a UCA. Analogamente, no Nordeste somente o Piauí apresentou queda nas transferências federais. Os maiores acréscimos ficaram por conta de Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Bahia.

No Sudeste, todos os Estados com exceção de Minas Gerais, tiveram queda real nas transferências. Tais reduções foram mais acentuadas nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. No Sul, todos os Estados tiveram acréscimo na transferência da UCA, embora o maior tenha sido registrado em Santa Catarina. Por fim, no Centro-Oeste, somente Goiás apresentou queda no volume de transferências. Ao que tudo indica, portanto, o comportamento das transferências, a título da UCA, nos anos mais recentes, tem acarretado perdas para o Sudeste, obrigando os Estados desta Região a aumentar sua margem de auto-financiamento das políticas de saúde.

Assim, a tabela V.6 mostra que a implantação dos novos dispositivos legais de 1991 trouxe uma redefinição da concentração espacial das transferências federais para a Saúde nos Estados e Municípios.

Por fim, vale destacar que o repasse da UCA em 1991 não representou a maior parte das transferências de recursos federais para o custeio dos serviços de saúde, tal como previsto na legislação em vigor, fazendo com que muitos Estados recebessem volumes substanciais de recursos, a título de transferências negociadas.

c) Transferências destinadas ao investimento em saúde

As novas regras para o financiamento do setor saúde estabeleceram que uma parte dos recursos federais seria transferida a Estados e Municípios para o reequipamento dos estabelecimentos de saúde. Estes recursos seriam, inicialmente, repassados de duas formas:

- i) Uma forma negociada, através do Programa de Investimento em Saúde (PRÓ-SAÚDE);
- ii) Outra forma automática, estabelecida com o advento da Unidade de Capacitação de Rede (UCR), criada no momento da reedição da Portaria 001/91 do INAMPS, em 18 de julho de 1991.

Os recursos do PRÓ-SAÚDE foram alocados sob responsabilidade do Ministério da Saúde, a partir da definição de prioridades contida no Plano Quinquenal de Saúde.¹⁰⁴ No entanto, o referido plano não definiu as áreas e sub-setores onde tais investimentos deveriam ser feitos. Da mesma forma

¹⁰⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, "Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: A Saúde no Brasil Novo", Brasília (DF), 1991. Este Plano, em que pese o caráter bem elaborado de suas metas, e a boa definição de sua abrangência, nunca saiu das prateleiras do Ministério.

Tabela V.6
VALORES REPASSADOS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS
ATRAVÉS DA UCA 1990-1991
(em US\$ mil de dez/90)

Estados	1990	%	1991	%	Crescim. anual (%)
Brasil	2 293 900.4	100.0	2 122 855.0	100.0	-7.5
Norte	93 108.7	4.1	90 839.9	4.3	-2.4
AM	24 996.6	1.1	21 216.7	1.0	-15.1
PA	32 202.4	1.4	51 860.9	2.4	61.0
AC	6 883.9	0.3	3 393.2	0.2	-50.7
RO	17 050.6	0.8	10 558.0	0.5	-38.1
RR	9 871.6	0.4	1 697.4	0.1	-82.8
AP	2 103.6	0.1	2 113.7	0.1	0.5
Nordeste	390 256.8	17.0	550 458.9	25.9	41.0
MA	38 642.4	1.7	52 009.2	2.4	34.6
PI	33 828.0	1.5	27 289.2	1.3	-19.3
CE	61 965.9	2.7	86 246.4	4.1	39.2
RN	26 100.2	1.1	29 082.5	1.4	11.4
PB	26 064.8	1.1	41 689.6	2.0	59.9
PE	57 770.9	2.5	101 162.4	4.8	75.1
AL	20 822.4	0.9	32 556.7	1.5	56.4
SE	14 393.3	0.6	18 368.7	0.9	27.6
BA	110 668.9	4.9	162 054.2	7.5	46.4
Sudeste	1 359 954.4	59.3	995 131.8	46.9	-26.8
MG	191 474.3	8.3	217 441.8	10.2	13.6
ES	33 849.9	1.5	31 039.6	1.5	-8.3
RJ	358 514.1	15.6	227 406.6	10.7	-36.6
SP	776 116.1	33.9	519 243.8	24.5	-33.1
Sul	339 573.3	14.8	361 519.5	17.0	6.5
PR	138 690.9	6.0	148 544.3	7.0	7.1
SC	51 040.7	2.2	61 421.8	2.9	20.3
RS	149 841.7	6.6	151 553.4	7.1	1.1
C. oeste	111 007.2	4.8	124 904.9	5.9	12.5
MT	9 284.4	0.4	21 200.0	1.0	28.3
MS	18 624.9	0.8	22 400.8	1.1	20.3
GO	68 718.0	3.0	60 079.7	2.8	-12.6
DF	14 379.9	0.6	21 224.4	1.0	48.3

Fonte: Carvalho, G. et alii, "Estudo da evolução dos repasses federais de recursos para custeio", secretaria municipal de saúde de são José dos campos, mimeo., 1992.

não foram estabelecidos tetos de recursos a serem destinados ao investimento, bem como critérios claros e objetivos que pudessem orientar Estados e Municípios a solicitarem recursos para o investimento.

Mesmo assim, tais ausências não criaram obstáculos para a negociação e concessão de recursos para o investimento nas esferas locais de Governo, de forma negociada. Dentre os recursos aprovados pelo PRÓ-SAÚDE no primeiro semestre de 1991, orçados em US\$ 148 milhões, cerca de 28,9% foram canalizados para o Estado do Rio de Janeiro e destes, mais da metade para o Município do Rio de Janeiro.

Sem querer entrar no mérito das efetivas necessidades de investimento do Estado e do Município do Rio de Janeiro, vale comentar que esta informação mostra que os recursos foram negociados em função de conveniências políticas, haja vista a estratégia de aproximação do Presidente Fernando Collor e do Ministro da Saúde Alcení Guerra, do então Governador Leonel Brizola.

Quanto a UCR, cabe destacar que ela se destinou ao financiamento do investimento na rede de saúde, especialmente no que tange a aquisição de equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes. Não se destinava a construção de novas unidades, o que seria objeto do PRÓ-SAÚDE.

Os recursos da UCR deveriam ser repassados aos Estados de forma inversamente proporcional a capacidade instalada previamente existente. Os Estados deveriam administrar e repassar os recursos da UCR aos municípios, com base nos planos municipais de saúde que seriam apresentados.

Os valores da UCR variavam entre 1% e 5% do valor mensal calculado para a cobertura das atividades ambulatoriais, de forma inversamente proporcional ao valor da UCA, ou seja, ao grupo de Estados que recebia a UCA mais elevada caberia uma UCR de 1% sobre o valor da UCA total do Estado. Analogamente, aos Estados com a UCA mais baixa, este percentual era de 5%.

A aplicação deste critério fez com que fossem destinados mensalmente para os Estados e Municípios em 1991, valores equivalentes a US\$ 4,2 milhões (cerca de US\$ 50,4 milhões por ano). Estes recursos, embora procurassem reforçar os investimentos em saúde nos Estados com menor disponibilidade de rede, eram muito pequenos para que pudessem gerar estratégias significativas de investimento. Cabe mencionar, por exemplo, que eles representavam quase a terça parte das transferências negociadas através do PRÓ-SAÚDE.

A Norma Operacional Básica de 1992 do INAMPS redefiniu os critérios de liberação de recursos para investimento nas esferas locais de Governo. Os novos critérios condicionavam a liberação a existência de Planos Quinquenais de Investimentos, Planos Estaduais e Municipais de Saúde e Previsão dos Recursos em lei Orçamentária do Estado ou do Município.

No entanto, mesmo com o advento de critérios mais rígidos, quase todos os recursos liberados para investimento em 1991 e 1992 ocorreram por solicitação de deputados e senadores, não obedecendo, na maioria das vezes, a qualquer critério técnico de necessidade ou prioridade.¹⁰⁵ Por esta nova norma operacional, a UCR foi transformada em Fator de Estímulo a Gestão Estadual (FEGE), transferindo para a esfera dos Estados o papel de negociar com os municípios os recursos destinados ao investimento em saúde, aumentando o poder político dos Secretários Estaduais de Saúde e Governadores. Esta foi uma maneira que o Governo Federal, cedendo a pressões políticas de base local, encontrou para repartir sua capacidade de negociação com os Estados, tendo em vista somar esforços para as eleições municipais de 1992 que se avizinhavam.

Cabe comentar, no entanto, que os recursos para investimento em saúde estão aquém das necessidades reais. Os mecanismos de investimento a saúde nos anos setenta e oitenta estavam baseados no Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O enfraquecimento financeiro e o posterior desaparecimento desse fundo, cujos recursos eram transferidos de forma negociada, criou uma lacuna no processo de investimento em saúde, a qual não foi solucionada pelos critérios definidos nos anos noventa.

d) Estímulo a Municipalização

O automatismo dos critérios de repasse de recursos para o custeio e investimento a saúde nos Estados e Municípios foi apenas aparente. A Norma Operacional Básica No. 01/91 estabelecia que as transferências deveriam continuar a ser feitas com base em convênios estabelecidos entre os Estados e Municípios, desrespeitando a Lei 8.080/90 que estabelecia que metade das transferências de recursos aos Estados e Municípios deveriam ser automáticas. A única inovação refere-se a UCA que prevê um certo automatismo no repasse do resíduo aos Municípios, desde que estes constituam Fundos Municipais de Saúde, conforme as normas existentes na legislação promulgada pelo INAMPS.

Caso os municípios não tenham criado seus Fundos Municipais de Saúde os recursos ficariam a disposição da Secretaria Estadual de Saúde que os repassaria aos Municípios segundo seus próprios critérios.

Tentando estimular o processo de criação de Fundos Municipais de Saúde, bem como o cumprimento de outras normas da nova legislação, o

¹⁰⁵ Ver sobre esse ponto OLIVEIRA JR., M., "Problemas Atuais e Propostas para a Revisão do Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil", Texto apresentado na 9a. Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília (DF), outubro de 1992, in Cadernos da Nona, vol.2, Brasília, out. de 1992.

INAMPS criou o Fator de Estímulo a Municipalização, que corresponde a um repasse adicional de 5% do valor da UCA mensal ao município que cumprir os seguintes requisitos legais:

- i) Criação dos Conselhos Municipais de Saúde, compostos, de forma paritária, por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, prestadores privados contratados de serviços; profissionais de saúde e usuários dos serviços;
- ii) Criação do Fundo Municipal de Saúde;
- iii) Apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pelas autoridades do Executivo Municipal;
- iv) Criação da Programação e Orçamento em Saúde (PROS);
- v) Comprometimento de Recursos Não Inferiores a 10% do Orçamento dos Estados e Municípios com programas e ações de saúde;
- vi) Apresentação do Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- vii) Constituição de uma comissão para elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o estabelecimento do prazo de 2 anos para sua implantação.

Os Municípios que cumprirem tais requisitos receberiam até o 5o. dia útil de cada mês, os duodécimos adicionais relativos ao Fator de Estímulo a Municipalização (FEM).

Cabe destacar, no entanto, que estas normas foram estabelecidas sem levar em conta a grande diversidade de situações encontradas no quadro municipal brasileiro. Os municípios de maior porte, por exemplo, nem sempre tem possibilidades reais de alocar 10% de seus recursos orçamentários em saúde, sem prejuízo de outras funções igualmente importantes. Nesse sentido, pode-se dizer que o percentual de Municípios que cumprem tais requisitos ainda é baixo.

2. A distribuição de competências na saúde¹⁰⁶

Dadas as questões relacionadas a regionalização do financiamento do SUS, caberia agora levantar quais as competências de cada esfera de Governo nesta matéria, segundo a redefinição feita a partir da Constituição de 1988.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) define em seu Capítulo IV (Da Competência e das Atribuições, artigos 15 a 19) as atribuições comuns e exclusivas de cada uma das esfera de Governo no

¹⁰⁶ Este ponto não será discutido em profundidade dado ser objeto de outra questão relacionada a pesquisa do projeto "Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil".

campo da Saúde, regulamentando, dessa forma, o exposto no artigo 23 inciso II da Constituição Federal.

a) Atribuições comuns às três esferas de Governo:

Segundo o artigo 15 da referida Lei, cada esfera de Governo seria responsável em sua jurisdição por:

- definição de instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde;
- administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados a cada ano para a saúde;
- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- organização e coordenação do sistema de informações em saúde;
- elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- participação na formulação e execução da política e das ações de saneamento básico e proteção ao meio ambiente;
- elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- formulação e execução da política nacional de recursos humanos para a saúde;
- elaboração da proposta orçamentária anual do SUS;
- elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública;
- realização de operações externas de natureza financeira e interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal;
- requisitar bens e serviços de pessoas físicas ou jurídicas, em situações excepcionais, pagando-lhes para tal a justa indenização;
- implementar o sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio-ambiente;
- elaborar normas técnico-científicas de promoção e recuperação da saúde;
- promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

b) Atribuições exclusivas do Poder Federal

A Lei Orgânica da Saúde limita as competências federais, embora garanta a esta esfera um maior papel no que diz respeito a regulação e regulamentação do setor. Sendo assim, são atribuições da União:

- Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- participar na formulação e implementação de políticas de controle as agressões do meio ambiente, saneamento básico, de condições e ambientes de trabalho;
- Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
- definir mecanismos de controle no caso de agravos ao meio ambiente ou prejuízos a saúde humana deles decorrentes;
- coordenar a política de saúde do trabalhador;
- coordenar e participar da execução da política de vigilância epidemiológica;
- estabelecer normas e executar a vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, sendo acompanhada, em caráter complementar, pelos Estados e Municípios;
- estabelecer critérios e parâmetros para o controle da qualidade sanitária dos produtos;
- promover a formação de recursos humanos em saúde;
- formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos de saúde, em articulação com outros órgãos governamentais;
- identificar serviços estaduais e municipais de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência a saúde;
- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados para a assistência a saúde;
- promover a descentralização da rede e dos serviços de saúde para os Estados e Municípios de abrangência estadual e municipal;
- normatizar e coordenar nacionalmente o sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- acompanhar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e Municipais;
- elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em colaboração com Estados e Municípios;

- Estabelecer um sistema nacional de auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação técnica com outras esferas.

c) Atribuições exclusivas dos Estados

Com a nova sistemática, passam a ser atribuições exclusivas dos Estados:

- promover a descentralização para os Municípios dos serviços e ações de saúde;
- acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente as ações de serviços de saúde;
- coordenar em caráter complementar executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- participar do controle dos agravos ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde;
- participar da formulação e execução das políticas e ações de saneamento básico e de condições e ambiente de trabalho;
- em caráter suplementar, formular, executar acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua dependência administrativa;
- estabelecer normas em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- controle de qualidade suplementar para produtos e substâncias de consumo humano;
- colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada;

d) Atribuições exclusivas dos Municípios

Os Municípios passam a ser as esferas mais diretamente comprometidas com a execução direta dos serviços de saúde. Nesse sentido, passam a ser atribuições exclusivas destas esferas:

- planejar, organizar, controlar, avaliar e gerir os serviços públicos de saúde;

- participar, em articulação com o Estado, do planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde;
- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- executar, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- formar consórcios administrativos intermunicipais;
- gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- colaborar com a União e com os Estados na vigilância sanitária, dos portos, aeroportos e fronteiras;
- celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde controlar e avaliar sua execução;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde.

e) **Pontos obscuros**

A definição das competências segundo consta a Lei Orgânica da Saúde deixa uma série de lacunas e pontos obscuros. Tais problemas podem levar a indefinições quanto a repartição dos recursos para a saúde nas três esferas de Governo. Os principais pontos obscuros que tem sido objeto de discussão, no que se refere a questão das competências em saúde diz respeito a:

i) Excesso de duplicação no que diz respeito a formulação de políticas de saúde, meio-ambiente e saneamento, sem especificar o qual o conteúdo e a forma de participação de cada esfera de competência. Na verdade a lei não específica, ao falar das competências comuns às três esferas, ou até mesmo ao detalhar as competências de cada uma, em que nível cada esfera poderia formular uma política independente.

ii) Falta de definição de como as esferas irão participar do financiamento dos serviços de saúde. Embora este ponto tenha sido pouco mais aprofundado na Lei 8142 de 28/12/90, não existe ainda clara definição de quais os recursos que irão compor o montante global disponível para o custeio e o investimento do setor saúde em cada esfera de Governo. A perspectiva de uma reforma fiscal ou da vinculação (de fontes ou percentuais) para o financiamento do setor coloca ainda mais dúvidas sobre

o melhor procedimento a ser adotado na composição final das receitas relativas ao setor;

iii) Falta de definição do papel de cada esfera no planejamento e na execução dos serviços de saúde. Tanto a União, como Estados e Municípios irão participar da execução dos serviços, mas em que níveis?

iv) Falta de definição dos espaços de flexibilidade para organização dos serviços por parte das esferas locais e Governo. Qual o modelo de gestão que deverá ser utilizado? Este modelo deverá ser único e seguido por todos ou cada Estado ou Município terá liberdade de utilizar o modelo de gestão de serviços que melhor lhe convier?

v) Falta de definição de prioridades no que diz respeito a clientela e formas de atendimento. Deverá este modelo priorizar a cobertura de clientela hoje desassistidas ou ele promoverá uma mesma estratégia de cobertura para todas as classes e segmentos da sociedade?

vi) Falta de definição do modelo de atenção a saúde (critérios de hierarquização e uso dos espaços regionalizados, portas de entrada do sistema, etc.). Qual o modelo de hierarquização de serviços que deverá ser usado? Estará ele baseado somente no setor público ou num "mix" público-privado de oferta de serviços? Qual a estratégia de remuneração dos médicos e profissionais de saúde nesse modelo? Deverá ser unívoca ou flexível?

Capítulo VI

OS GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Este capítulo tem por objetivo avaliar o compromisso que as três esferas do Governo: União, Estados e Municípios tem tido efetivamente com o financiamento do setor saúde no Brasil, ao longo dos anos oitenta e início dos noventa. Para tal, foi necessário construir séries históricas de dados sobre gastos com saúde dos Governos Federal, Estadual e Municipal, compatibilizando diversas fontes.

Os gastos federais foram obtidos a partir de dados dos Balanços Gerais da União, consolidados e sistematizados pela Coordenadoria de Política Social do IPEA e pela Área de Política Social do IESP/FUNDAP.¹⁰⁷ Os dados sobre gastos estaduais e municipais foram obtidos através de levantamentos do Departamento de Contas Nacionais do IBGE e pelas estatísticas da Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional¹⁰⁸ do Ministério da Economia.

A Metodologia para a obtenção dos gastos em saúde em cada esfera de Governo foi considerar o gasto federal em sua totalidade e deduzir, dos gastos dos Estados e Municípios, as transferências negociadas de recursos da União¹⁰⁹ para o setor. Sendo assim, as transferências de recursos para Estados e Municípios decorrentes de programas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam elas de natureza ambulatorial (UCA)

¹⁰⁷ Ver sobre este assunto o artigo de PIOLA, S. F., "Gasto Federal em Áreas Sociais: Resultados de 1992. Texto preparado para o IESP/FUNDAP, mimeo., junho de 1993.

¹⁰⁸ Estes dados foram sistematizados por Marcos Cícero N.P. Maciel para o projeto "Estrutura e Evolução dos Gastos Sociais dos Governos Estadual e Municipal no Brasil", desenvolvido na Área de Políticas Sociais do IESP/FUNDAP.

¹⁰⁹ As transferências da União para os Estados e Municípios foram obtidas através de tabulações especiais feitas para o sub-projeto "Canais de Acesso aos Fundos Públicos" desenvolvido no âmbito do projeto "Federalismo Fiscal no Brasil" do IESP/FUNDAP.

ou hospitalar (AIH), foram consideradas, para todos os efeitos, como gastos da União, não sendo dessa forma duplicados nos gastos a cargo das esferas locais de Governo.

O objetivo deste procedimento foi tentar mapear a origem dos recursos que deram suporte ao gasto, e não o desembolso efetivo comandado por cada esfera de Governo. Nesse sentido, os gastos dos Estados e Municípios aqui apresentados tem como origem básica as fontes de recursos próprias dessas esferas.¹¹⁰

Como gastos de saúde nas três esferas de Governo, foram compreendidos aqueles destinados a prestação de assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e farmacêutica, bem como a supervisão e execução de atividades de erradicação e controle de endemias e apoio a populações de risco nutricional. Os dados foram todos transformados para preços médios de 1992, utilizando-se o Índice Geral de Preços –Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas e convertidos para dólares daquele mês. Este procedimento permite ter uma série de valores constantes em moeda americana.

1. Os gastos federais com saúde

A análise do gasto com saúde nos anos oitenta e noventa pode ser feita em quatro momentos distintos.¹¹¹

a) O primeiro corresponde ao final do “modelo centralizado”, que vem desde 1974 e se estende até 1982.

b) O segundo que pode ser denominado como “modelo de transição”, se inicia em 1983 e vai até 1986. Caracteriza-se pela presença de programas como o de Ações Integradas de Saúde (AIS), seguido do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

c) Com a consolidação do SUDS em 1987 e com a promulgação da Constituição de 1988 tem-se o “Modelo Descentralizado”, baseado no repasse crescentemente automático de recursos, para os Estados e Municípios, com ênfase na intermediação das esferas estaduais enquanto instâncias de promoção das condições de regulação e equidade.

¹¹⁰ Compreende-se como fontes de recursos próprios destas esferas de Governo aqueles oriundos da arrecadação de tributos de sua competência específica, adicionados das transferências constitucionais, como é o caso dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios.

¹¹¹ Uma análise destes quatro momentos da política de saúde nos anos oitenta, pode ser visto em MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B e VIANNA, A.L., “Desenvolvimento e Crise do Setor Saúde nos Anos Oitenta e Noventa”, IESP/FUNDAP, mimeo, agosto de 1993.

d) Por fim tem-se o quarto momento de "Descentralização Tutelada", correspondente ao Governo Collor, onde os recursos voltam a ser repassados de forma negociada, com o retorno da administração convencional.

A tabela VI.1 mostra a evolução dos gastos federais ao longo do período 1980-1993.

O final do modelo centralizado corresponde ao início da crise econômica dos anos oitenta. Naquele momento observa-se que o gasto absoluto com saúde apresenta uma ligeira queda, embora permaneça constante enquanto proporção do PIB.

A fase que corresponde ao modelo de transição reflete, no âmbito da economia brasileira, o momento mais drástico da crise econômica do início dos anos oitenta, seguido das estratégias heterodoxas de ajustamento. Neste período observa-se uma queda no gasto federal absoluto com saúde, seguido de uma recuperação, a qual nada mais é do que o reflexo do retorno ao crescimento da economia e da arrecadação governamental em 1985 e 1986. No entanto, verifica-se que o gasto em saúde como proporção do PIB atinge os valores mais baixos da década.

Com a implantação do modelo descentralizado, os gastos federais com saúde atingem seus níveis mais elevados, tanto em termos absolutos como em termos de proporção do PIB, onde o dispêndio ultrapassou a casa dos 2,5% da renda nacional.

O advento do Governo Collor marcou a passagem para o modelo de descentralização tutelada, caracterizando uma acentuada queda nos níveis do gasto federal com saúde, tanto ao nível absoluto como em termos de percentual do PIB, atingindo estes níveis inferiores aos obtidos no início da década de oitenta. Os gráficos VI.1 e VI.2 ilustram bem essa situação. Com a saída de Collor de Mello e o advento do Governo Itamar Franco, o gasto com saúde voltou a subir ligeiramente em 1993, embora estivesse longe de recuperar seus níveis mais elevados da década passada.

2. Os gastos dos estados e municípios com saúde

A primeira vista, pode-se dizer que os gastos com saúde das esferas locais de Governo aumentaram significativamente ao longo dos anos oitenta e noventa. Cabe, no entanto, destacar qual a parcela dos gastos efetivamente correspondeu ao desembolso próprio destas esferas e qual aquela que se refere às transferências da União para os Estados e Municípios.

Começamos pela análise dos gastos estaduais com saúde. Pode-se dizer que a primeira vista eles tiveram comportamento ligeiramente distinto do observado no desempenho dos gastos federais. Mantiveram-se ligeiramente crescentes na fase do modelo descentralizado, especialmente em 1982, quando foi registrada a primeira transferência federal de recursos

Tabela VI.1
EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE: 1980-1993
(em US\$ milhões de 1992)

Anos	Gasto federal	Cresc. anual	Indice 1980 = 100	% do PIB
1980	7 356.3	-	100.0	2.01
1981	6 846.3	-6.93	93.1	1.96
1982	7 148.3	4.41	97.2	2.03
1983	5 715.6	-20.04	77.7	1.68
1984	5 956.6	4.22	81.0	1.66
1985	6 857.3	15.12	93.2	1.77
1986	7 340.9	7.05	99.8	1.76
1987	10 624.4	44.73	144.4	2.45
1988	10 030.2	-5.59	136.3	2.33
1989	11 320.3	12.86	153.9	2.55
1990	9 451.6	-16.51	128.5	2.09
1991	7 847.0	-16.98	106.7	1.82
1992	6 571.2	-16.26	89.3	1.54
1993	8 307.6	26.42	112.9	1.85

Fonte: Balanços Gerais da União.

Gráfico VI.1
EVOLU O DOS GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE
1980-1993

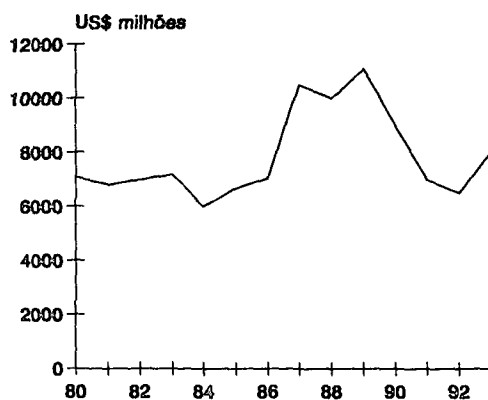
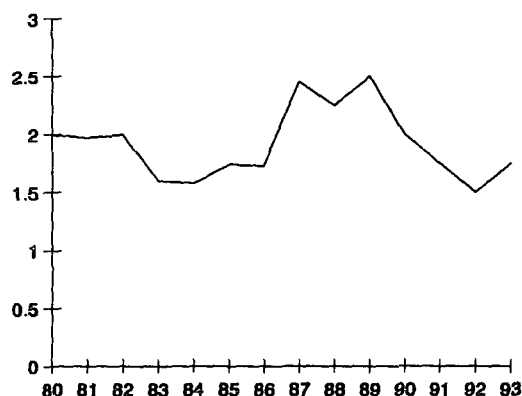


Gráfico VI.2
GASTO FEDERAL EM SAÚDE COMO PERCENTAGEM
DO PIB 1980-1993



para estas esferas no bojo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e de outros programas.

Já em 1983 e 1984, mesmo com a intensificação dos programas de transferência de recursos, observa-se uma queda dos gastos estaduais com saúde, como decorrência da fase mais aguda da crise econômica.

Entre 1985 e 1989 os recursos gastos pelos Estados crescem continuamente, embora esse crescimento possa ser atribuído às transferências federais de recursos.

Como pode ser visto na tabela VI.2, o movimento dos gastos estaduais líquidos com saúde, isto é, a diferença entre os gastos estaduais totais e as transferências federais para o setor mostra que:

a) Entre 1980 e 1983, os gastos das esferas estaduais líquidos de transferências sofrem queda contínua, caindo, inclusive enquanto proporção do PIB.

b) Em 1984 e nos dois primeiros anos da Nova República (1985/6) observa-se uma recuperação dos gastos estaduais líquidos, movimento também verificado na dinâmica dos gastos federais. Vale ressaltar, também o crescimento das transferências federais aos Estados neste período. Portanto, todos os fatores atuaram no sentido do crescimento dos gastos com saúde destas esferas de Governo;

c) Os anos de 1987 e 1988, marcam um total declínio dos gastos estaduais com saúde, o que em parte foi contra-partida do crescimento brutal das transferências federais de recursos para estas esferas por conta

Tabela VI.2
EVOLUÇÃO DOS GASTOS ESTADUAIS COM SAÚDE: 1980-1992
(em US\$ milhoes de 1992)

Anos	Gastos estaduais (1)	Transfer. federais (2)	Gastos estaduais líquidos (3)=(1)-(2)	Taxas de cresc. de (3) em %	Gastos estaduais líquidos como % do PIB
1980	1 666.3	-	1 666.3	-	0.45
1981	1 560.1	-	1 560.1	-6.4	0.45
1982	1 633.8	254.8	1 379.0	-11.6	0.39
1983	1 488.8	197.8	1 291.0	-6.4	0.38
1984	1 645.4	175.4	1 470.0	13.9	0.41
1985	1 923.7	370.1	1 553.6	5.7	0.40
1986	2 485.5	522.6	1 962.9	26.3	0.47
1987	3 811.6	1 905.2	906.4	-53.8	0.21
1988	4 510.5	4 569.5	-59.0	-	0.00
1989	4 086.7	2 927.5	1 159.2	-	0.26
1990	3 703.5	2 082.4	1 621.1	39.8	0.38
1991	3 053.9	1 670.4	1 383.5	-14.7	0.32
1992	1 545.2	202.5	1 342.7	-2.9	0.32

Fonte: DECNA/IBGE; DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União.

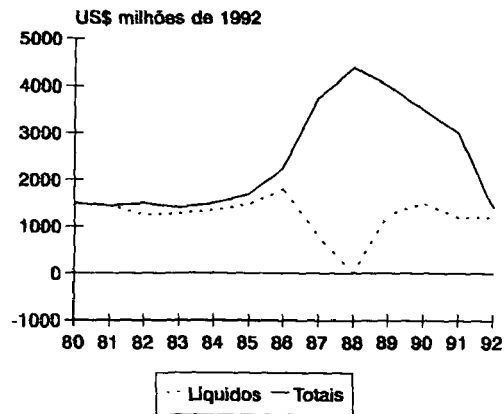
OBS: Os dados relativos a 1993 não foram apresentados por não se conhecer o valor das transferências Federais aos Estados em 1993.

do SUDS. Vale ressaltar que, em termos líquidos, os Estados nada gastaram com saúde em 1988 e que parte do dinheiro transferido pelo Governo Federal foi aplicado em outros programas distintos da saúde. Certamente que a política de caixa única utilizada pelas administrações estaduais, aliada a total ausência de fiscalização da aplicação dos recursos contribuiu para este fato. Outra hipótese seria dada pela possibilidade de transferência de recursos dos Estados para Municípios no montante de até US\$ 59 milhões, o que não pode ser comprovado dado não se ter mapeada a transferência de recursos entre Estados e Municípios.

d) Por fim, vale ressaltar que nos anos mais recentes como 1989 e 1990 os Estados voltaram a destinar parcelas crescentes de seus recursos próprios para a saúde, como demonstra a tabela VI.2. Mas a crise dos anos noventa fez com que os gastos estaduais voltassem a decrescer, ainda que ligeiramente, nos anos de 1991 e 1992.

No que se refere aos gastos municipais, pode-se observar que em que pese o declínio dos gastos líquidos destas esferas em 1981, 1983, 1987 e 1989, eles tiveram um comportamento menos irregular do que o relativo aos Estados, cabendo destacar as seguintes características ao longo da década:

Gráfico VI.3
GASTOS DOS ESTADOS COM SAÚDE
1980-1990



a) Em termos absolutos, o ritmo de crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde foi muito mais intenso do que o verificado com os gastos estaduais;

b) Em termos de participação no PIB, pode-se dizer que a dos municípios cresce mais do que o dobro na década, passando de 0,17%, em 1980 para 0,36% em 1988, enquanto que a dos Estados declinou no mesmo período. Sendo assim, no início dos anos noventa, os gastos com saúde dos municípios eram quase equivalentes aos gastos estaduais.

c) Pode-se dizer, ainda, que o movimento de retirada de recursos próprios em função de transferências federais foi muito mais suave nos Municípios do que nos Estados.

A crise econômica do final dos anos oitenta e início dos anos noventa pode indicar, também, que os municípios se encontram em dificuldades para aumentar seus aportes próprios em saúde, fato que só poderia ser contrarrestado pelo aumento das transferências da União para Estados e Municípios em função do aumento dos recursos alocados nos Fundos de Participação (FPE e FPM), por determinação constitucional.

Vale destacar que, entre 1986 e 1988 o percentual de transferência para estes fundos foi de 16% para Estados e 17% para Municípios. Com o advento da Constituição de 1988, estas transferências chegaram a 19,5% para Estados e 21% para Municípios. Em outras palavras, a partilha dos dois principais impostos federais –Imposto de Renda e Imposto sobre

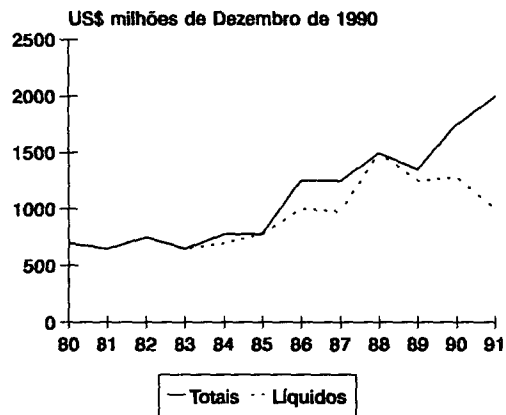
Tabela VI.3
EVOLUÇÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE: 1980-1992
(em US\$ milhoes de 1992)

Anos	Gastos Municip. (1)	Transfer. Federais (2)	Gastos Municip. Líquidos (3)=(2)-(1)	Taxas de Cresc. de (3) em %	Gastos Municip. Líquidos como % do PIB
1980	687.3	-	687.3	-	0.19
1981	641.7	-	641.7	-6.6	0.18
1982	755.1	-	755.1	17.7	0.21
1983	632.1	-	632.1	-16.3	0.19
1984	804.8	76.4	728.5	15.3	0.20
1985	827.5	-	827.5	13.6	0.21
1986	1285.1	223.4	1061.7	28.3	0.26
1987	1284.6	402.4	982.2	-7.5	0.23
1988	1562.9	27.9	1535.0	56.3	0.36
1989	1423.2	162.8	1260.4	-17.9	0.28
1990	1764.1	340.1	1424.0	13.0	0.34
1991	2025.4	944.5	1080.9	-24.1	0.25

Fonte: DECNA/IBGE, DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União.

OBS: Os gastos municipais de 1989 a 1991 foram estimados a partir dos dados da DIVEM/DTN. Os dados para 1992 e 1993 não foram apresentados pela ausência de informações sobre transferências Federais para Municípios naquele ano.

Gráfico VI.4
GASTOS DOS MUNICÍPIOS COM SAÚDE
1980-1990



Produtos Industrializados- para as esferas locais de Governo passou de 33% em 1987 para 43,5% em 1990.¹¹²

3. Os gastos totais com saúde nas três esferas de Governo

A análise conjunta dos dados apresentados até o presente momento revela que o dispêndio federal sempre teve, ao longo dos anos oitenta, e ainda tem grande importância no conjunto do gasto com saúde. Como pode se observar nas tabelas VI.4, VI.5 e VI.6, o nível federal era responsável em 1990 por cerca de 65% do total do gasto público com saúde realizado no país.

No entanto, as mesmas tabelas revelam que essa participação vem declinando com o tempo, na medida em que despontam em importância os gastos das esferas locais.

É verdade que entre 1983 e 1986, os gastos estaduais assumiram uma importância maior no total do dispêndio público com saúde no Brasil. Em 1986, por exemplo, chegaram a representar quase 19% do gasto total do setor. No entanto, desde 1987 que a participação dos Estados no financiamento é declinante. Com a crise de financiamento a partir de 1989/90, provocada pela redução dos recursos absolutos para saúde, é possível que em 1991 e 1992 os Estados tenham voltado a aumentar sua participação nos gastos com saúde. Existem algumas evidências que este fenômeno aconteceu não apenas nos Estados, mas também nos Municípios, com maior intensidade. Nestas esferas, com exceção de poucos anos, há uma forte tendência a expansão dos gastos próprios com saúde, como foi possível demonstrar na tabela VI.6.

Quanto aos gastos da União, vale dizer que estes sofreram grandes oscilações ao longo da década. Sua participação é relativamente estável no período 1980-1984, declinante no período 1985/86 e ampliada nos anos 1987/89, voltando a decrescer, provavelmente, no período 1990/92, em função dos cortes sofridos ao longo do Governo Collor.

Os dados mostram, também, que a participação da União no financiamento da saúde, em que pese as oscilações registradas, continuou sendo majoritária, situando-se em quase todos os anos na faixa dos 70% a 87%. Tal fato nos leva a pensar sobre a possibilidade ou não de reverter o atual sistema de financiamento da saúde, hoje centrado nos fundos arrecadados pelo poder central.

¹¹² Ver sobre este ponto o texto produzido pela área fiscal do IESP/FUNDAP, intitulado "As Finanças dos Estados Durante o Período 1980-89", Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo (SP), julho de 1992, mimeo.

Tabela VI.4
**GASTO PÚBLICO EM SAÚDE CONSOLIDADO NAS TRÊS ESFERAS DE
GOVERNO - BRASIL: 1980-1990**
(em US\$ milhões de 1992)

Anos	Total	União	Estados	Municip.
1980	9710.1	7356.3	1666.3	687.5
1981	9048.1	6846.3	1560.1	641.7
1982	9282.4	7148.3	1379.0	755.1
1983	7638.7	5715.6	1291.0	632.1
1984	8155.1	5956.6	1470.0	728.5
1985	9238.4	6857.3	1553.6	827.5
1986	10365.5	7340.9	1962.9	1061.7
1987	12513.0	10624.4	906.4	982.2
1988	11506.3	10030.3	-59.0	1535.0
1989	13739.9	11320.3	1159.2	1260.4
1990	12496.7	9451.6	1621.1	1424.0
1991	10320.4	7847.0	1383.5	1089.9
1992	9079.8	6571.2	1342.7	^a 1165.9

^a Estimativa.

Tabela VI.5
**GASTO PÚBLICO TOTAL EM SAÚDE COMO PORCENTAGEM
DO PIB - BRASIL: 1980-1990**

Anos	Total	União	Estados	Municip.
1980	2.65	2.01	0.45	0.19
1981	2.59	1.96	0.45	0.18
1982	2.63	2.03	0.39	0.21
1983	2.25	1.68	0.38	0.19
1984	2.27	1.66	0.41	0.20
1985	2.49	1.77	0.40	0.21
1986	2.49	1.76	0.47	0.26
1987	2.99	2.45	0.21	0.23
1988	2.69	2.33	0.00	0.36
1989	3.09	2.55	0.26	0.28
1990	2.81	2.09	0.38	0.34
1991	2.39	1.82	0.32	0.25
1992	2.11	1.54	0.32	0.25

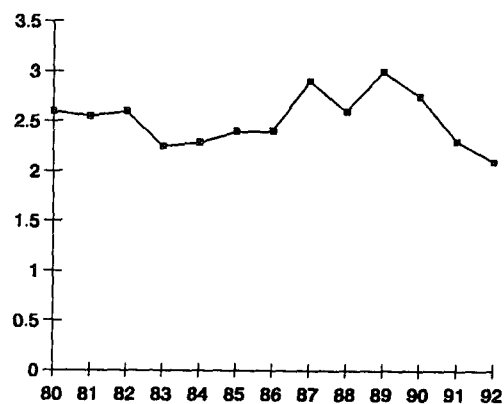
Fonte: Ver tabela anterior.

Tabela VI.6
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO GASTO TOTAL EM SAÚDE
 POR ESFERA DE COMPETÊNCIA: BRASIL: 1980-1990**

Anos	Total	União	Estados	Municip.
1980	100.0	75.75	17.16	8.09
1981	100.0	75.53	17.21	7.26
1982	100.0	77.01	14.86	8.13
1983	100.0	74.82	16.90	8.28
1984	100.0	73.04	18.03	8.93
1985	100.0	74.23	16.82	8.95
1986	100.0	70.82	18.94	10.24
1987	100.0	84.91	7.24	7.85
1988	100.0	87.17	0.00	12.83
1989	100.0	82.39	8.44	9.17
1990	100.0	75.63	12.97	11.40
1991	100.0	76.03	13.41	10.56
1992	100.0	72.37	14.79	12.84

Fonte: Tabelas Anteriores.

Gráfico VI.5
**GASTOS TOTAIS EM SAÚDE COMO PERCENTAGEM
 DO PIB 1980-1990**



4. Relações entre gastos com saúde e receitas nas distintas esferas de Governo

Como tem se comportado o gasto com saúde como proporção da arrecadação ou do dispêndio total de cada esfera de Governo? Pode-se dizer que esta relação é importante para se conhecer como a saúde tem sido encarada no bojo das prioridades alocativas da máquina pública.

No plano federal, pode-se dizer que a receita total seria dada pela soma das receitas tributárias e de contribuições do Tesouro com a arrecadação própria da previdência social. A tabela VI.7 mostra a relação entre gasto federal com saúde e receita total da União.

Verifica-se que a participação dos gastos com saúde no total das receitas da União atingiu seu ponto mais alto no período 1987-1989, quando chegou a quase 17% da receita total da União. Este é o período que corresponde ao auge do SUDS, sob a administração de Hésio Cordeiro à frente do INAMPS. No período 1990/92, o decréscimo dos gastos com saúde ao nível federal vem ocorrendo não apenas em termos absolutos mas também em termos relativos, isto é, como parte da receita, retornando aos níveis vigentes no início da década de oitenta. Este período corresponde ao ajuste no gasto social feito pela administração Collor de Mello.

A análise dos gastos com saúde como proporção das receitas estaduais revela, no entanto uma realidade ainda mais drástica. Diferentemente do ocorrido ao nível federal, os gastos estaduais em saúde caem gradativamente ao longo da década enquanto proporção das receitas dos Estados, comprovando a baixa prioridade atribuída por esta esfera de Governo ao setor.

Não é preciso fazer uma análise exaustiva para comprovar que, mesmo com todos os programas de descentralização, a participação dos gastos com saúde nas receitas próprias dos Estados tem sido declinante ao longo dos últimos dez anos. No entanto, se fosse cumprida a recomendação no sentido de que os Governos Estaduais viessem a gastar 10% de suas receitas totais próprias, deduzidas as transferências específicas para o setor saúde, haveria um aumento dos recursos disponíveis para o setor da ordem de US\$ 1,9 bilhões anuais, ou seja, 14,7% a mais sobre o gasto total com saúde realizado em 1990.

Na ausência de estimativas confiáveis de receitas próprias e transferências a Estados e Municípios, a análise dos dados relativos a estas esferas levou em consideração a relação entre despesa total e receita total, deduzidas de ambas as transferências específicas para a saúde. Com isso chegou-se a seguinte relação, expressa na tabela VI.9

Observa-se que os gastos municipais são relativamente estáveis como proporção da despesa dos municípios, pelo menos até 1987, onde só são observadas pequenas variações determinadas pelo ciclo econômico. Mas a

Tabela VI.7
**GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DA RECEITA
 FEDERAL TOTAL: BRASIL: 1980-1990**
(em US\$ milhões de dez/90)

Anos	Receita do tesouro	Receita previdenciária	Receita total	Gastos liquidados com saúde	(%)
1980	39 183.7	20 751.7	59 935.4	7 356.3	12.3
1981	39 183.7	21 277.4	60 461.1	6 846.3	11.3
1982	40 816.3	25 320.6	66 136.9	7 148.3	10.8
1983	37 919.7	21 353.9	59 273.6	5 715.6	9.6
1984	27 867.7	19 370.4	47 238.1	5 956.6	12.6
1985	40 265.4	21 069.0	61 334.4	6 857.3	11.2
1986	48 793.9	24 435.9	73 229.8	7 340.9	10.0
1987	45 287.2	24 590.7	69 877.9	10 624.4	15.2
1988	40 158.4	21 730.4	61 888.8	10 030.3	16.2
1989	43 773.4	19 722.4	63 495.8	11 320.3	17.8
1990	46 770.6	21 866.9	68 637.5	9 451.6	13.8
1991	36 346.7	19 973.9	56 320.6	7 847.0	13.9
1992	36 786.2	22 365.0	59 147.2	6 571.2	11.1

Fonte: Revista Conjuntura Econômica, Indicadores IESP e Balanços Gerais da União.

Tabela VI.8
**GASTOS ESTADUAIS EM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DA RECEITA
 ESTADUAL TOTAL - BRASIL: 1980-1990**
(em US\$ milhões 1992)

Anos	Receita tribut. própria	Transf. constit. FPE e outras	Receita total	Gastos liquidados com saúde	(%)
1980	20 701.0	2 944.6	23 645.6	1 666.3	7.0
1981	19 263.7	2 955.0	22 218.7	1 560.1	7.2
1982	20 442.8	3 746.9	24 189.7	1 379.0	5.7
1983	17 809.8	3 863.7	21 673.5	1 291.0	6.0
1984	18 449.2	3 967.7	22 416.9	1 470.0	6.6
1985	21 948.9	5 606.6	27 555.5	1 553.6	5.6
1986	29 110.7	6 624.9	35 735.6	1 962.9	5.5
1987	24 184.5	6 287.0	30 471.5	906.4	3.0
1988	21 653.0	6 447.0	28 100.0	-59.0	-
1989	26 819.1	7 197.5	34 016.6	1 159.2	3.4
1990	29 770.8	7 872.8	37 643.6	1 621.1	4.3

Fonte: Área Fiscal e Área Social do IESP/FUNDAP.

Tabela VI.9
**GASTOS COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DOS GASTOS TOTAIS
 NOS MUNICÍPIOS - BRASIL: 1980-1990**
(em US\$ milhões de 1992)

Anos	Gastos municipais totais	Gastos municipais com saúde	(em %)
1980	10 922.5	687.5	6.3
1981	10 742.3	641.7	6.0
1982	12 176.7	755.1	6.2
1983	9 826.6	632.1	6.4
1984	9 737.9	728.5	7.5
1985	13 372.8	827.5	6.2
1986	17 426.8	1 061.7	6.1
1987	15 755.1	982.2	6.2
1988	15 483.8	1 535.0	9.9
1989	16 425.4	1 260.4	7.7
1990	17 400.8	1 424.0	8.2

Fonte: Área Social do IESP/FUNDAP.

partir de 1988 há uma mudança no patamar dos gastos municipais com saúde, embora as últimas estimativas (para 1989 e 1990) indiquem que tem ocorrido um ligeiro declínio absoluto e relativo dos gastos nestas esferas.

As evidências encontradas permitem mostrar que a esfera de Governo que gastou mais com saúde nos anos oitenta, tanto em termos absolutos como em termos relativos a suas receitas/despesas totais foi a Federal.

Tal fato se deve não apenas ao comprometimento relativo do gasto com saúde destinado pela União, mas também em função da magnitude das receitas federais, as quais são superiores em quase 30% a soma das receitas das demais esferas.

No entanto, alguns esforços tem sido feitos pelos Municípios, ao final da década de oitenta e provavelmente no início dos anos noventa para reverter tal situação. Pode-se dizer que as únicas esferas que aumentaram sua participação no gasto com saúde entre 1988-1990 foram a federal e a municipal, dado que os Estados contraíram sua participação média em relação ao desempenho observado nos anos anteriores.

Vale dizer ainda, que com a atual participação dos Estados e Municípios na carga fiscal nacional, aumentar o gasto com saúde para 10% da receita destas esferas não traria efeitos no aumento dos gastos com saúde superiores a 20%.

Se há portanto, um diagnóstico de que o gasto com saúde no Brasil tem sido insuficiente para financiar a univesalização e a equidade do acesso, num modelo descentralizado, o aumento do gasto só poderia advir:

- a) ou da elevação do gasto da União com o financiamento e o repasse de recursos para a saúde nas esferas locais;
- b) ou da redistribuição da partilha tributária, no sentido de elevar as receitas e encargos das esferas locais de Governo;
- c) e/ou do aumento da participação dos gastos com saúde nas esferas locais para algo em torno de 20% de suas receitas próprias e transferências recebidas.

5. Considerandos finais

Ao longo dos anos setenta e oitenta, pode-se observar que as políticas de saúde federais e a descentralização dessa política para Estados e Municípios foi financiada com uma série de fundos sociais. O principal desses fundos, no entanto, foi o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que, composto hegemonicamente por recursos oriundos das contribuições sobre a folha de salários de empregados e das empresas, financiou toda a política de assistência médica da Previdência Social até 1988.

Mesmo depois dessa data, quando ocorreu a universalização da saúde no bojo do conceito de seguridade social, os recursos para a saúde, não apenas aqueles retidos para os programas federais, mas também os repassados aos Estados e Municípios, continuaram a ter nas contribuições sociais de empregados e empresas sua principal fonte de financiamento.

Pode-se dizer que, ainda que de forma marginal, outros fundos sociais foram utilizados no financiamento das ações de saúde. Assim, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), durante os anos setenta e oitenta foi a principal fonte de financiamento dos programas de investimento em saúde. Entre 1975 e 1987,¹¹³ cerca de 27,4% dos recursos do FAS foram destinados à saúde, sendo aplicados preferencialmente no Sudeste e no Centro-Oeste.

O FINSOCIAL, criado em 1982, também teve boa parte de sua destinação inicial vinculada a programas do Ministério da Saúde. Em 1982, 41% dos recursos desse fundo foram assim canalizados. No entanto, em 1987 somente 16% dos recursos do FINSOCIAL tiveram esse destino. Com a Constituição de 1988 e a criação do Orçamento da Seguridade Social, o FINSOCIAL passou a ser fonte integrante dos recursos da Seguridade. Em alguns anos, como 1991 e 1992 definiu-se este fundo como sendo fonte

¹¹³ Ver sobre este ponto LIMA, M.A., "Financiamento do Sistema Único de Saúde: Reflexões Doutrinárias e Interpretações sobre a Participação do FINSOCIAL e do FAS", in Anais do Seminários sobre Financiamento do SUDS", São Paulo, 8 a 11 de agosto de 1988.

majoritária de financiamento das ações de saúde, numa tentativa frustrada de especialização de fontes.

Dados de 1992 mostram que naquele ano 52% dos recursos arrecadados pelo FINSOCIAL foram para o Ministério da Saúde. Este Ministério ainda recebeu 15% dos recursos da Contribuição sobre Folha de Salários, 9,1% da arrecadação da Contribuição Sobre o Lucro Líquido das Empresas, 95,6% da receita oriunda de concursos e prognósticos e 100% da receita das chamadas "loterias instantâneas".¹¹⁴

Independentemente das fontes que financiam o orçamento do Ministério da Saúde, os canais regionais de acesso aos fundos nesta área dependem basicamente das autoridades deste ministério, e não da vinculação direta dos fundos sociais.

No entanto, o abuso das formas negociadas de transferência de recursos para a saúde, nas esferas locais de Governo, tem feito com que aumentem as reivindicações no sentido de cumprir a lei 8080 e tornar cada vez mais automáticas as transferências.

Neste particular, devem ser comentados dois movimentos recentes: o documento oficial do Ministério da Saúde intitulado "*Municipalização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*", e o advento da Norma Operacional Básica 03/93, de maio desse ano.

O primeiro destes documentos mostra claramente sua intenção em declarar a dificuldade de cumprir a lei 8080, dado que passados quase três anos de sua promulgação, ela até agora não foi cumprida, especialmente no que se refere as transferências automáticas de recursos para as esferas locais de Governo.

Referindo-se a situação atual, este documento diz que o atual fundamento da relação financeira no custeio dos serviços de saúde dos Estados e Municípios se dá pelo pagamento por serviços prestados, critério presente tanto na AIH quanto na UCA (excluindo-se o resíduo). O documento prevê a implantação de uma estratégia de transição onde o pagamento por serviço prestado vai sendo progressivamente substituído por repasses financeiros aos Estados até que se chegue ao repasse financeiro global e automático dos recursos.¹¹⁵

No que diz respeito a forma de transferência dos recursos, a atual situação é dada pela celebração de convênios entre o nível federal e a esfera local de Governo. Assinados os convênios, começam a ser repassados os recursos. A forma futura de transferência prevista pelo documento seria

¹¹⁴ Dados da Coordenação de Orçamento e Finanças da Secretaria de Administração Geral do Ministério da Saúde.

¹¹⁵ Ver sobre este ponto o artigo produzido pelo GED/MS "*Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*" in *Revista Saúde em Debate* No. 38, Ed. CEBES, Londrina (PR), março de 1993.

dada pelo repasse de um fundo federal para o fundo estadual e/ou municipal. Assim, não haveria intermediação no repasse dos recursos que seriam automaticamente transferidos na relação entre os fundos.

Essas novas formas prevem, também, total autonomia dos Estados e Municípios para contratação de serviços públicos ou privados, inclusive os de natureza hospitalar, fato que hoje não ocorre, dada a centralização federal das contratações, especialmente de estabelecimentos privados de saúde.

Já a Norma Operacional Básica No. 03/93, de maio de 1993, adianta alguns mecanismos operacionais para realizar a prometida transição para um modelo de repasse automático de recursos para os Estados e Municípios. Esta lei mantém a UCA para os Estados e Municípios que não cumpriram as condições de aceleração do processo de municipalização, mas cria o Fator de Apoio aos Estados (FAE) e Fator de Apoio aos Municípios (FAM), que nada mais representam do que a introdução de critérios automáticos de repasse de recursos para os Estados e Municípios que avançaram os pré-requisitos para o processo de descentralização.¹¹⁶

Todos esses problemas estariam melhor encaminhados, caso não houvesse ocorrido em 1993 e 1994 uma forte crise institucional do setor saúde. Como foi visto, os recursos para saúde sofreram forte queda no período 1989-1992. Em 1993, em que pese o não cumprimento da lei orçamentária em efetuar os repasses equivalentes de 15,5% das contribuições sobre folha de salários para a saúde, dado a elevação dos gastos com o cumprimento constitucional da revisão do sistema de benefícios da Previdência Social, os gastos federais com saúde aumentaram 26%. No entanto, o setor atravessa fortes problemas de ineficiência e não tem em vista reformas que possam promover o aumento da produtividade e da equidade à curto prazo. Este assunto será tratado na próxima parte.

¹¹⁶ Na verdade, estes pré-requisitos são praticamente os mesmos definidos da legislação anterior e comentados exaustivamente neste texto.

TERCEIRA PARTE

**PROPOSTAS NO ÂMBITO DO
FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

Capítulo VII

TENDÊNCIAS RECENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE

O processo de descentralização dos sistemas de saúde que vem sendo implantado no Brasil apresenta alguns componentes básicos que merecem ser destacados:

a) A descentralização deve combinar transferências –dos níveis centrais ao níveis locais– não apenas competências, mas também de recursos físicos (rede) e financeiros.

b) Em termos de competências, caberia ao governo central ficar responsável somente por algumas ações trans-estaduais no campo da saúde pública e da vigilância sanitária e epidemiológica. O Ministério da Saúde seria o responsável pela elaboração do Plano Nacional de Saúde, o qual fixaria as metas a serem atingidas a curto, médio e longo prazo, no que diz respeito a cobertura, qualidade e resolutividade do sistema. Deveria organizar o arcabouço conceitual e normativo, bem como o sistema de fiscalização, controle e avaliação. Deveria apoiar financeiramente os Estados e Municípios (em caráter básico ou suplementar) a cumprir os objetivos do Plano Nacional de Saúde, alocando recursos para tal segundo critérios a serem estabelecidos. Deveria repassar sua rede de serviços (patrimônio e rede) aos Estados e Municípios, segundo critérios claros e objetivos que não viessem a trazer danos ao patrimônio público acumulado no setor nem desperdisassem os recursos humanos alocados.

c) Caberia aos Estados executar ações de saúde de âmbito trans-municipal, não apenas ao que se refere à saúde pública e vigilância epidemiológica, mas também a organização de suprimentos básicos, como medicamentos, sangue e hemo-derivados e manter centros de referência que poderiam ser utilizados por distintos municípios. Do ponto de vista normativo, é papel do Estado organizar as bases do sistema estadual de saúde, definindo critérios para criação de consórcios inter-municipais e distritos sanitários, estabelecer padrões de utilização e qualidade dos serviços de saúde, aceitando como mínimos os padrões estabelecidos pelo

Governo Federal. No que se refere ao financiamento, caberia aos Estados repassar recursos (em caráter básico ou suplementar) para os níveis municipais, definindo os critérios que deveriam ser utilizados para tal repartição de recursos. A rede estadual e o patrimônio físico, equipamentos e pessoal (excluindo-se os hospitais de alta especialização que passariam a ser centros de referência, administrados de forma autônoma como fundações) deveriam ser repassados para os Municípios que passariam a ser os responsáveis por sua gestão.

d) Os Municípios passariam a ser as unidades básicas de gestão e prestação de serviços de saúde, definindo as formas de gestão, bem como o relacionamento entre o setor público e o privado, da forma que melhor for condizente com suas realidades locais. A remuneração dos serviços –tanto os públicos como os privados– seria definida ao nível de cada município.

e) Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde seriam importantes órgãos, não apenas na definição e escolha das estratégias de gestão dos serviços, mas também na fiscalização, controle e encaminhamento dos problemas reclamados pela população. Teriam, portanto papéis importantes de auditoria e ouvidoria (*ombudsman service*) do sistema. Eles deveriam ser responsáveis pelo financiamento (básico ou complementar) do sistema de saúde, provendo recursos próprios para tal.

Embora os princípios aqui anunciados sejam de fácil aceitação pelas autoridades responsáveis pela gestão do sistema em qualquer esfera de Governo, diversos problemas operacionais fazem com que a gestão efetiva apresente fortes componentes de centralismo. Tal tendência ao centralismo é marcada, não apenas pelo fato do Governo Federal continuar administrando diretamente boa parte dos recursos –incluindo o pagamento direto aos prestadores de serviços, depositando o dinheiro em suas contas– mas também pela ênfase em definir critérios gerais e rígidos, para um sistema que deve contemporizar distintas realidades locais, por definição, devendo ser, dessa forma, caracterizado pela flexibilidade dos meios para melhor alcance dos fins.

Pode-se dizer que desde 1993 algumas providências tem sido tomadas no sentido de flexibilizar a gestão financeira dos recursos. Em abril de 1993 o Ministério da Saúde Publicou o documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”.¹¹⁷ Este documento identificou cinco pontos críticos que obstaculizam o processo de descentralização almejado pelo SUS, a saber:

¹¹⁷ MS/SAS, “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” in *Informe Epidemiológico do SUS, Número Especial, Ano II, julho de 1993, Brasília (DF)*, pp. 3-48.

a) Necessidade de corrigir distorções da série histórica de repasse de recursos aos Estados e Municípios, como base de cálculo para o teto financeiro dos recursos;

b) Necessidade de estabelecer requisitos para a gestão municipal da AIH;

c) Necessidade de uma sistemática de compensação da AIH interestadual e intermunicipal;

d) Necessidade de organização da esfera federal;

e) Ausência de uma política de investimentos.

No que se refere especificamente ao capítulo de financiamento, o documento procura responder a quatro questões básicas, a saber: Como ampliar a receita num quadro recessivo?; b) Como racionalizar os custos da assistência médica e da vigilância em saúde?; c) Como erradicar o desperdício?; d) Como eliminar a corrupção?¹¹⁸

A questão do aumento das receitas num contexto recessivo é respondida pelo documento através da proposta de uma seqüência de ações, tais como:

a) Programar e executar entre 10% e 15% das receitas próprias da União, Estados e Municípios;

b) Definir claramente os itens que compõe o gasto com saúde para efeitos de alocação de recursos no setor; explicitar nos orçamentos e balancetes orçamentários estaduais e municipais, o que são receitas próprias e oriundas de transferências;

c) Garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadadas em sua totalidade;

d) Combater a sonegação;

e) Evitar anistias e renúncias fiscais;

f) Exercer rigorosa vigilância para que as reformas fiscais não venham a diminuir as receitas da saúde, trocando-se o certo, não cobrado e não esgotado, pelo incerto, desconhecido e duvidoso;

g) Impedir a especialização de fontes da seguridade social, defendendo o sistema de caixa único para a saúde, previdência e assistência social, em proporções pré-estabelecidas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social, a cada ano, e submetida ao Congresso na LDO;

h) Implantar gerência colegiada dos recursos da Seguridade Social, com participação das três áreas que integram, assegurando o repasse imediato dos recursos quando da realização da receita;

¹¹⁸ Fraudes e corrupção constituem um grave problema no atual sistema de remuneração dos serviços públicos e privados de saúde. Estima-se que entre 20% a 40% das AIH'S pagas pelo Ministério de Saúde são fraudulentas; e que este percentual pode ser bem mais elevado em Estados onde os mecanismos de controle são inócuos ou inexistentes.

i) Resolver a pendência jurídica quanto ao FINSOCIAL, liberando os recursos depositados em juízo.

A racionalização dos custos da assistência médica e da vigilância, na visão do documento, significaria a reformulação do modelo assistencial dominante, tendo em vista assegurar o melhor padrão de serviços, o que compreende três aspectos: relação otimizada entre recursos financeiros, tecnológicos e resultados; acessibilidade equânime e universal bem como reconhecimento por parte dos usuários.

A erradicação do desperdício dependeria de que todos os gestores do sistema deveriam assumir a responsabilidade pela regulação e controle dos recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, cognitivos e informativos, para extrair deles a melhoria das condições de saúde da população, prestando contas desse encargo às instituições competentes e a toda a sociedade.

Por fim, a eliminação da corrupção só poderia ser efetiva quando desenvolvida, de forma compartilhada entre os gestores públicos e a sociedade. Assim, o envolvimento conjunto de entidades de representação societal permitiriam melhor controle social.

As atribuições de competência às três esferas de Governo coincide com o enunciado nas Leis Complementares de Organização do SUS, no entanto, o documento enfatiza a necessidade de que a implementação da proposta seja feita de forma flexível, isto é, apropriada a cada contexto regional, e negociada, assegurando viabilidade política à execução das medidas operacionais.

A proposta prevê, portanto, uma transição entre o atual contexto centralizado para um contexto descentralizado de organização dos serviços de saúde, a partir de quatro situações:

a) *Situação transicional insipiente*, onde as Secretarias Municipais de Saúde passariam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município. Estas passariam a receber uma cota correspondente a 8% da população e assumem o gerenciamento integral da rede ambulatorial existente no Município. As Secretarias Municipais passariam a desencadear o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços e à própria capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.

b) *Situação transicional parcial*, onde os Estados e Municípios, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior, recebem os recursos financeiros referentes a diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro fixado a partir de uma série histórica de gastos

de custeio, submetida a um processo de correção de eventuais distorções. Nessa situação, são aprofundadas as ações para reformulação do modelo assistencial, bem como ampliada a responsabilidade com relação à vigilância sanitária e epidemiológica, viabilizando o deslocamento do eixo do sistema para as ações de saúde coletiva.

c) *Situação transicional semi-plena*, onde Estados e Municípios estarão exercendo a totalidade de suas responsabilidades quanto ao gerenciamento e reordenamento do modelo assistencial. Do ponto de vista financeiro, a transição se caracteriza pela manutenção da série histórica corrigida como base para determinação dos tetos financeiros a serem repassados diretamente (totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar);

d) *Situação desejada*, onde Estados e Municípios, tendo assumido plenamente a gestão do SUS em suas esferas de Governo, passam a receber o repasse financeiro global, direto e automático, nos termos da legislação vigente. Essa situação, no entanto, exige que sejam assegurados ao setor, não apenas o fluxo regular de repasses financeiros das diversas fontes da seguridade social para o Fundo Nacional de Saúde, como também a utilização de 10% a 15% das receitas fiscais próprias da União, Estados e Municípios no setor.

O documento estabelece ainda os pré-requisitos para que municípios e estados possam ser classificados, pelo Ministério da Saúde, em cada uma das quatro fases, bem como as premissas para a reorganização do papel da esfera federal. Mas pouco se avança em relação a modelos de gestão dos serviços alternativos a sistemática proposta.¹¹⁹

As premissas colocadas pelo documento acima descrito foram a base para a promulgação da portaria do MS No. 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica –SUS 01/93.

A referida Norma Operacional assume, antes de tudo, a natureza complexa do processo de descentralização das Ações de Saúde no Brasil, o qual tem como ponto de partida, Estados e Municípios em diferentes estágios quanto ao rumo desse processo. Nesse sentido, vários considerandos são tecidos quanto a natureza do processo de descentralização, o qual é pensado como redistribuição de poder, redefinição de papéis, estabelecimento de novas relações entre esferas de governo, envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais, as quais pressupõe o diálogo e a negociação.

¹¹⁹ Na verdade, a questão das formas de gestão dos serviços, bem como a definição dos papéis de planejamento, avaliação e controle do Ministério da Saúde sob as ações desenvolvidas nos Estados (bem como destes em relação aos Municípios) pouco tem sido abordados na literatura recente do Ministério.

Sendo assim, a descentralização requer o funcionamento de Conselhos de Saúde paritários e deliberativos, como mecanismos privilegiados de participação e controle social. Requer também que a responsabilidade quanto ao financiamento das ações de saúde seja compartilhada entre as três esferas de Governo, de forma a assegurar o fluxo regular de recursos para os Fundos de Saúde.

A referida Norma operacional reconhece, ainda, que o processo de descentralização não deve ser feito sob a forma de rupturas bruscas, mas sim de forma lenta e gradual, embora o objetivo último da descentralização seja a total e completa reformulação do modelo assistencial.

Dadas essas considerações, o documento propõe novas regras de gerenciamento do processo de descentralização, comandadas por Comissões Tripartites (isto é, integrando os três níveis de Governo). No âmbito do financiamento, os principais instrumentos passariam a ser:

a) O Sistema de Financiamento Ambulatorial, que tem como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o formulário próprio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APA), a ser definido em Ordem de Serviço Específica, sendo sua emissão exclusivamente autorizada pelo Médico. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) continuaria a ser o instrumento de repasse dos valores para Estados e Municípios, sendo seu valor fixado e reajustado pela SAS/MS, com base em características estaduais relacionadas a população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho auferido pela auditoria estadual, no ano anterior. Este valor é dividido em duodécimos, sendo cada duodécimo repassado mensalmente aos Estados;

b) O Fator de Apoio ao Estado (FAE) caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos Estados que passarem a se enquadrar nas condições de gestão parcial e semi-plena. Constitui dessa forma uma complemento a UCA, estando voltado para o tratamento de pacientes fora do local de residência, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais. Este valor, equivalente a 5% do montante de recursos relativos a UCA em cada Estado, é também repassado sob a forma de duodécimos.

c) O Fator de Apoio ao Município (FAM), caracteriza-se como repasse de recursos para o custeio de municípios enquadrados nas condições de gestão insipiente, parcial e semi-plena. Este fator tem regras de montante similares ao FEE, aplicáveis aos Municípios, sendo uma versão modificada do antigo Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), criado na gestão Alceni Guerra.

d) As atividades hospitalares continuariam a ser financiadas pela Autorização de Internação Hospitalar, com base nas informações

constantes no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). O critério de cálculo da AIH é feito de forma a se aplicar uma taxa ideal à população de cada Estado. Caberá as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a distribuição dos recursos aos prestadores de serviços. O teto quantitativo mensal para os municípios será de um duodécimo de 8% de sua população, cabendo para o Estado valores correspondentes a um duodécimo de 2% de sua população. Assume-se portanto, que cada Estado (e seus respectivos municípios) estariam internando uma média de 10% de sua população. O teto em valor para cada Estado/Município será obtido multiplicando-se a população obtida com a aplicação das taxas mencionadas pelo valor da média histórica dos custos de internação de cada Estado/Município.

e) Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. A prioridade de investimento é conferida aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena.

A NOB 01/93 define, ainda as condições para operacionalização do processo de gestão definido anteriormente. Embora o processo tenha sido definido em 1993, ano em que os recursos federais destinados a saúde voltaram a crescer, pouco foi feito no sentido de implementar medidas que estimulassem Estados e Municípios a racionalizar seus custos e reduzir despesas. A NOB 01/93 estiolou-se apenas em definir os mecanismos de gestão e repasse de recursos para o processo de descentralização. Todas as outras dimensões apontadas no documento que lhe deu origem – racionalizar os custos; eliminar os desperdícios e combater as fraudes – foram tratadas de forma tímida pelo Ministério da Saúde e praticamente ignoradas (com raras exceções) pelos Estados e Municípios.

O estrangulamento das finanças da Previdência Social em 1993/4, provocado pelo forte alargamento das despesas com benefícios previstos na Constituição de 1988, e o ajuste orçamentário exigido pelo processo de estabilização econômica neste último ano trouxeram restrições a ampliação dos recursos nas expectativas desejadas pelos atuais gestores do Ministério da Saúde. Com isso, a política do Ministério tem se restringido ao estímulo superficial ao processo de descentralização e a luta por mais recursos.

Diante deste quadro, o Governo instituiu em 1994 um Grupo de Trabalho, composto por membros indicados pelo Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento e Ministério da Fazenda, tendo em vista propor medidas que permitissem racionalizar os gastos do Ministério, combater as fraudes e aumentar a eficiência.

As conclusões deste grupo de trabalho, apresentadas em relatório datado de julho de 1994,¹²⁰ abordam vários pontos que refletem mau desempenho financeiro do setor saúde, destacando-se o consumo excessivo de serviços hospitalares no país; a ineficiência dos sistemas de auditoria médica e contábil das ações de saúde; fraudes e corrupção no sistema de custeio hospitalar (AIH); existência de critérios clientelísticos e políticos de repasse de recursos para Estados e Municípios; existência de municípios de pequeno porte sem capacidade técnica para a prestação adequada de serviços de saúde; inflação em saúde superior as variações do índice geral de preços; desinformação dos pacientes quanto aos custos e procedimentos em saúde; existência de transferências de custos privados de saúde ao setor público; dupla militância de médicos, etc.

Diante desse diagnóstico foram propostas pelo referido Grupo de Trabalho, algumas medidas de curto prazo para solucionar alguns desses problemas, tais como:

a) Realização de estudos, com vistas a uma futura revisão constitucional, a serem elaborados por técnicos do Ministério da Fazenda e Saúde e coordenados pela SEPLAN, objetivando o custeio da prestação de serviços de saúde, diretamente por Estados e Municípios, no contexto das disposições constitucionais de descentralização e consolidação do SUS, retendo a União apenas a capacidade financeira para o equilíbrio das disparidades regionais;

b) Contratação pelo MS de auditoria independente nos processos operacionais, financeiros, contábeis e patrimoniais do SUS, inclusive das empresas processadoras dos dados de AIH/UCA nos Estados e Municípios;

c) Recrutamento e/ou reciclagem do contingente necessário de auditores de saúde, nas três esferas de Governo, formando um núcleo orientado para o controle e avaliação do SUS e prevenção de fraudes e irregularidades;

d) Prosseguimento da reestruturação do Ministério da Saúde, já encaminhada à Secretaria de Administração Federal, a fim de compatibilizá-lo com as atribuições de gestão de um sistema

¹²⁰ Ver o documento mimeografado intitulado "Conclusões do Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População", criado através de decreto de 4 de maio de 1994, sendo composto pelos seguintes integrantes: Raul Belens Jungmann Pinto (Secretário Executivo da SEPLAN/PR e Coordenador do Grupo de Trabalho); Murilo Portugal Filho (Secretário Nacional da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda); Osires de Azevedo Lopes Filho (Secretário da Receita Federal do Ministério da Fazenda); Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde); Antônio José Guerra (Diretor Executivo do IPEA) e Alvaro Augusto Ribeiro da Costa (Sub-Procurador Geral da República).

descentralizado de saúde, limitando a expansão d rede federal ao que determina a Constituição;

e) Limitação das transferências negociadas aos investimentos em recuperação e expansão da rede assistencial pública, previstos em planos diretores estaduais e com o compromisso de contrapartida da unidade federada ou Município;

f) Revisão e aperfeiçoamento do cadastro de estabelecimentos de saúde contratados e conveniados;

g) Exigência da implantação de sisteas de apuração e análise de custos ao nível dos Estados, Municípios e unidades operacionais (hospitais e ambulatórios);

h) Criação de alçada independente e de aperfeiçoamento dos mecanismos de contratação e descontração de serviços de saúde ao setor privado, não vulneráveis às pressões políticas e/ou corporativas, inclusive com procedimentos baseados em licitação pública e fiscalização pelos Conselhos de Saúde nas várias esferas de Governo;

i) Exigência de cumprimento das normas gerais, já editadas pelo MS, para contratação de unidades de prestação de serviços por parte dos Estados e Municípios;

j) Suspensão, por prazo indeterminado, de modificações em tabelas de AIH/UCA que importam em aumentos de custos, já em vigor;

k) Implantação efetiva da conta hospitalar única, possibilitando ao cidadão, mediante comprovante/extrato, o controle dos lançamentos/ custos correspondentes ao serviço que lhe foi prestado;

l) Garantia do repasse efetivo dos recursos previstos na proposta orçamentária para 1994 e programação financeira correspondente, acordada entre o MF e o MS, com base no desempenho da arrecadação;

m) Realização de experiências piloto em cinco Estados, sendo uma região e 100 Municípios, defnidos em razão da NOB 01/93 e na Lei 8142/90, em substituição ao atual sistema de compra de serviços, correspondendo: i) repasse automático de recursos para custeio da rede de serviços, segundo critérios semelhantes aos do Fundo de participação dos Municípios, até que se regulamente o artigo 35 da Lei 9080/90; ii) implantação de programa de recuperação dos serviços de emergência da rede hospitalar pública desses Estados e Municípios; iii) Transferência aos Estados e Municípios citados da responsabilidde de gestão dos serviços de saúde, inclusive daqueles contratados com a iniciativa privada;

n) Reexame dos quantitativos de AIH/UCA, segundo dados da população residente, aceitos pelo IBGE;

o) Adoção, no prazo de 60 dias, de medidas que visem à redução e progressiva eliminação da “dupla militância” de prestadores de serviços médicos e auditores da área da saúde.

p) Implantação, no prazo de 60 dias, do Sistema Nacional de Auditoria, na forma prevista pelo artigo 16, inciso XIX, da Lei 8080/90;

q) Implantação, no prazo de 90 dias, de um sistema de processamento de dados descentralizados nos Estados e Municípios, em substituição ao atual DATASUS, reservando-se ao Ministério da Saúde, apenas as funções de consolidação de uma base de dados estratégicos para o planejamento e controle das ações de saúde ao nível federal.

r) Proposição, dentro de 60 dias, de mecanismos de reembolso do SUS dos custos de atendimento prestado beneficiários dos planos de saúde.

As propostas feitas pelo Grupo de Trabalho respondem a problemas conjunturais de gerenciamento e financiamento do setor saúde. No entanto, os problemas do setor são de natureza mais conjuntural. Sendo assim, os próximos capítulos tratarão objetivamente de alguns desses problemas.

Capítulo VIII

REDEFINIÇÃO DAS BASES DE FINANCIAMENTO

O agravamento da crise econômica, com seus conseqüentes desdobramentos no campo das finanças públicas, tem colocado na ordem do dia a rediscussão do financiamento do conjunto das áreas que integram a Seguridade Social.

Especialmente em relação à saúde, a redefinição de sua base de financiamento é condição absolutamente necessária para que o preceito constitucional “saúde para todos” seja de fato assegurado. As recentes disputas entre a Previdência Social e a Saúde, resultando na perda dessa última de recursos oriundos da contribuição sobre a folha, apenas vieram atestar o que já era dito por muitos desde a aprovação da Lei Orgânica da Saúde: que à área da saúde, assim como à assistencial, não era assegurado nenhum patamar mínimo de recursos, muito menos uma participação definida no total da disponibilidade financeira da Seguridade Social. Este tratamento residual da saúde no corpo da Seguridade foi que permitiu a realização de uma queda no nível do gasto federal em mais de 40% entre 1989 e 1992.

Esses fatos, bem como a possibilidade de alteração da forma de financiamento propiciada pela perspectiva da revisão constitucional, têm levado especialistas a procurar alternativas que viabilizem o sistema público de saúde. Um dos aspectos que tem suscitado debate se refere à base ou a competência dos recursos: deve a saúde pública e gratuita ser financiada com receitas da União, dos Estados ou dos Municípios? Assumida qualquer uma das alternativas, qual a base do tributo proposto?

1. A base federal

Os defensores do financiamento da saúde pública com base em recursos federais¹²¹ partem da premissa da permanência da contribuição de empregados e empresas como a principal fonte de receita do setor. Sendo assim, sua preocupação básica concentra-se na elaboração de critérios que garantam o automatismo do repasse dos recursos, sua partilha justa entre os Estados e a plena liberdade de uso por parte das instâncias que os recebam. Não há, portanto, nenhum questionamento quanto ao fato de uma política universal estar sendo custeada por uma contribuição de base restrita, a força de trabalho do mercado formal.

Quanto ao automatismo, lembram que as transferências intergovernamentais atualmente existentes são de dois tipos. De uma lado tem-se os Fundos de Participação (dos Estados e dos Municípios), onde o repasse dos recursos de origem fiscal é realizado de forma automática e com base em percentuais claramente definidos na Constituição. De outro, encontram-se as “transferências negociadas, com as quais a União financia, total ou parcialmente, as ações e serviços prestados por outras instâncias do governo”.¹²² Os convênios estabelecidos entre os Municípios e o Ministério da Saúde são exemplos dessa segunda modalidade.

Quanto a inexistência de autonomia com relação ao uso dos recursos recebidos, destacam que a possibilidade do Ministério da Saúde definir o número de consultas e de internações tocante a cada município, bem como a definição do valor a ser pago, expressam, de forma inequívoca, como de fato não foi promovida a descentralização dos serviços de saúde pública.

A partir dessas considerações, propõem:

a) Que as transferências sejam realizadas com base nos critérios situação sanitária; nível de renda; grau de cobertura; desempenho do sistema estadual ou municipal; e participação do setor saúde no orçamento estadual. Os três primeiros critérios seriam aplicados na razão inversa e os dois últimos na razão direta.

b) Que os repasses, realizados de forma automática, podem ser usados tanto em custeio como em investimento, cabendo aos níveis de governo recipientes decidir como aplicar os recursos. Nesse sentido, a proposta contempla um grau de autonomia do uso dos recursos tal como acontece com relação aos Fundos de Participação.

¹²¹ Um dos estudos que melhor refletem essa posição é “ O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais para Estados e Municípios”, de Solon Magalhães Vianna e outros, publicado pela Organização Panamericana da Saúde, em novembro de 1990.

¹²² Op. cit., p. 12.

c) As transferências seriam realizadas diretamente para os Municípios. Ao Estado caberia definir, a priori, quanto cabe a cada Município do volume total de recursos a ser recebido pelo Estado. Para isso faria uso de critérios similares aos utilizados pela União para determinar a participação dos Estados.

d) Que é facultada à União a instituição de programa de investimentos setoriais visando corrigir as desigualdades existentes entre as regiões quanto à rede de serviços disponíveis. Nesse caso, se justificaria o uso, pela União, de análise de projeto como instrumento para avaliar a necessidade, bem como outros aspectos, do investimento.

Recentemente os mesmos autores tem defendido a proposta de criar alíquotas separadas para saúde na fonte de todas as contribuições sociais que compõe o Orçamento da Seguridade Social. Sendo assim, a Contribuição Sobre Folha de Salários seria dividida em duas alíquotas (uma para previdência e assistência e outra para a saúde).¹²³ O mesmo se aplicaria as demais contribuições sociais (COFINS, Contribuição Sobre o Lucro e PIS/PASEP)¹²⁴ que integram o referido Orçamento. Manter-se-ia desta forma o conceito de Seguridade Social só que com uma vinculação prévia em termos de fontes de receita.

Os recursos obtidos para a saúde seriam imediatamente transferidos para União, Estados e Municípios, de forma automática, tal como ocorre com o Fundo de Participação dos Estados e Municípios, sem que tais recursos realizassem o tradicional "passeio" pelos cofres públicos, isto é, pelo Caixa do Ministério da Previdência Social ou pelo Orçamento do Ministério da Saúde. Só não seriam transferidos automaticamente recursos destinados ao investimento e a execução de serviços considerados de competência da União, como é o caso do combate a algumas endemias, ou ainda as campanhas sanitárias.

Caminha também no sentido da centralização federal dos Recursos a proposta do Deputado Chafic Farah que prevê a aplicação de 18% das receitas oriundas de fundos sociais em programas de saúde. Esta proposta poderia gerar recursos inferiores a 1,8% do PIB, o que pouco superior ao atual montante do gasto federal com saúde. Por outro lado, essa proposta rompe com o Orçamento da Seguridade Social, na medida em que o produto da arrecadação seria destinado direta ao Fundo Nacional de Saúde.

¹²³ Pode-se dizer que muitos países no contexto mundial, especialmente na América Latina, tem utilizado alíquotas específicas sobre uma mesma base como forma de financiar separadamente as ações de saúde e de seguro social.

¹²⁴ Este critério também é válido para as contribuições sociais que vierem a substituir as atualmente existentes.

2. A base estadual

Atualmente não existe nenhuma proposta que defenda explicitamente a base estadual como fonte de receitas para os programas de saúde, a não ser de forma indireta, como é o caso das propostas que defendem fundos mistos das três esferas de Governo. Pode-se, no entanto, levantar algumas razões para instituir contribuições sociais, de base estadual, que permitam prover recursos para a saúde:

a) Os Estados tem sido as esferas que menos tem contribuído para a saúde com recursos de seus próprios orçamentos;

b) Ao mesmo tempo, são os Estados que estão em condições mais vantajosas para promover a equidade redistributiva dos recursos entre os municípios de sua abrangência territorial. Não estão tão distantes como o Governo Federal e normalmente tem bases mais sólidas para a arrecadação fiscal do que os Municípios.

c) Em termos de fiscalização, pode-se dizer que muitos Estados encontram-se melhor aparelhados para arrecadar e evitar a sonegação do que o Governo Federal.

d) Por fim, pode-se dizer que os Estados tem mais facilidade para resolver questões atinentes ao financiamento da saúde em áreas que tem forte mobilidade intermunicipal da demanda por serviços de saúde, estando em posição privilegiada para arbitrar compensações financeiras para os Municípios cujos serviços são mais demandados.

Por todos esses motivos, pode-se dizer que existem algumas vantagens para estabelecer contribuições sociais voltadas para a saúde a cargo dos Estados. No entanto, tal fato exigiria uma mudança no dispositivo constitucional que estabelece que a criação de contribuições sociais é atribuição exclusiva da União.

3. A base municipal

Em um certo sentido, a proposta de financiar a saúde pública a partir de recursos de competência municipal, defendida por Fernando Rezende, apresenta um diagnóstico aparentemente semelhante ao realizado por àqueles que defendem a manutenção da base federal.¹²⁵ Decorre da centralização dos recursos na esfera federal o estabelecimento, por parte do Governo Federal, de critérios padronizados para a realização dos repasses,

¹²⁵ Sobre o financiamento da saúde a partir de recursos municipais, ver Fernando Rezende em "Financiamento da Saúde no Marco das Propostas de Reforma do Estado e do Sistema Tributário Brasileiro", Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1992.

a ausência de normas que assegurem o automatismo das transferências, os atrasos na liberação, a manipulação dos valores a serem pagos pelos serviços, e a inexistência de regras que assegurem a atualização monetária desses valores.

Soma-se a isso a incerteza quanto ao volume de recursos que é destinado à saúde, posto que no interior do orçamento único é inegável que, havendo restrição de recursos e inexistindo um percentual mínimo da participação da saúde no total disponível pela Seguridade, a despesa com benefícios é tratada como prioritária. Dessa forma, a transferência mensal de recursos de contribuição para a saúde fica na dependência da Previdência apresentar saldo positivo suficiente para poder gerenciar suas despesas previstas, especialmente àquelas relativas a direitos ainda não pagos e ao abono de Natal.

Contudo, mesmo a garantia da destinação de uma porcentagem mínima (30%) dos recursos do Orçamento da Seguridade é questionada quanto à sua capacidade de resolver o problema financeiro da saúde. “A conhecida prática de substituição de recursos orçamentários (a um aumento de transferências federais segue-se um decréscimo dos recursos próprios de Estados e Municípios, destinados a programas de saúde), e a pulverização de um eventual acréscimo no total das transferências (repartido entre 26 Estados e mais de 5.100 Municípios), fazem supor que o impacto da adoção das propostas de garantia de recursos e regularização das transferências seja desprezível”.¹²⁶

Por outro lado, a solução dos problemas na área da saúde não depende do eventual automatismo que se possa estabelecer nos repasses. O automatismo, tendo em vista as disparidades existentes entre os Estados e os Municípios, provocaria severas distorções e elevados custos administrativos. Nesse sentido, a melhora dos critérios de repasse (incorporação de outras variáveis além da população) dependeria do funcionamento de um sistema de informações hoje inexistente, sob pena da partilha ser objeto de constantes conflitos. Rezende tampouco acredita que a solução resida na criação de um Fundo de Saúde. Se o Fundo pode dar maior garantia com respeito ao total de recursos atribuídos ao setor, não resolve o problema de fixação dos valores dos serviços prestados, liberação dos repasses, ineficiências, entre outros.¹²⁷

Por sua vez a busca pela eficiência, em sistemas centralizados, tem levado à implantação de sistemas burocráticos que se mostram tão onerosos como ineficazes. Não conseguem avaliar o desempenho e a qualidade do serviço. No entender de Rezende, somente com o controle

¹²⁶ Op. cit., p. 15.

¹²⁷ Op. cit., p. 19.

direto do usuário é possível se obter “resultados mais efetivos do ponto de vista da responsabilidade no uso dos recursos públicos e da eficiência do gasto”.¹²⁸ Esse é o ponto nevrálgico sobre o qual se assenta sua proposição de financiamento para a saúde.

O sistema atual, onde pretensamente a descentralização daria poderes aos cidadãos para exercerem o controle sobre o gasto em saúde, promove o rompimento do vínculo entre o cidadão-contribuinte e o Estado. Ao não ter o cidadão qualquer noção da relação entre sua contribuição e o benefício recebido (já que as receitas arrecadadas são primeiramente centralizadas para depois serem distribuídas), a co-responsabilidade entre ele e o Estado não pode se estabelecer.

A solução estaria, portanto, na descentralização do financiamento.¹²⁹ Contudo, a viabilidade da proposta estaria na completa dependência da Reforma Tributária promover mudanças substantivas no sistema atualmente vigente. A extinção da proibição da vinculação de impostos e a cobrança do imposto sobre o consumo no local onde o produto é consumido (adotando-se o princípio do destino na cobrança do imposto sobre o valor agregado) são exemplos das alterações que se fazem necessárias para fortalecer o vínculo cidadão-contribuinte e Estado. Por outro lado, a municipalização seria fruto do aumento da “contribuição” do cidadão para os Municípios, tornando sua participação em tributos estaduais e federais eminentemente compensatória.

Dificuldades à parte, o financiamento da saúde seria realizado a partir da criação de uma taxa municipal em substituição aos tributos federais. Segundo Rezende, essa taxa apresentaria as seguintes vantagens:

a) Estabelecimento do vínculo entre o contribuinte e o poder público, de forma que o usuário teria idéia de quanto paga para ter direito ao serviço e o administrador público ver-se-ia obrigado a prestar contas do uso dos recursos;

b) Redução de custos, posto que a eliminação da prática de valores padronizados para todo o território nacional permitiria que os municípios com maior capacidade de gestão reduzissem o gasto por unidade de serviço;

c) O acesso aos recursos deixaria de depender da aplicação de fórmulas complexas (critérios para a realização dos repasses);

d) eliminação da intermediação do Governo Estadual no repasse das verbas.

¹²⁸ Op. cit., p. 19.

¹²⁹ Como bem diz Rezende, a municipalização do financiamento da saúde implicaria no completo desvinculamento dessa área com relação ao sistema previdenciário.

Essa proposta não é isenta de problemas. Tendo em vista a disparidade existente entre os Municípios, sua aplicação pura e simples não contemplaria a necessidade redistributivista inerente a um programa de saúde. Nesse sentido propõe que o Município seja “o agente central das decisões relativas a financiamento e gestão dos serviços básicos de saúde, sendo a função supletiva exercida pelos governos estadual e federal. A partilha de impostos específicos sobre o vício (fumo e bebidas), por exemplo, pode dar o suporte financeiro adicional necessário à sustentação, em nível supramunicipal, dos serviços hospitalares de mais alto custo, e com maior nível de sofisticação”¹³⁰ ou para manter “um patamar mínimo de oferta dos serviços nos casos em que a cobrança de tributos locais for claramente insatisfatória”.¹³¹

4. Fontes mistas ou contribuições sociais compartilhadas

Por fim, pode-se dizer que uma proposta que tem ganhado corpo entre políticos e executivos ligados ao setor saúde é a da utilização de fontes mistas. A versão mais conhecida dessa proposta é a formulada recentemente pelos Deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, a qual se baseia nas seguintes premissas:

a) Manutenção do Orçamento da Seguridade Social com fontes vinculadas para a saúde;

b) Os recursos para a saúde seriam formados por 30% das receitas de contribuições sociais que integram o Orçamento da Seguridade Social, adicionadas de 10% dos recursos da Receita Tributária da União e 10% dos Recursos da Receita Tributária dos Estados e Municípios.

Neste caso, partiu-se da combinação de fundos sociais com recursos fiscais. Cálculos Preliminares indicam que, ao nível federal, esta proposta poderia gerar recursos equivalentes a 2,6% do PIB, que poderiam contar com mais 1,2% do PIB de receitas adicionais oriundos das esferas estaduais e municipais de Governo.

Outra proposta de fonte mista consiste na utilização de uma contribuição social, que tenha como base o lucro bruto das empresas, por exemplo, é que possa ter uma alíquota vinculada à saúde, sendo esta repartida entre União, Estados e Municípios diretamente na arrecadação. Esta é uma das propostas que integra o elenco de pontos a serem discutidos no capítulo reforma fiscal da revisão constitucional.

¹³⁰ Op. cit., p. 33.

¹³¹ Op. cit., p. 35.

A proposta de bases mistas é uma idéia antiga, estando presente em várias formulações de políticas de financiamento à saúde desde o período que antecede a Constituição Federal de 1988. Esta proposta, no entanto, não prevê mecanismos de transferência automática de recursos para Estados e Municípios.

Capítulo IX

ALGUNS PROBLEMAS RELACIONADOS AS PROPOSTAS EM CURSO

As propostas de financiamento a saúde e suas estratégias de redistribuição dos recursos para os municípios esbarram em alguns problemas que merecem ser enumerados.

1. Vinculação por não vinculação

O primeiro diz respeito a idéia de vinculação de percentuais de orçamentos, percentuais de fontes ou alíquotas específicas. Muitos são os argumentos contrários a esse tipo de procedimento. Vinculações costumam inibir a liberdade do executivo e dos parlamentares em alocar prioridades no orçamento, diminuindo a flexibilidade e a capacidade de realizar manobras rápidas no curso das despesas quando a realidade assim exige.

Pode-se dizer que a maior parte da bancada dos economistas no Congresso, independentemente de partido ou credo ideológico, tem muitos argumentos para persuadir os demais parlamentares a não cair na "armadilha" da vinculação. Deve-se lembrar que na Constituição de 1988 somente as vinculações dos Fundos de Participação e dos Gastos com Educação (antiga emenda Calmon) foram mantidos no arcabouço da estrutura tributária nacional. Existem, por outro lado, pressões para que até mesmo essas vinculações sejam questionadas.

2. Vinculação de percentual por vinculação de fontes

Uma alternativa a vinculação de percentuais orçamentários ou de alíquotas pode ser a vinculação de fontes (como prevêem os preceitos constitucionais relativos às contribuições sociais). Neste caso seria criada uma contribuição social exclusiva para a saúde.

Esta contribuição social, no entanto, não deve incidir sobre a folha de salários, dado que:

a) Esta fonte tem sido defendida por trabalhadores, por técnicos e pelo próprio Ministro do Trabalho Antônio Brito como fonte exclusiva da Previdência Social, na medida em que parte dela são pagamentos diretos do salário dos trabalhadores e tem vinculação exclusiva com o pagamento de benefícios.¹³²

b) As recentes mudanças no mundo do trabalho tem feito com que cada vez mais o assalariamento formal seja considerado importante na dinâmica do crescimento econômico. Fenômenos como a terceirização, o trabalho temporário, a robotização e a desconcentração industrial tornam a folha de salários tributável uma base cada vez menor de arrecadação em todo o mundo. No Brasil, o fenômeno não é diferente. Entre o segundo semestre de 1992 e o primeiro de 1993 a indústria cresceu 10% mantendo praticamente o mesmo nível de emprego formal. Certamente que tal fato tem colaborado para que os recursos da Seguridade Social sejam cada vez menores para cobrir as funções a ele arroladas.

c) Dado que a saúde é uma política de cobertura universal, deve-se tentar financiá-la com uma base cuja incidência seja a mais universal possível. Essa base pode ser o consumo, o lucro ou o faturamento das empresas. Dado o aumento da evasão, ao nível mundial e os problemas anteriormente descritos no que tange ao mundo do trabalho, pode-se dizer que existe um movimento internacional em direção ao consumo como base universal de financiamento do gasto público.

A discussão sobre qual a base que deve ser escolhida é no entanto prematura, devendo ser amadurecida, de forma interativa, com as propostas que estão em curso na direção da reforma tributária.

Outra questão importante para discutir diz respeito ao automatismo das transferências para Estados e Municípios. Não há dúvida que as transferências automáticas devem substituir as atuais transferências negociadas, tendo em vista acabar o processo de *descentralização tutelada* criado a partir do Governo Collor, o qual teve como efeito o retorno do clientelismo a partir da utilização dos recursos da saúde como moeda de troca política.

¹³² O argumento contrário é dado pelo fato de que a outra parte, mesmo sendo calculada sobre a folha de salários, é um custo das empresas que, repassado aos preços dos bens e serviços é assumido por toda a sociedade.

3. Custeio por investimento

No que diz respeito aos recursos para o custeio, acredita-se que todos eles devem ser descentralizados, inclusive os relacionados a campanhas sanitárias, uma vez que caberia ao Governo Federal o papel meramente de articulação e coordenação das ações conjuntas dos Estados e Municípios no que tange a esta matéria.

Quanto aos recursos para investimento, no entanto, cabe pensar no estabelecimento de outros procedimentos. Primeiramente é necessário separar os recursos de custeio e investimento, na medida em que estes dizem respeito a ações qualitativamente e temporalmente distintas. Os recursos de custeio são planejados para se esgotar num único ciclo orçamentário, sendo reprogramados a cada ano.

Já os recursos para investimento devem ser pensados de forma estratégica, o que requer um planejamento plurianual e a garantia de fontes que não passam pelos tradicionais mecanismos de elaboração dos orçamentos. Neste sentido, é importante ter fontes para investimento separadas das fontes para custeio de recursos.

Da mesma forma, as transferências de recursos para investimento, diferentemente das relacionadas ao custeio, devem ser negociadas. Tal negociação, no entanto, não deve obedecer ao clientelismo político eleitoral, mas sim a mecanismos de planejamento previamente estabelecidos. Os municípios expressariam, em termos plurianuais, suas necessidades de investimento correlacionadas ao quadro nosológico e ao alcance de metas de cobertura. Caberia aos Estados consolidar estas demandas e enviá-las ao Governo Federal. Caberia ao Governo Federal consolidar as demandas dos Estados e estabelecer os mecanismos de financiamento e fluxos de desembolso, atrelados, obviamente a realização dos investimentos previstos e ao alcance das metas de cobertura.

Uma fonte razoável para financiar investimentos em saúde constitui na taxa adicional do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) dos produtos considerados nocivos a saúde, como fumo, bebidas alcoólicas e atividades poluidoras. Uma estimativa preliminar realizada pelo IESP/FUNDAP mostra que esta fonte poderia gerar recursos adicionais de 1% do PIB, os quais seriam suficientes para repor a escassez de investimentos setoriais em instalações e equipamentos, substituindo com folga os recursos do antigo Fundo de Apoio ao Investimento Social (FAS).

Estes recursos, por sua vez, poderiam se constituir num fundo de investimentos para saúde, operando financiamentos para o setor público e privado em condições que poderiam variar de recursos a fundo perdido até o retorno pleno com juros de mercado. Desta forma, recursos de origem fiscal poderiam ser capitalizados parcialmente gerando novos recursos

para prover necessidades de investimento na área de saúde, inclusive no que se refere ao uso em aperfeiçoamento de processos tecnológicos.

4. Descentralização estadual por municipal

Outra questão importante a ser discutida diz respeito a natureza do processo de descentralização. Durante a vigência dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) operou-se uma transformação de descentralização hegemônica pelos Estados. Se por um lado, tal relação implicou em poucos compromissos financeiros dos Estados com recursos próprios para a saúde, dada a política de caixa única operada pelos Governos, trouxe, por outro, um processo mais racional e equitativo de repartição dos recursos entre os Municípios, dado que os Estados, por estarem mais próximos da realidade local, podem criar critérios mais justos de distribuição e acompanhar a evolução do quadro sanitário de sua territorialidade.

A descentralização tutelada imposta pelo SUS na vigência do Governo Collor implodiu a tendência homogeneizadora imposta pelo SUS e transformou a descentralização num grande balcão de compra e venda de favores políticos. É necessário, portanto, recuperar o papel dos Estados na conformação das políticas de saúde, dado que as Secretarias Estaduais de Saúde encontram-se totalmente esvaziadas de seu papel na promoção da equidade e da redistribuição dos recursos.

Sendo assim, na partilha de recursos para saúde, talvez seja prudente aumentar a parcela dos Estados e garantir que estes tenham maior autonomia na condução do processo de descentralização para os Municípios, dado que cada realidade estadual tem suas próprias características.

5. Municipalização do contribuinte

A proposta de Fernando Rezende aqui analisada, que prevê uma "municipalização das receitas para o financiamento da saúde" é bastante discutível, haja vista o fato de que o federalismo tributário de base local só tem funcionado em países onde a heterogeneidade sócio-econômica, ao nível regional é praticamente nula.

Quando a heterogeneidade sócio-econômica ao nível municipal é muito grande, como é o caso brasileiro, não existem condições para que a maioria dos municípios gerem receitas próprias para financiar qualquer política de base local. Vale dizer que mais de 90% dos 5100 municípios brasileiros tem menos de 50.000 habitantes. Com isso, a dependência destes

das transferências federais do Fundo de Participação dos Municípios é muito elevada. Não existem condições de geração de receitas próprias para estes municípios.

Um contra-argumento em relação a questão da heterogeneidade consistiria em fazer com que cada município ou cada Estado escolhesse sua própria base de tributação para a saúde. No entanto, pouco se sabe sobre que tipo de efeito ou distorção esse mecanismo poderia trazer num país que tem pouca tradição de autonomia local como o Brasil. Provavelmente esse mecanismo acirraria a guerra fiscal entre os Municípios e contribuiria para o acirramento dos ânimos anti-federativos entre esferas locais de Governo.

Além do mais, existem municípios em tão baixas condições sócio-econômicas onde, qualquer que seja a base fiscal pensada, não haveriam condições mínimas de arrecadação.

Poder-se-ia pensar num sistema onde os municípios mais ricos transferissem parte da sua receita própria desta contribuição específica para os Estados para que estes redistribuissem entre os Municípios pobres, o mesmo acontecendo com parte das receitas dos Estados em relação ao Governo Federal. Tal procedimento, no entanto é de difícil fiscalização e implantação.

Sendo assim, a municipalização do contribuinte só poderia ser adotada como mais uma fonte de receita adicional as tradicionais transferências dos Estados e Municípios para o setor saúde, dado que dificilmente poderia ser utilizada como fonte exclusiva de financiamento à saúde. Além do mais, as facilidades e conveniências políticas para a criação de municípios no Brasil fazem com que estes, por definição, não sejam, em sua maioria, esferas economicamente viáveis para estabelecer qualquer tipo de autonomia de Governo, ao nível de sua auto-sustentação fiscal.

6. Contribuições sociais compartilhadas

O grande problema das contribuições sociais compartilhadas, como incluso na proposta de uma Contribuição do Valor Adicionado, diz respeito a duplicação de base de incidência. Em grande medida, a contribuição sobre o valor adicionado já é atualmente a base de arrecadação do ICMS, que é a principal fonte de recursos dos Estados. Existe, portanto, um grande risco dos Governos Estaduais em rechaçar em bloco essa proposta.

Mesmo que ela venha a ser aprovada, seu questionamento judicial é fácil, ainda mais no clima de contextações fiscais hoje vigente no país. Sendo assim, a costura técnica e política necessária para se criar uma contribuição social compartilhada, que não venha prejudicar ou replicar as atuais bases de incidência é bastante complexa.

Capítulo X

DESCENTRALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

No Brasil atual convivem propostas relacionadas ao financiamento e a gestão dos programas de saúde que devem ser discutidas a luz de quatro conceitos básicos: descentralização; desconcentração; universalismo unificado e universalismo diferenciado. Procuraremos discutir teoricamente estes conceitos para depois fazer alguns paralelos com as propostas vigentes no Brasil.

1. O modelo descentralizador

Numa definição literal, o conceito de descentralização pode ser entendido como *afastamento do centro*. No entanto, descentralização é antes de tudo um conceito que não tem forma de existência independente, estando sempre associado a um determinado objeto. Se esse objeto é a administração pública, ou ainda as políticas sociais, e estas são administradas/executadas por níveis ou esferas de Governo (Central, Intermediário e Local), a descentralização pode ser traduzida como a transmissão do comando, execução ou financiamento desta política do nível Central para o Intermediário ou Local.

No entanto, pode-se pensar no conceito de centralização/descentralização associado a uma mesma esfera de Governo. Neste caso, a passagem da administração ou execução de uma determinada política social da administração direta (ministérios ou secretarias) para a administração indireta (autarquias, fundações, empresas

públicas ou de economia mista) também tem sido entendida como descentralização.¹³³

Passar a execução do nível central para os níveis intermediários e locais, no entanto, pode não ser uma forma completa de descentralização. Muitas vezes a descentralização das ações do Estado envolve adicionalmente a descentralização do poder (autonomia política) e dos recursos para operacionalizar as políticas envolvidas (autonomia financeira). Portanto o conceito de descentralização é complexo, na medida em que envolve uma série de aspectos complementares e interdependentes.

A descentralização também é um processo que deve ser estudado a partir de sua direcionalidade. Quando esta é feita de cima para baixo, sem que haja aceitação ou participação ativa dos níveis locais no processo, ela simplesmente reorganiza a forma pela qual se exerce o poder sem, no entanto, desmontar o controle dos níveis centrais nesse processo. Analogamente quando ela é fruto de pressões dos níveis intermediário e local, a natureza do poder é alterada, aumentando a autonomia das esferas locais e reduzindo efetivamente a capacidade de mando dos níveis centrais.

Outra ponto que diz respeito ao caráter instrumental ou não do processo de descentralização consiste em estabelecer se a descentralização é *meio* ou *fim*. Muitos tem deferido o caráter de *fim*, por terem abstraído o caráter instrumental da descentralização frente a seus próprios objetivos. Para os movimentos municiplistas, a descentralização tem sido apresentada como um *fim*. O fortalecimento do poder municipal e a descentralização se confundem assim, num só objetivo. Cabe perguntar, no entanto, para que se quer fortalecer o poder municipal a partir da perda de poder de outros níveis de Governo? Certamente pelo credo de que a administração local permite melhores resultados para a população do que aquela exercida pelos níveis centrais. Sendo assim, o aparente aspecto finalístico da descentralização aparece como o que realmente é: um meio para melhorar a eficiência, a eficácia ou a efetividade da administração pública.

Sendo assim, considera-se que a descentralização é antes de tudo um meio, um instrumento ou uma estratégia para que sejam melhor atingidos

¹³³ Esta foi a forma pela qual o conceito de descentralização apareceu na Reforma Administrativa implantada em 1967 durante o Governo Castelo Branco. O Decreto Lei 200 considerou que a delegação de competências entre a administração direta e a indireta descentralizava o poder com o objetivo de agilizar as decisões da administração pública, em benefício dos usuários e da sociedade em geral. Portanto, mesmo num cenário político institucional cujas principais medidas foram centralizadoras (no que se refere a distribuição de competências e recursos entre esferas de Governo) havia um discurso descentralizador no corpo do dec-lei 200, o que mostra mais uma vez os diversos usos que o termo descentralização pode assumir.

determinados fins. Foi na verdade como princípio estratégico e não como princípio finalístico que a descentralização do setor saúde foi incluída na Constituição Brasileira de 1988.

Um dos pré-requisitos inerentes ao processo de descentralização é a participação social. Mas esta não se descentraliza. Ela existe ou não no processo, não cabendo ao órgão central concedê-la ou delegá-la. Assim, quando a descentralização é motivada pelo nível central de Governo, dificilmente ela é acompanhada por participação social. Mesmo quando ela é motivada por agentes do poder local, a participação social não é uma certeza.

Pode-se dizer que a participação social permite que haja maior efetividade no processo de descentralização, mas ela depende da maturação de condições históricas e sociais inerentes a cada região ou localidade. Ela pode ser estimulada, mas nunca outorgada. Muitos processos de descentralização criam instâncias de participação social sem que esta de fato exista. O resultado pode ser, nesses casos, o pior, permitindo a criação de micro-oligarquias que na prática reverterem os possíveis interesses do processo de descentralização em seu interesse pessoal.

Muitos autores, ao considerar a descentralização como um fim, argumentam que o resultado da descentralização é a participação social. Esta concepção é falsa. O que a descentralização permite é uma melhor canalização ou vocalização das demandas sociais da população, mas isso só ocorre em comunidades que estão mobilizadas na defesa de seus interesses. Assim a descentralização pode ser um instrumento de poder das comunidades organizadas, mas também pode ser um instrumento de opressão das comunidades de baixo grau de consciência e organização, pelas oligarquias que manipulam o poder local.¹³⁴

A discussão sobre a participação social no processo de descentralização leva a outra indagação: a descentralização está diretamente associada a democratização da sociedade? Esta pergunta também é difícil de responder. Como foi visto, são muitos os interesses em jogo quando se realiza um processo de descentralização.

Em geral, a descentralização pode estar associada a várias formas e processos tais como a desconcentração; o deslocamento dos centros de poder/decisão do nível central para os locais; o deslocamento dos centros

¹³⁴ Ao longo da República Velha, a descentralização do poder entre os Estados permitiu a dominação das oligarquias regionais, criando condições propícias para a perpetuação do atraso relativo das regiões onde os níveis de consciência da população eram mais baixos. A centralização político-administrativa após os anos trinta, permitiu estender uma série de direitos sociais e trabalhistas a várias regiões que ficariam cada vez mais à margem do processo de desenvolvimento, caso permanecesse a descentralização existente na República Velha.

de execução da administração direta para a indireta; a privatização. Todas essas formas e processos podem ter impactos maiores ou menores na democratização do acesso às políticas sociais.

A desconcentração da execução pode aumentar a acessibilidade de determinada política para a comunidade local, na medida em que permite o planejamento e a melhor visualização da execução, propiciando maior fiscalização e controle social. No entanto, o processo de tomada de decisões continua a depender do nível central, o que dificulta o potencial de mudança. Nesse sentido, a desconcentração não é perfeita em termos democráticos.

O deslocamento dos centros de decisão dos níveis centrais para os locais corresponde a descentralização política. Neste caso, se a autonomia dos níveis locais passa a ser maior, tem-se condições mais democráticas de gestão do que a desconcentração. Resta saber, no entanto, até que ponto o caráter despótico do poder local pode ser anti-democrático, exigindo a intervenção dos níveis centrais.¹³⁵

No caso do deslocamento dos centros de execução da administração direta para a indireta, pode-se ter apenas medidas que permitam maior eficiência na gestão, mas não necessariamente maior ou menor grau de democracia no processo, dado se tratar de um mesmo nível de Governo.

Por fim, a privatização pode ser uma solução mais democrática, desde que acompanhada por um adequado papel do Estado na regulação do setor privado, garantindo acessibilidade, melhor qualidade e eficiência. A privatização quando não acompanhada de adequado controle público pode-se converter em forma anti-social de gestão das políticas sociais, uma vez que o mercado, enquanto forma ideal de regulação, é uma abstração e uma utopia do pensamento liberal.

A passagem de uma gestão centralizada para outra descentralizada, nas palavras de Lobo (1989) deve obedecer a uma hierarquia de princípios, tendo em vista obter um processo equilibrado onde prevaleçam os objetivos de equidade e distribuição de renda:

a) O processo de implantação de uma gestão descentralizada deve ser flexível, buscando preservar as identidades regionais e as vantagens comparativas que cada localidade oferece para tornar mais eficiente o processo;

b) O gradualismo na implantação deve ser a regra, tendo em vista respeitar o ritmo de cada região. Nem todas as localidades precisam implantar o processo ao mesmo tempo. No entanto, aquelas que implantam

¹³⁵ Alguns exemplos históricos podem ser dados neste sentido. Um dos aspectos inerentes à desagregação do feudalismo foi a formação dos Estados Nacionais, os quais surgiram em boa parte em função das pressões dos comerciantes burgueses sobre o poder do Rei, no sentido de formar exércitos para coibir os abusos econômicos dos senhores feudais.

primeiro o processo podem servir de exemplo ou espelho para as demais, tendo em vista replicar os acertos e evitar os erros anteriormente cometidos.

c) A progressividade no repasse dos novos encargos e recursos também deve ser pensada, tendo em vista evitar que um acúmulo de novas funções nunca antes experimentadas venham inviabilizar por *overflow* o conjunto da estratégia;

d) Dado que a adesão e o consenso são sempre importantes, a visibilidade dos objetivos, meios e estratégias à população local é fundamental, devendo para tal o processo de descentralização estar associado a multiplicação das instâncias de informação disponíveis para o público e os agentes envolvidos (Ver Medici, 1991);

e) Por fim, a criação de mecanismos efetivos de participação do usuário e controle social completa a adesão voluntária da população ao processo, ao mesmo tempo que permite corrigir seus rumos numa perspectiva efetiva de controle social e democratização.

Uma discussão difícil consiste em estabelecer o que deve ser tarefa dos níveis centrais, regionais e locais no que tange às competências em matéria de política de saúde. Iniciando a discussão no sentido *bottom-up*, pode-se dizer que existe praticamente uma unanimidade entre os *policy makers* em saúde, que os serviços básicos ou de primeiro nível¹³⁶ devem ser atribuição (em termos de execução ou delegação) da esfera local de governo. Como as localidades costumam ser heterogêneas em termos de tamanho e capacidade de gestão pública, as de maior porte podem comportar serviços de nível secundário e até mesmo terciário.

No entanto, dada a necessidade de maximizar e democratizar o uso dos serviços mais complexos, muitos defendem que os níveis terciários de atenção médica deveriam ser atribuição das esferas regionais (Estados por exemplo) as quais, a partir de sistemas flexíveis e autônomos de gestão, permitiriam organizar o acesso dos níveis locais a estes serviços.

Por fim, uma tendência que vem crescendo é considerar que o único papel do nível central de Governo (União), em termos de assistência médica, seria o de regular, fiscalizar e financiar o investimento e a equidade

¹³⁶ A literatura corrente costuma definir como serviços de primeiro nível aqueles que suprem atividades ambulatoriais em postos ou centros de saúde, como consultas, procedimentos de baixa complexidade, curativos, vacinas, educação sanitária, exames mais simplificados. Esses serviços, em média, suprem 90% das demandas por saúde de uma determinada população. Serviços de segundo nível ou de nível intermediário são aqueles que já exigem alguns procedimentos típicos de unidade mista ou hospital, incluindo a internação de pacientes e a realização de cirurgias de menos complexidade nas quatro clínicas básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria). Por fim, serviços de terceiro nível ou de maior complexidade são aqueles que exigem exames, consultas ou internações em especialidades médicas de alta complexidade. Em geral, a triagem de pacientes para o segundo e terceiro nível é feita pelo nível básico ou elementar.

quanto ao custeio, fixando padrões de cobertura e qualidade e evitando que Estados e Municípios sem recursos não tenham como realizar as ações básicas exigidas pelo nível central do sistema de saúde.

A discussão sobre quais os papéis que devem ser exercidos pelos diversos níveis de governo, quanto as políticas de saúde deve ser regida pelo princípio da flexibilidade. Não há um modelo rígido de definição de competências. Na transição para um modelo descentralizado, a União poderá exercer em alguns Estados determinados papéis que já são desempenhados pelo nível regional ou local em outros.

Determinadas funções no campo da vigilância sanitária e epidemiológica, bem como nas campanhas nacionais de vacinação podem continuar a ser exercidas pelo nível central, em colaboração estreita com os níveis regionais (Estados). As ações de regulação, acompanhamento e fiscalização não só nesses campos, mas também nas áreas de medicamentos, saneamento básico e outras devem continuar a ser atribuições primordiais do nível central, ao qual caberá produzir e difundir informações sobre normas e resultados, bem como prestar assistência técnica às esferas nacionais, sempre que necessário.

Quando se fala em papel da União, Estados e Municípios, uma questão que sempre vem a baila é se cabe ao Governo executar diretamente ou delegar a execução dos serviços ao setor privado lucrativo ou filantrópico. Essa questão, antes fruto de debates apaixonados entre estatistas e privatistas, deixa cada vez mais de ser importante. O que está em jogo não é o caráter público ou privado da execução, mas sim a capacidade do Governo em fazer com que a população, independentemente do nível sócio-econômico, tenha acesso aos serviços de melhor qualidade ao menor custo.

As soluções regionais quanto a este ponto tem que ser flexíveis e variadas. Em determinadas localidades a inexistência de uma rede pública e de condições para realização de investimentos privados, tornam o Estado a única opção de prestação de serviços, ainda que esta condição possa se reverter ao longo prazo. Analogamente, quando existe sobre-oferta de serviços privados, frente a uma população de maior poder aquisitivo, a delegação ao setor privado pode ser factível desde que, através de instrumentos adequados de regulação, o Estado garanta que todos, inclusive os segmentos de mais baixa renda, tenham acesso a padrões aceitáveis de qualidade dos serviços com custos iguais ou menores que os incorridos pelo setor público.

Muitos sugerem que a prestação de serviços deve ser totalmente privada, acompanhada de forte regulamentação estatal, dado que o Estado que presta serviços não tem meios adequados para regular o setor privado, dado que ele se torna refém ou cúmplice de sua própria ineficiência.

Outra questão importante consiste em definir e entender a questão das economias de escala, aglomeração e escopo referentes a dinâmica setorial, e sua relação com o processo de descentralização. As economias de escala em saúde nem sempre são justificáveis. A capacidade instalada de um hospital tem que ser planejada em função da demanda mais próxima, dado que inúmeros fatores desestimulam a procura a longa distância por serviços de saúde. A tendência que se verifica nos serviços de saúde é pulverizar o atendimento ambulatorial ao nível local, normalmente em pequenas unidades voltadas a uma clientela adstrita regionalmente.

Quando o atendimento ambulatorial é feito em hospitais, ocorre o aumento dos custos unitários desses serviços, pela incorporação ao valor de uma consulta, de um custos fixos mais elevados, os quais são inerentes a natureza do hospital. Sendo assim, pode-se dizer que os serviços ambulatoriais em hospitais devem ser planejados de forma proporcional ao nível de complexidade exigido pelo hospital.

Até os anos setenta, a filosofia básica do setor saúde era estimular o crescimento dos atendimentos em hospitais. Esse movimento em direção a um modelo hospitalocêntrico se reverte ao longo dos anos setenta, quando fica claro que os custos do atendimento ambulatorial são menores em termos globais e unitários e que o atendimento ambulatorial é mais efetivo em termos de extensão de cobertura. Novas práticas como a ambulatorização de procedimentos cirúrgicos e as internações domiciliares vem sendo utilizadas crescentemente como estratégias de *cost containment*, sem prejuízo da qualidade.

Quanto as economias de aglomeração, vale dizer em centros urbanos de grande porte elas tem sentido. A concentração de vários hospitais e laboratórios com serviços diferenciados numa única localidade é fato observado em várias cidades como mostra a região das Clínicas na grande São Paulo, o *Medical Center* na cidade de Washington, podendo ser citados muitos outros exemplos.

No entanto, pode-se dizer que as economias de aglomeração em saúde são adequadas quando se referem a centros de alta complexidade, voltados a atender uma demanda regional ou nacional de grande porte. Dificilmente tem sido essa solução válida para centros de saúde, localizados em municípios, mesmo porque a concorrência em saúde não é regionalmente determinada como ocorre no comércio atacadista de mercadorias.

No que se refere a economias de escopo, entendidas como a diversificação interna de serviços no interior de um mesmo estabelecimento, pode-se dizer que esta tem sido uma presença histórica no setor saúde, dado que esses serviços não tem como característica distintiva a homogeneidade, mas sim a heterogeneidade e a

complementariedade das ações que se realizam no interior de um mesmo estabelecimento.

A análise do financiamento da política de saúde, sob o prisma da descentralização, exige o uso de alguns conceitos especiais.¹³⁷ Pode-se dizer que no caso da *desconcentração financeira* a responsabilidade sobre o gasto mantém-se sob o poder das esferas centrais de Governo, embora a operação seja feita por uma agência do governo central, no nível local. Para exemplificar, o aumento dos gastos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) num determinado Estado, representa uma maior desconcentração, mas não uma descentralização, para efeitos de uma análise do financiamento sob a ótica do *federalismo*.

Já no caso da *descentralização*, a responsabilidade sobre o Gasto é transferida da esfera de maior para a de menor hierarquia. É o caso da passagem da responsabilidade do Governo Federal para o Estadual ou Municipal, ou ainda do Governo Estadual para o Municipal. Vale comentar, no entanto, que tal passagem de responsabilidade pode se financiar de duas formas distintas: através de transferências de recursos da esfera mais central para a mais local, ou mediante recursos próprios da esfera mais local. O primeiro caso pode ser conceituado como *descentralização dependente*, enquanto que o segundo como *descentralização autônoma*.

A descentralização dependente, portanto, é aquela onde os recursos que a esfera regional ou local dispõe não provêm da própria arrecadação local, mas sim de repasses dos níveis centrais ou outros níveis hierarquicamente superiores. O inconveniente desse tipo de descentralização, sob o ponto de vista do financiamento, diz respeito ao fato da esfera que recebe o aporte financeiro ter que se sujeitar a detalhes formais de organização e alocação dos recursos. Dificilmente os modelos de descentralização dependente de recursos permitem flexibilidade, no sentido de cada esfera local escolher o modelo de gestão adequado às suas especificidades. O não cumprimento de parâmetros ou regras de gestão fixadas pelo nível central poderá implicar no cancelamento ou postergação da transferência.

Já a descentralização autônoma é aquela onde os recursos provêm da arrecadação da própria esfera local, não dependendo de recursos transferidos de outras esferas de governo para sua operação.

¹³⁷ Uma análise taxonômica sobre transferências e sua articulação com a questão do federalismo pode ser encontrada no artigo de AFFONSO, J.R.R., "Aspectos Conceituais das Relações Financeiras Intergovernamentais" in Revista Estudos Econômicos, Ed. FINE, São Paulo (SP), No. 22(1), pp. 5-34, janeiro/abril de 1992. Não se pretende nesse texto fazer uma análise relacionada ao tipo de transferência, mas sim avaliar as variações no gasto social derivadas de distintas formas de desconcentração ou descentralização.

Logicamente que este tipo de descentralização permite maior flexibilidade no uso dos recursos, na medida em que não depende dos ditames do poder central para obtenção de financiamento, o qual é oriundo de receitas próprias.

A descentralização dependente, por sua vez, deve ser observada de duas formas. A primeira é feita através de transferências negociadas de recursos. Neste caso, mantém-se uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a esfera central, a qual está baseada em laços políticos, técnicos ou institucionais que podem ser efêmeros. Conceituou-se essa forma de *descentralização tutelada*.

A segunda é baseada em transferências automáticas, as quais podem ser definidas pela Constituição, pela legislação complementar ou ordinária. Esta descentralização, ainda que mantenha o nível de dependência, não é tão efêmera e tem amparo na legislação corrente, não estando atrelada aos humores da esfera que realiza o repasse dos recursos. Chamamos essa forma de descentralização vinculada, na medida em que ela se baseia em recursos vinculados a critérios legalmente estabelecidos.¹³⁸ Sendo assim, sob o ponto de vista do financiamento, a hierarquia das formas de descentralização pode obedecer ao seguinte diagrama.

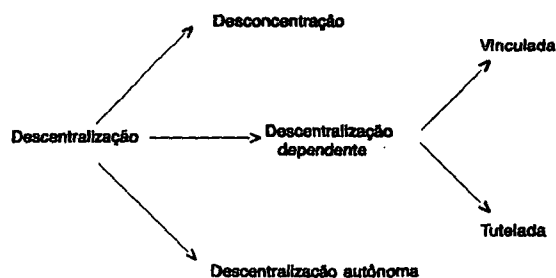
Vale ressaltar, no entanto, que as formas de descentralização financeira acima conceituadas podem muitas vezes ocorrer simultaneamente em uma mesma região. Dificilmente um Estado ou Município deixa de por recursos de sua arrecadação própria na dinâmica de sua política regional de saúde. Analogamente, um determinado Município pode receber recursos de forma vinculada e tutelada de uma mesma esfera de Governo ou de esferas distintas. Portanto, as formas acima conceituadas são, em geral, complementares.

A questão básica a se pesquisar é qual o grau de dependência de recursos externos para o financiamento dessa política, ou seja, procurar saber que restrições um órgão da esfera local efetivamente irá sofrer se cessarem os repasses federais.

¹³⁸ A descentralização de recursos fiscais, através de transferências vinculadas, tem sido um dos temas mais estudados em finanças públicas. Musgrave, ao estudar o assunto, classificou as transferências vinculadas como sendo aquelas em que a esfera de Governo beneficiária é obrigada a utilizar contrapartida de recursos e aquela onde o Governo não é obrigado a fazê-lo. Ver, sobre este ponto, MUSGRAVE, R., & MUSGRAVE, P.B., "Public Finance in Theory and Practice", Ed. MacGraw Hill Books, 1973. Quando analisamos algumas transferências de recursos vinculadas (como o caso das transferências para a saúde previstas na Lei 8.080), verificamos que, em que pese a recomendação de contrapartida, dificilmente o Governo Federal acompanha se ocorreu efetiva contrapartida.

Diagrama 1

HIERARQUIA DAS FORMAS DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS



2. O modelo desconcentrador

Embora desconcentração e descentralização sejam sempre apresentadas como formas antitéticas, existe uma falsa dicotomia entre esses conceitos. Se usarmos a acepção original do termo descentralização, enquanto afastamento ou descolamento do centro, veremos que os dois termos tem aparentemente o mesmo sentido.

No entanto, no campo do poder institucional e da gestão administrativa, a desconcentração tem sido utilizada como uma parte ou etapa do processo de descentralização. Quando se fala em descentralização, admite-se avaliar um processo onde ocorre, não apenas uma regionalização do poder institucional, mas sim uma regionalização com autonomia (política, financeira, institucional, etc.).

Já o termo desconcentração tem sido utilizado no sentido de tirar do centro as tarefas de execução sem que seja transferida a correspondente autonomia.

Por todos esses motivos pode-se afirmar que:

- a) a desconcentração é condição necessária mas não suficiente para um processo pleno de descentralização;
- b) a desconcentração faz parte do processo de descentralização e pode ser conceituada como uma forma de descentralização.

Muitos autores antagonizam o conceito de descentralização ao de desconcentração. As maiores controvérsias dizem respeito a algumas exclusões: falta descentralizar autonomia e poder decisório para que a desconcentração se converta em descentralização. Falta acrescentar

participação social para que a desconcentração seja transmutada em descentralização.

Se não há transferência de autonomia ou poder decisório a descentralização é incompleta. Assim, a descentralização sempre traz em seu bojo uma ampliação dos núcleos de poder, fazendo com que o processo decisório global se torne mais complexo e negociável.

A redistribuição do poder é a base para criação de autonomia das esferas locais. No entanto, a autonomia não é um processo sustentável quando não existem meios econômicos, gerenciais e políticos para sua manutenção. Define-se como meios econômicos os recursos financeiros destinados a manutenção da esfera autônoma de Governo. Estes recursos financeiros podem ser próprios ou transferidos. Quando os recursos são próprios a autonomia é maior do que quando são transferidos, dado que, neste último caso, sempre existirão tensões para que sejam alteradas as regras do jogo.¹³⁹

Define-se como recursos gerenciais a questão da tecnologia associada ao processo de descentralização. Não adianta a esfera local ter autonomia para executar uma determinada política se ela não detém recursos físicos, tecnológicos e gerenciais para fazê-lo. Este é o caso da política de saneamento no Brasil, onde embora o poder concedente seja municipal, apenas 20% dos municípios tem condições reais de exercê-lo.

Por fim, define-se como recursos políticos a capacidade de mando e legitimidade para o exercício do poder, bem como a capacidade da esfera local/regional fazer representar seus interesses junto a outras esferas de Governo. Muitas vezes o caráter artificial do poder político faz com que a esfera local não caminhe segundo seus interesses, acabando por reforçar o poder de outras esferas políticas, em detrimento dos interesses da comunidade que representa. Em geral, o poder político deve ser legitimado pela participação social da população envolvida.

Assim, um modelo desconcentrador de saúde é aquele onde os recursos financeiros, os recursos gerenciais e os recursos políticos necessários para fazer funcionar adequadamente os estabelecimentos de saúde, visando atender as necessidades locais, seguem sendo mantido pelo nível central de Governo, ainda que haja uma dispersão regional destes estabelecimentos. As regras de gestão são basicamente uniformes e pouco se faz no sentido de adequar a gerência, o controle e as formas de prestação e remuneração dos serviços às realidades locais.

¹³⁹ Um exemplo claro dessa situação são as tensões que vem sendo criadas no Orçamento da União no Brasil, contida na discussão do Fundo Social de Emergência, no sentido de desvincular os recursos destinados aos Estados e Municípios, de acordo com as regras constitucionais estabelecidas em 1988.

Pode-se dizer que o modelo de saúde preconizado pelo INAMPS foi um modelo que tinha um certo grau de desconcentração, a partir da existência das Superintendências Estaduais, posteriormente transformadas em Escritórios Regionais do INAMPS.

O SUDS, e seus instrumentos de controle, dentre os quais a Programação e Orçamento Integrada –POI– também ampliou o grau de desconcentração, introduzindo, em certo sentido, determinadas formas de descentralização financeira dos recursos. No entanto, as formas de gestão permaneceram basicamente homogêneas, lastreadas em regras definidas pelo nível central de Governo.

Pode-se dizer que o SUS também manteve em sua origem um elevado grau de desconcentração, mas um baixo grau de descentralização. Mas o advento da NOB 01/93 parece prometer aumentar o grau de descentralização, na medida em que introduz o princípio da flexibilidade na gestão e implantação das estratégias de descentralização.

Capítulo XI

OS DESAFIOS DE CURTO PRAZO (À GUIA DE CONCLUSÃO)

A Constituição de 1988, ao definir o conceito de seguridade social como sendo a integração das ações no campo da previdência, assistência social, saúde e proteção ao trabalhador, criou como instrumento básico de financiamento dessas políticas, ao nível do Governo Federal, o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Excluindo-se os programas de proteção ao trabalhador, custeados com recursos vinculados ao PIS/PASEP, as demais ações acima enumeradas seriam financiadas por três fontes: a contribuição sobre folha de salários incidentes sobre empresas e trabalhadores; a contribuição sobre o lucro líquido das empresas e a contribuição sobre o faturamento das empresas (FINSOCIAL/COFINS). O OSS, sempre que necessário, deveria ser complementado por aportes de recursos oriundos do Orçamento Fiscal da União.

Embora não houvesse a intenção de vincular recursos específicos para cada uma destas três áreas, seja em termos de fontes, seja em termos de percentuais, o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias definiu que enquanto não fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, não menos de 30% dos recursos do OSS (excluído o seguro desemprego) deveria ser destinado ao setor saúde.

Os dois anos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988 garantiram ao setor saúde recursos suficientes para manter a estratégia de descentralização preconizada pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, desde o início dos anos noventa, três fatores tem impedido com que o OSS seja uma fonte adequada, em termos de quantidade e regularidade de recursos, para o financiamento das ações do Governo Federal, no campo da saúde: a) a crise econômica e seus impactos na redução das receitas que compõe o OSS; b) os intentos do Ministério da Previdência Social em cumprir os dispositivos constitucionais quanto ao plano de benefícios dos segurados da Previdência Social; c) o esforço recente do governo federal

em reduzir o déficit público como um dos instrumentos essenciais do processo de estabilização da economia.

Como corolário, pode-se dizer que o setor saúde tem tido fortes turbulências em seu processo de financiamento. Além da redução de recursos federais, que entre 1989 e 1992 tiveram uma queda acumulada de 42%, a Contribuição sobre Folha de Salários deixou de ser a principal fonte de recursos para o setor, passando o mesmo a depender de uma série de fontes não convencionais, como o é o caso dos constantes empréstimos concedidos pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Em 1993, os gastos federais com saúde voltaram a crescer, atingindo um patamar 26% mais elevado do que o de 1992.¹⁴⁰ Acredita-se que em 1994 tenha havido novamente crescimento, ainda que em menor proporção. No entanto, autoridades federais e loco-regionais ligadas ao setor continuam a dizer que os recursos são insuficientes para fazer frente ao crescimento das despesas. Nesse particular, vale a pena destacar que o crescimento dos gastos com saúde não é um fenômeno isolado no Brasil, mas tem acontecido em vários países desenvolvidos, os quais vem estudando estratégias de contenção de custos que não penalizem demasiadamente os usuários.

Dados estes antecedentes, o objetivo deste capítulo é avaliar as perspectivas do financiamento do setor saúde, respondendo basicamente à quatro questões: a) O Orçamento da Seguridade Social é adequado como mecanismo de financiamento das três áreas que o compõe? b) Quais as alternativas para assegurar a regularidade do fluxo de recursos para o setor saúde? c) Qual a responsabilidade financeira que as três esferas de Governo devem assumir quanto ao financiamento do setor? d) Quais os mecanismos mais adequados de repasse de recursos do governo federal para Estados e Municípios?

1. Perspectivas do orçamento da seguridade social

Criado com a finalidade de garantir estabilidade financeira para o financiamento das áreas que o compõe, o Orçamento da Seguridade Social apresenta alguns problemas considerados, por alguns analistas, como estruturais. O primeiro deles diz respeito à dinâmica temporal das áreas que o compõe. Seguro Social, além de representar um fluxo fixo e regular de recursos, tende a apresentar alterações em sua composição de gasto no

¹⁴⁰ Ver sobre este ponto, Médici, A.C., e Marques, R.M., "Saúde: Entre Gastos e Resultados", in Boletim de Conjuntura Política Social, No. 14, jul-ago de 1994.

longo prazo. Ao mesmo tempo, ao fazer provisão de recursos para financiar benefícios individuais, sua lógica impõe contribuições dos trabalhadores, das empresas e do Governo, sendo que este último só contribui de forma suplementar.

Já a saúde, enquanto política universal, isto é voltada para toda a população composta de contribuintes e não contribuintes, não deveria ser financiada por recursos oriundos das contribuições sobre folha de salários, mas sim por recursos que reflitam o esforço fiscal de toda a sociedade. As contribuições sobre o faturamento, na medida em que são repassadas aos preços dos distintos bens e serviços, consumidos por toda a sociedade são, nesse sentido, mais adequadas ao financiamento da saúde. No entanto, nada impede que este setor seja financiado por fontes fiscais.

No que se refere a área de assistência social, dado seu caráter focalizado e seletivo, isto é, voltado para camadas da população que, por sofrerem limitações físicas ou etárias, ou por estarem inseridas em grupos sociais de baixa renda, necessitam de auxílios diversos sob a forma de renda ou bens e serviços específicos, o financiamento deveria advir, não de contribuições sobre folha de salários, mas sim de recursos fiscais ou contribuições solidárias, isto é, de estratos sociais de mais alta renda. A contribuição sobre o lucro líquido poderia, neste caso, ser adequada aos programas de assistência.

Foram, em certo sentido, estes os argumentos que levaram setores do Governo, em vários momentos, a propor a especialização das fontes como critério para redefinir a partilha dos recursos da Seguridade Social. No entanto, questões como a contestação judicial sobre o FINSOCIAL/COFINS e as perspectivas de recursos crescentes para financiamento da área de previdência, tendo em vista o cumprimento dos dispositivos constitucionais, fizeram com que o discurso da especialização das fontes fosse parcialmente abandonado. Alguns setores continuam defendendo, no entanto, a exclusividade da fonte folha de salários para a Previdência Social

Uma alternativa à especialização das fontes seria a definição de percentuais de vinculação no momento da arrecadação. Assim, poder-se-ia definir, por exemplo, que 30% dos recursos de todas as fontes da seguridade social iriam para a saúde, 10% para a Assistência Social e o restante para a Previdência. A tese da vinculação tem sido fortemente rechaçada por muitos setores porque engessa recursos e tolhe o Governo Federal e o Congresso em relação às suas prerrogativas relacionadas ao estabelecimento de prioridades no processo de alocação de recursos. Este foi, inclusive, um dos argumentos utilizados pelo Governo para estabelecer, em 1994, o Fundo Social de Emergência, isto é, uma fonte de recursos composta pela desvinculação de 20% dos principais impostos e fundos sociais.

Os adeptos da vinculação, no entanto, defendem que esta pode ser uma forma de evitar o estabelecimento de prioridades lesivas ao interesse público, como as que detonaram o escândalo do Orçamento em 1992/3. Isto pode ser, no entanto, um falso argumento dado que determinados congressistas tem sido hábeis em defender prioridades lesivas no interior dos próprios recursos vinculados.

Seja como for, as perspectivas quanto ao OSS passam por quatro opções básicas: a) Manter a atual estrutura, onde à cada LDO/Lei Orçamentaria se define o quanto de recursos do referido orçamento será destinado à cada área; b) Especialização de Fontes; c) Vinculação de Recursos; d) Eliminação do Orçamento da Seguridade Social, com a definição de novos critérios de financiamento das políticas nele originalmente cobertas, a partir de uma reforma tributaria.

Pode-se dizer, ainda, que a discussão deverá ser influenciada pelas redefinições no escopo das funções de cada um desses setores. A Previdência Social passará, eventualmente, por reformas que irão redefinir o plano de benefícios (fim da aposentadoria por tempo de serviço, por exemplo); os tetos de contribuição compulsória; os limites no valor dos benefícios; a desvinculação ou não do valor do piso dos benefícios ao salário mínimo e a regularização das estruturas básicas (benefícios mínimos universais) e complementares (previdência privada).

A assistência social deverá, da mesma forma, redefinir suas ações, provavelmente na busca de uma descentralização radical dos programas hoje cobertos pela LBA e CBIA, bem como discutir a oportunidade (ou não) de criação de programas federais de renda mínima.

A área de saúde parece ser a que tem maior clareza quanto ao escopo de suas ações. Mas ainda restam questões a serem definidas quanto à radicalidade e ao formato (mais ou menos autonomia; maior ou menor controle federal, participação do setor privado, etc.) do processo de descentralização.

Pode-se dizer, portanto, que todas estas questões parecem ser prévias ou simultâneas à redefinição do financiamento da seguridade social. Mas resta ainda uma outra questão. As discussões relacionadas a reforma dos sistemas de financiamento sempre tendem a surgir quando os recursos se tornam escassos frente aos objetivos de gasto. As receitas da Seguridade Social sofreram nos últimos quatro anos fortes restrições quanto ao seu financiamento. No entanto, se o processo de estabilização econômica propiciar (como indicam algumas análises) um crescimento das receitas públicas, pode-se dizer que as tensões acima mencionadas deverão se tornar mais amenas.

Os dois primeiros meses de vigência do plano real tem tido forte impacto na recuperação da arrecadação dos principais tributos federais e as contribuições sociais vinculadas ao OSS não fogem à regra. Entre junho

e agosto de 1994, as receitas do FINSOCIAL, da Contribuição sobre o Lucro e a Arrecadação Bancária da Previdência Social aumentaram 39,7%; 49,0% e 11,3%, respectivamente. Comparando-se agosto de 1994 com o mesmo mês do ano anterior, o crescimento da arrecadação destas três fontes foi de 98,2%, 43,5% e 3,3%, respectivamente.¹⁴¹ Mantida a tendência, pode-se dizer que haverá folga para o financiamento destas políticas no futuro Governo de Fernando Henrique Cardoso.

Ao que parece, portanto, existe consenso quanto ao avanço que o Conceito de Seguridade Social representou para a conquista dos direitos sociais no país. Há dúvidas quanto a necessidade/obrigatoriedade de que esse conceito deva ser traduzido num orçamento único, composto pelas fontes de financiamento acima referidas.

2. Alternativas para regularizar o fluxo de recursos

Um dos principais problemas que vem enfrentando o Ministério da Saúde é o constante atraso no repasse dos recursos do Ministério da Previdência e da Receita Federal, tendo em vista o pagamento dos principais ítems de despesa deste Ministério, onde se incluem, as contas hospitalares e as despesas ambulatoriais dos Estados e Municípios. Pode-se dizer que este problema tem acarretado constantes paralisações nos serviços, *lockout* nos estabelecimentos privados contratados pelo setor público, greves de médicos, falta de equipamentos, material e medicamentos e uma série de outros inconvenientes responsáveis pela forte queda da qualidade dos serviços de saúde, especialmente nos grandes centros urbanos.

A regularização do fluxo de recursos para fazer frente ao comprometimento dos compromissos da saúde é, antes de tudo, um problema de planejamento e racionalidade. Pelo atual critério, os recursos são repassados segundo as disponibilidades de Caixa, seja do Ministério da Previdência Social, seja do Tesouro. Além do mais, a gestão única do Caixa tem propiciado, no caso do Tesouro, um maior controle do Ministério da Fazenda sobre a execução orçamentaria das despesas orçadas pelos demais Ministérios, facilitando na prática o remanejamento e a realocação dos recursos, de forma a perseguir os objetivos gerais da política econômica.

As autoridades do Ministério da Saúde, no entanto, diante dos problemas que vem sendo enfrentados, vem advogando soluções que lhe

¹⁴¹ Ver Indicadores IESP, No. 33, outubro de 1994, parte de Política Social e Trabalho, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo (SP), outubro de 1994.

permitam maior autonomia. Uma dessas soluções seria, definidas as diretrizes orçamentárias e o Orçamento, promover a transferência automática dos recursos sob a forma de duodécimos, ao Fundo Nacional de Saúde. Este ao receber os recursos, poderia repassá-los diretamente aos Estados e Municípios segundo os critérios estabelecidos na NOB 01/93, isto é, de forma negociada, para Estados e Municípios que se encontram mais atrasados no que tange às condições estabelecidas para o processo de descentralização, e de forma automática (Fundo a Fundo) para os Estados/Municípios que já tivessem em fase avançada (plena ou semi-plena) do processo de descentralização.

A questão da regularização do fluxo de recursos não é uma de difícil solução, bastando para tal haver recursos e vontade política para repassá-los. No entanto, é importante desenvolver alguns pré-requisitos para que repasses de recursos não sejam feitos sem avaliação. Nos países desenvolvidos, as autoridades locais prestam contas dos recursos que recebem dos níveis centrais de Governo, procurando demonstrar como estes tem sido utilizados para melhorar a qualidade dos serviços e estender a cobertura. Da mesma forma, cabe ao Nível Central de Governo questionar o nível local quando os recursos aplicados não trazem os resultados definidos ou esperados nos acordos anteriormente feitos.

Repassar recursos sem avaliação é um risco para a eficiência e equidade do sistema. Nesse sentido é questionável a posição daqueles que defendem que não cabe ao governo central avaliar as políticas locais que direta ou indiretamente financia. Repassar os recursos para a saúde com os mesmos critérios que os do FPE e FPM, por exemplo, é uma solução descabida quando se trata de recursos vinculados a uma determinada política ou programa.

3. Mecanismos de repasse de recursos

Quais os critérios que devem ser utilizados para repassar os recursos? A Lei 8080 define alguns desses critérios, mas em geral, tem se tomado como ponto básico o critério populacional. Outros critérios são definidos pelo quadro sócio-econômico; capacidade instalada em saúde; quadro epidemiológico, produtividade/resolutividade pretérita dos serviços. Todos esses critérios são de difícil equacionamento e ponderação.

As experiências internacionais tem demonstrado que as soluções para esta questão não são triviais. Mesmo em países que utilizam o critério da descentralização loco-regional (Itália, Inglaterra, etc.) não há consenso quanto aos melhores critérios. No entanto, a realidade mostra que a adoção de uma enormidade de critérios pode trazer sérios problemas na definição dos valores a serem repassados. A realidade é sempre multi-determinada,

mas a ponderação dos fatores, a qualidade das informações a serem utilizadas e especificidades regionais não captadas tornam difícil e até mesmo injusta a utilização de critérios uniformes baseados em múltiplos fatores.

É praticamente consenso que os recursos transferidos devem ter alguma proporcionalidade com a magnitude da população. Mas existem fatores demográficos que influenciam em larga escala o padrão de consumo de serviços de saúde da população. Populações mais jovens tendem a consumir menos serviços de saúde. No entanto, contingentes populacionais com alta fecundidade determinam não apenas maiores gastos com gineco-obstetrícia, mas também com pediatria. Populações mais velhas, analogamente, representam um gasto maior com doenças crônicas e degenerativas.

Em geral, a curva de gasto com saúde por idade tem a forma de um J. Gasta-se mais com saúde ao nascer, reduz-se durante a infância e a pré-adolescência e volta-se a aumentar o gasto após os 15 anos de idade, de forma exponencial. Durante toda a idade reprodutiva, as mulheres gastam mais do que os homens. No entanto, após os 50 anos a sobre-morbidade/mortalidade masculina por doenças crônicas determina um gasto maior para os homens. Portanto, um dos fatores essenciais na ponderação dos recursos a serem distribuídos é a proporcionalidade dos custos associado ao sexo e à idade. Este critério tem sido utilizado pelo governo inglês na distribuição dos recursos do nível central para as autoridades regionais de saúde.

Por fim, outro fator importante a ser utilizado na distribuição espacial dos recursos é a renda per capita, ponderada pela distribuição de renda regional. Pode-se dizer que quanto maior o nível de renda, maior a possibilidade do indivíduo pagar pelos serviços de saúde. Portanto, menor seria o encargo público do gasto com saúde. Além dos mais, quanto maior a renda per capita de cada Estado/Município, maior a capacidade per capita de arrecadação e, portanto, maior a possibilidade deste Estado/Município colocar recursos próprios no financiamento das ações públicas de saúde. A utilização do fator inverso renda per capita (ponderado pelo grau de distribuição de renda) deve ser regra quando se trata de distribuir recursos para a saúde.

As soluções anteriormente mencionadas devem servir como base para definição dos critérios de repasse de recursos relacionados ao custeio. Mas quando se trata de recursos voltados para o investimento com saúde, estas soluções não são aplicáveis. Recursos voltados para o investimento devem ser definidos pelo nível federal, segundo as necessidades apresentadas pelos Estados e Municípios. Nesse sentido, eles devem ser negociados, cabendo ao Governo Central estabelecer os critérios e parâmetros básicos que deveriam ser utilizados nesta negociação.

4. Responsabilidade das três esferas de Governo no financiamento

Entre 1980 e 1992, os recursos da União nunca foram responsáveis por menos de 70% dos gastos públicos totais do setor saúde. O ano em que essa participação foi menor foi 1986 (70,8%) e o ano onde ela foi maior foi 1988 (87,2%). Pode-se dizer, no entanto, que enquanto a participação dos recursos próprios dos Municípios no financiamento da saúde tem aumentado, a dos Estados tem ficado estacionária ou até mesmo diminuído.

É verdade que entre 1989 e 1992, os gastos com saúde como porcentagem das receitas próprias da União (Receita do Tesouro + Receita Previdenciária tem sofrido progressivas reduções, passando de 17,8% para 11,1% entre esses dois anos, respectivamente. Da mesma forma, os gastos dos Estados com saúde, como porcentagem de suas receitas (incluindo o FPE) caíram de 7,0% em 1980 para 4,3% em 1990. Neste mesmo período, a participação dos gastos municipais com saúde como porcentagem das receitas próprias destas esferas (incluindo o FPM) passou de 6,3% para 8,2%. Essa participação aumentou num contexto onde as receitas próprias municipais e estaduais se expandiam como resultado dos dispositivos tributários contidos na Constituição de 1988.

Vale comentar que os Estados e Municípios não tem todos a mesma capacidade de gasto com saúde. A depender de suas receitas e das prioridades regionais na alocação dos recursos, a capacidade financeira de gasto com saúde é diferenciada em cada contexto regional. Sabe-se, ademais, que dificilmente as esferas locais de governo podem mudar suas prioridades alocativas de um ano para outro, sendo necessário um certo período de transição que permita tal mudança.

Em muitas ocasiões as autoridades federais tem recomendado que Estados e Municípios gastem mais de 10% de suas receitas próprias com saúde. No entanto, tal situação é de difícil cumprimento por parte de todos os Estados e Municípios. Alguns municípios tem comprometido até 20% de seus recursos próprios com saúde, mas tal situação não é seguida pela maioria dos Municípios.

Tomando-se como base os dados de 1990, se os Estados e Municípios gastassem 10% de seus recursos próprios, haveria um aumento de recursos da ordem de apenas 20% (US\$ 2,5 bilhões) no total dos gastos públicos com saúde. Este valor é insignificante para reduzir substancialmente a participação do nível federal no financiamento da saúde.

Ao que tudo indica, portanto, o papel da União no financiamento da saúde deverá continuar relevante por muito tempo. Somente mudanças a longo prazo na estrutura tributaria, no aumento das receitas locais e nas

prioridades alocativas dos Estados e Municípios poderão mudar este quadro.

Mesmo assim, é de fundamental importância que Estados e Municípios sejam fiscalizados, quer nos Conselhos Locais, quer pelo próprio Ministério da Saúde, no que se refere ao volume de recursos que destinam a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affonso, J.R.R. (1992), "Aspectos conceituais das relações financeiras intergovernamentais" in *Revista Estudos Econômicos*, No. 22(1), pp. 5-34, Ed. FINE, São Paulo (SP), janeiro/abril.
- Affonso, R. (1990), "A ruptura do padrão de financiamento do setor público e a crise do planejamento no Brasil dos anos 80" in *Revista Pesquisa e Planejamento Econômico* No. 4, Ed. IPEA, Brasília (DF), dezembro.
- Arouca, A.S.S. (1976), "O dilema preventivista: crítica a medicina social no Brasil", tese de doutoramento apresentada no Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP, Campinas (SP).
- Beltrao, K.I., Lustosa, B.J., Oliveira, F.E.B. e Pasinato, M.T.M. (1993), "Fontes de financiamento da seguridade social brasileira", trabalho elaborado para o convênio Ministério da Previdência Social e CEPAL, Rio de Janeiro (RJ), mimeo., setembro.
- Bertone, A.A. *et alii* (1989), "Um enfoque político-administrativo das mudanças ocorridas no setor saúde nos anos oitenta" in *Revista Saúde em Debate* No. 27, CEBES, Londrina (PR), dezembro.
- Braga, J.C.S. e Medici, A.C. (1993), *Políticas sociais e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão*, Ed. IESP/FUNDAP, mimeo., junho.
- Braga, J.C.S., e Goes de Paula, S. (1981), *Saúde e previdência: estudos de política social*, Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo (SP).
- Brasil/MPAS (1989), *SUDS - Coletânea da legislação básica*, Ed. MPAS, Brasília (DF), janeiro.
- Brasil/MS (1991), "Plano quinquenal de saúde 1990/95: A saúde no Brasil novo", Brasília (DF).
- Brasil/MS/GED (1993), "Municipalização das ações de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" in *Revista Saúde em Debate* No. 38, Ed. CEBES, Londrina (PR), março.
- Brasil/MS/SAS (1993), "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" in *Informe Epidemiológico do SUS*, número especial, ano II, julho, Brasília P.3-48.
- Castro, M.H.G. (1991), "Descentralização e política de saúde: tendências recentes", in *Revista Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), No. 5, pp. 105-122, Ed. IPEA, Brasília (DF), junho.

- Donnangelo, Maria Cecília Ferro e L. Pereira (1979), "Saúde e sociedade", São Paulo (SP), Ed. Duas Cidades.
- Donnangelo, Maria Cecília Ferro (1983), "A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil" in *Ensino de saúde pública e medicina preventiva*, Ed. ABRASCO, Rio de Janeiro (RJ).
- Enthoven, A.C. (1990), "What can Europeans Learn from Americans" in *Health Care Systems in Transition: The Search of Efficiency*, Ed. OECD, Paris.
- (1988), "Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance", North Holland, Amsterdam.
- Fleury, S. (1991), "Avaliação comparativa das ações integradas de saúde" in *Divulgação em Saúde para Debate* No. 3, Ed. CEBES, Londrina (PR), fevereiro.
- Garrafa, V. (1983), *Contra o monopólio da saúde*, Ed. Achiamé, Rio de Janeiro (RJ).
- Giovanni, Geraldo (1982), "A questão dos remédios no Brasil", São Paulo (SP), Ed. Polis.
- Grupo de Trabalho Interministerial (Ministerios da Saúde, do Planejamento, e da Fazenda) (1994), "Concluções do grupo de trabalho para racionalização dos gastos com saúde e melhoria do atendimento a população".
- Hoyler, Siegfried (1991), "Avaliação da mão de obra em hospitais", pesquisa encomendada pela FENAESS, São Paulo (SP), mimeo., dezembro.
- (1992), "As finanças dos estados durante o periodo 1980-89", Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, julho, mimeo.
- IESP (1994), "Indicadores IESP", No.33, outubro, parte de *Política Social e Trabalho*, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo.
- (1992), "As finanças dos estados durante o periodo 1980-89", Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, julho, mimeo.
- IESP/FUNDAP, Projeto "Estrutura e evolução dos gastos sociais dos governos estadual e municipal no Brasil".
- , Projeto "Federalismo fiscal no Brasil", Sub-projeto "Canais de acesso aos fundos públicos".
- INAMPS (1985), Relatorio de Actividades.
- Jönsson, B. (1990), "What can American Learn From Europeans?" in *Health Care Systems in Transition: The Search of Efficiency*, Ed. OECD, Paris.
- Lima, M.A. (1988), "Financiamento do Sistema Único de Saúde: reflexões doutrinárias e interpretações sobre a participação do FINSOCIAL e do FAS", in *Anais do Seminário Internacional sobre Financiamento do SUDS*, São Paulo (SP), agosto.
- Lobo, M.T. (1989), "Política social e descentralização: A experiência do BNDES/FINSOCIAL Pós-1985", in *BRASIL, Ministério da Previdência*

- e Assistência Social & CEPAL, Brasília, - Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização, Brasília, CEPAL, V. 3, p.481-534.
- Maciel, M.C.N.P. (1993), *Estrutura e evolução dos gastos sociais dos governos estaduais e municipais no Brasil*, Ed. IESP/FUNDAP, mimeo.
- (1992), "Incentivos governamentais ao setor privado em saúde" in *Revista de Administração Pública (RAP)*, Vol. 26, No. 2, pp. 79-115, Rio de Janeiro (RJ), abr-jun.
- (1992), *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*, TD/IESP No. 7, Ed. FUNDAP/IESP, São Paulo (SP), dezembro.
- (1991), "Sem régua e compasso: população, emprego e pobreza no Brasil dos anos oitenta", *Relatórios Técnicos ENCE/IBGE*, No. 06/91, Ed. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro (RJ).
- (1991), "Descentralização e informação em saúde" in *Revista Planejamento e Políticas Públicas (PPP)*, Ed. IPEA, No. 5, junho de 1991, Brasília (DF), pp. 5-29
- Medici, A.C. (1990), "Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras" in *Planejamento e Políticas Públicas*, No. 4, Ed. IPEA, Brasília (DF) dezembro.
- (1990), "O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento", *Relatórios Técnicos 02/90*, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro.
- Medici, A.C., e Campos, M.R. (1992), "Padrões de morbidade e utilização de serviços de saúde: uma análise da PNAD 1986", in *Relatórios Técnicos ENCE/IBGE*, 08/92, Rio de Janeiro (RJ), maio.
- Medici, A.C., Silva, P.L.B. & Vianna (1993), A.L., *Desenvolvimento e crise no setor saúde nos anos oitenta e noventa*, Ed. IESP/FUNDAP, mimeo., agosto.
- Medici, A.C. e R.M. Marques (1994), "Saúde: entre gastos e resultados" in *Boletim de Conjuntura Política Social*, No.14, julho-agosto.
- Medici, A.C. et alii (1987), "Relatório do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária", Ministério da Saúde, CNRS, *Relatórios Técnicos* No. III, Brasília.
- Medici, A.C. & Braga, J.C.S. (1993), "Políticas sociais e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão" *Revista Pesquisa e Planejamento Econômico (PPP)* No. 10, pp. 33-89, Ed. IPEA, Brasília (DF), dezembro.
- Medici, A.C. & Vianna, M.L.T., *Pesquisa sobre orçamento social, IEI/UFRJ, Parte II: Descentralização e políticas de saúde*, Ed. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro (RJ), 1988, mimeo.
- Medici, A.C. & Oliveira, F.E.B. (1992), "A dimensão do setor saúde no Brasil", *Documentos de Política* No. 05, Ed. IPEA, Rio de Janeiro (RJ), outubro.

- (1992), "A política de saúde no Brasil: subsídios para uma reforma", Ed. IPEA, *Documentos de Política* No. 3, Rio de Janeiro (RJ), março.
- (1992), *Considerações sobre o sucateamento das redes pública e privada de saúde*, TD 267, Ed. IPEA, Rio de Janeiro (RJ), junho.
- Medici, A.C., Oliveira, F.E.B. & Beltrao, K.I. (1993), *Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil*, Ed. IPEA, TD No. 316, Rio de Janeiro (RJ), outubro.
- (1991), "A política de medicamentos no Brasil", Ed. IPEA, *Documentos de Política* No. 6, Rio de Janeiro (RJ), dezembro de 1991.
- Mello, Carlos Gentile de (1981), "O sistema de saúde em crise", Ed. CEBES/HUCITEC, São Paulo (SP).
- Musgrave, R., & Musgrave, P.B. (1973), *Public Finance in Theory and Practice*, Ed. MacGraw Hill Books.
- Oliveira Jr., M. (1992), "Problemas atuais e propostas para a revisão do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil", Texto apresentado na 9a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (DF), outubro de 1992, in *Cadernos da Nona*, Vol 2, Brasília (DF), outubro.
- Piola, S.F. (1993), "Gasto federal em áreas sociais: resultados de 1992", Texto preparado para o IESP/FUNDAP, mimeo., junho.
- Porto, S.M. (1991), "Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas" in *Revista Planejamento e Políticas Públicas (PPP)*, No. 5, pp. 123-142, Ed. IPEA, Brasília (DF), junho.
- Possas, C.A. (1981), *Saúde e trabalho no Brasil: A crise da previdência social*, Ed. Graal, bem como os trabalhos de Madel T. Luz e Sônia Fleury Teixeira.
- Preteceille, E. (1987), *La descentralización: por qui, por quoi?*, Ed. IRESCO, mimeo, Paris.
- Rezende, F. (1974), "Novas alternativas para o financiamento dos encargos do Governo" in *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Ed. IPEA, 4(3), Rio de Janeiro (RJ), dezembro.
- Rezende, F. (1992), "Financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do estado e do sistema tributário brasileiro", Brasília, Organização Panamericana da Saúde.
- Ron, A., Abel-Smith, B. & Tamburi, G. (1990), *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*, Ed. ILO, Geneva.
- Sato, A.K. (1993), *Descentralização: um tema complexo*, Ed. IPEA, Textos para Discussão No. 314, Brasília outubro.
- Seixas, J.C. (1977), "Interiorização dos serviços de saúde", in *Anais da VI Conferência Nacional de Saúde*, Ed. Ministério da Saúde, Brasília (DF).
- Soares, L.T (1991), "Descentralização e municipalização em regiões metropolitanas: uma experiência da Baixada Fluminense" in *Revista*

- Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), No. 5, pp. 53-87, Ed. IPEA, Brasília, junho.
- Tobar, F. (1991), "O conceito de descentralização: usos e abusos" in *Revista Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), No. 5, pp. 31-52, Ed. IPEA, Brasília, junho.
- Uga, M.A.D. (1991), "Descentralização e democracia: o outro lado da moeda" in *Revista Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), No. 5, pp. 87-104 Ed. IPEA, Brasília, junho de 1991.
- Vianna, S.M. e Piola, S.F. (1991), "Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde (SUS)" in *Revista Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), No. 5, pp. 143-160, Ed. IPEA, Brasília (DF), junho.
- Vianna, S.M. et alii (1990), "O financiamento da descentralização dos Serviços de Saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios", Organização Panamericana da Saúde, Brasília (DF) novembro.
- Vianna, A.L. (1996), "SUS – Entraves a descentralização e propostas de mudança", in Silva, P.L.B. e Affonso, R.B.A. *Descentralização e políticas sociais*, ed. FUNDAP, São Paulo (SP).
- Watson, A. (1992), *As finanças dos estados durante o período 1980-1989*, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo (SP), mimeo, julho.

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar.
AIS	Programa de Ações Integradas de Saúde.
AMS	Inquérito de Assistência Médico-Sanitária. Pesquisa realizada anualmente pelo IBGE, coletando informações de todos os estabelecimentos de saúde do país.
APA	Autorização para Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo.
BNH	Banco Nacional da Habitação -Criado em 1967 e extinto em 1986. Órgão federal voltado para o planejamento e financiamento da política nacional de saneamento, habitação e desenvolvimento urbano.
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões -Instituições de Previdência e Assistência Social características do período 1922-1945, organizadas por sindicato ou empresa e financiadas de forma tri-partite, isto é, pela empresa, pelos trabalhadores e pelo Estado. A maioria das CAP's foi, nos anos trinta, incorporada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), no entanto as CAP's remanescentes foram, em 1967, fundidas ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a unificar o sistema.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde -Entidade Representativa dos Movimentos de Reforma Sanitária no Brasil, congregando profissionais de saúde e intelectuais ligados a esta causa. O CEBES foi criado em meados dos anos setenta e segue existindo até hoje. Edita a Revista "Saúde em Debate".
CEME	Central de Medicamentos. Órgão criado em 1974 na estrutura do Ministério da Previdência Social, voltada para centralizar a compra de medicamentos do INAMPS. A partir de 1986 foi transferida para o Ministério da Saúde.
CEF	Caixa Econômica Federal

CIMS	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde.
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação da Saúde.
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde.
CLIS	Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social. Criada em 1992 em substituição ao FINSOCIAL.
CONASP	Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde.
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.
CRIS	Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde.
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, criada em 1976.
DATASUS	Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (ainda não implantada definitivamente).
DIVEM	Divisão de Estados e Municípios do Departamento do Tesouro Nacional (Ministério da Economia).
DRG	Diagnosis Related Groups.
ENCE	Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE.
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar —Pesquisa Realizada pelo IBGE entre 1974 e 1976.
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social –Contribuição Social criada em 1982 para reverter recursos para os programas sociais federais. Seu questionamento judicial em 1992 fez com que mudasse seu nome para Contribuição para o Financiamento da Seguridade (COFINS).
FAE	Fator de Apoio aos Estados do SUS.
FAM	Fator de Apoio aos Municípios do SUS.
FAO	Food and Alimentation Organization –Órgão das Nações Unidas voltado para a política de provimento de alimentos.
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social –Fundo formado por percentual da arrecadação de loterias e de saldo operacional da aplicação dos recursos CEF, voltado para investimento em programas sociais. Tendo sido administrado pela CEF, através de um Conselho de Gestão formado por diversos órgãos, foi extinto entre 1988/9.
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador –fundo formado pelas contribuições do PIS/PASEP, voltado para o financiamento dos programas do Ministério do Trabalho, especialmente o de seguro desemprego.

	Criado a partir das determinações da Constituição de 1988, pode-se dizer que 40% de seus recursos são emprestados ao BNDES para programas de investimento.
FEM	Fator de Estímulo a Municipalização.
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde.
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz.
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social –Entidade Contábil que integrava as receitas e despesas do SINPAS. Criado em 1976, seria teoricamente extinto em 1988 quando, com a nova Constituição, foi criado o Orçamento da Seguridade Social.
FPE	Fundo de Participação dos Estados.
FPM	Fundo de Participação dos Municípios.
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor –órgão assistencial do antigo. Ministério da Previdência Social, hoje ligada ao Ministério do Bem-Estar Social, tendo seu nome mudado para Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA).
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde –órgão criado em 1990, a (ou FNS)partir da fusão da SUCAM e da SESP, voltando-se para ações na área das campanhas sanitárias, saneamento e serviços especiais de saúde pública. Pertence ao Ministério da Saúde.
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Órgão voltado para ensino, pesquisa e Assessoria. Pertence a estrutura do Governo do Estado de São Paulo.
FUNRURAL	Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural –Criado em 1974 no interior do INPS. Programa voltado para universalizar os benefícios previdenciários e a assistência médica aos trabalhadores rurais.
HMO	Health Maintenance Organizations.
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões. Autarquias surgidas durante o primeiro governo Getúlio Vargas (1930-1945), voltadas para previdência social e assistência médica e social dos trabalhadores, por setores de atividade. Em fins dos anos quarenta existiam 7 IAP's. Estes institutos substituíram a estrutura das CAP's. Foram, em 1967 incorporados ao INPS.
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social, criado em 1976 como desdobramento da estrutura do INPS.

IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários.
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários.
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários.
IAPTEC	Instituto de Aposentadorias dos Técnicos e Comerciários.
IAPM	Instituto de Aposentadoria dos Marítimos.
IASERJ	Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.
IAMSP	Instituto de Assistência Médica dos Servidores do Estado de São Paulo.
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística.
IESP	Instituto de Economia do Setor Público, órgão de pesquisa ligado à FUNDAÇÃO.
IFF	Instituto Fernandes Filgueiras –hospital e centro de saúde de referência no campo da pediatria, pertencente a FIOCRUZ.
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social –Criado em 1976 como um dos três desdobramenteo do INPS. Ligado em sua origem ao Ministério da Previdência Social, o INAMPS foi, em 1988, transferido ao INAMPS sendo extinto em 1992, quando, de acordo com a estrutura do SUS, passou a integrar a Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde. Sua rede física de estabelecimentos de Saúde foi descentralizada para os Estados e Municípios.
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição –órgão voltado para a política de vigilância alimentar-nutricional da população e para promover a distribuição de alimentos entre a população de baixa renda. Foi criado em 1976 e pertence a estrutura do Ministério da Saúde.
INPS	Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões –Criado em 1967 a partir da fusão de seis IAP's e das CAP's remanescentes. Só não foi incorporado o IPASE que continuou a ser uma estrutura independente, voltado para o funcionalismo público federal. Os Estados também mantiveram, para seu funcionalismo, institutos independentes. O INPS foi extinto em 1976, com a criação do SINPAS, sendo subdividido em três instituições: o INPS, o IAPAS e o INAMPS.
IPASE	Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estados –O último IAP a ser criado.
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada –órgão de pesquisa e consultoria ligado a Secretaria de Planejamento da Previdência da República.

LBA	Legião Brasileira de Assistência –órgão pertencente a antiga estrutura de assistência social do Ministério da Previdência Social, hoje ligada ao Ministério da Assistência Social.
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias.
MS	Ministério da Saúde.
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP.
NOB	Norma Operacional Básica do SUS.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPS	Organização Panamericana da Saúde.
OSS	Orçamento da Seguridade Social –Criado na Constituição de 1988 para administrar os recursos fiscais e contribuições sociais que integram o conceito de seguridade social: saúde, assistência social, previdência social e trabalho.
PASEP	Programa de Assistência ao Servidor Público –Contribuição Patrimonial para o Trabalhador feita pelas empresas. Recolhida mensalmente, constitui, junto com o PIS, a base de financiamento do FAT.
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS.
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.
PIB	Produto Interno Bruto.
PIN	Programa de Integração Nacional. A ele se associava um fundo e uma política de incentivos fiscais (Ministério do Interior).
PIS	Programa de Integração Social –Contribuição patrimonial das empresas para os trabalhadores, junto com o PASEP constitui a base de financiamento do FAT.
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento, criado em 1974 e extinto em 1986, por ocasião da extinção do BNH.
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios –Pesquisa realizada anualmente pelo IBGE, tendo em vista a coleta de informações sociais relativas a população.
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição –Pesquisa realizada pelo IBGE em 1989.
POI	Programação e Orçamentação Integrada (INAMPS).
PPA	Programa de Pronta Ação –criado no âmbito do INPS em 1974, para estender a assistência médica de urgência a todos, independentemente de contribuição à previdência social.
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde do INAMPS (1980).

PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Existiram dois desses programas nos anos setenta, administrados pelo INAN, embora integrasse a ação de outros órgãos no campo da alimentação e nutrição.
PROTERR	Programa de Desenvolvimento da terra (Ministério do Interior).
PSA	Programa de Suplementação Alimentar, a cargo do INAN.
PSN	Programa de Saúde e Nutrição, a cargo do INAN, nos anos oitenta.
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais – Registro administrativo que toda a empresa é obrigada a preencher anualmente, para cálculo e registro dos benefícios sociais dos trabalhadores formais. Atualmente é administrada pelo Ministério do Trabalho.
SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Presidência da República.
SESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – Autarquia ligada ao Ministério da Saúde, voltada para promover serviços de saúde e saneamento nas regiões mais distantes do país, onde não haviam suficientes recursos estaduais, municipais ou do INAMPS. Criada nos anos cinquenta, no bojo do modelo sanitário-desenvolvimentista, a SESP foi incorporada em 1990 a FUNASA.
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Estrutura criada em 1976, passando a integrar 6 instituições: o INPS, o INAMPS, o IAPAS, a DATAPREV, a LBA e a FUNABEM.
SUCAM	Superintendência de Campanhas Sanitárias – órgão do Ministério da Saúde. Em 1990, juntamente com a Fundação SESP, foi incorporada a um novo órgão denominado FUNASA – Fundação Nacional de Saúde.
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SNS	Sistema Nacional de Saúde (criado normativamente em 1976).
SUS	Sistema Unificado de Saúde.
UBAM	Unidade Básica de Assistência Médica.
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial.
UCR	Unidade de Capacitação de Rede.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas.

UNIMED União da Cooperativas Médicas –Instituição de
Pré-pagamento que oferece planos de saúde privados
para famílias e empresas.
US Unidade de Serviço.



Publicaciones de la CEPAL

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Casilla 179-D Santiago de Chile

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Revista de la CEPAL

La *Revista* se inició en 1976 como parte del Programa de Publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, con el propósito de contribuir al examen de los problemas del desarrollo socioeconómico de la región. Las opiniones expresadas en los artículos firmados, incluidas las colaboraciones de los funcionarios de la Secretaría, son las de los autores y, por lo tanto, no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Organización.

La *Revista de la CEPAL* se publica en español e inglés tres veces por año.

Los precios de suscripción anual vigentes para 1997 son de US\$20 para la versión en español y de US\$22 para la versión en inglés. El precio por ejemplar suelto es de US\$10 para ambas versiones.

Los precios de suscripción por dos años (1997-1998) son de US\$35 para la versión español y de US\$40 para la versión inglés.

Estudio Económico de América Latina y el Caribe

1980,	664 pp.
1981,	863 pp.
1982, vol. I	693 pp.
1982, vol. II	199 pp.
1983, vol. I	694 pp.
1983, vol. II	179 pp.
1984, vol. I	702 pp.
1984, vol. II	233 pp.
1985,	672 pp.
1986,	734 pp.
1987,	692 pp.

Economic Survey of Latin America and the Caribbean

1980,	629 pp.
1981,	837 pp.
1982, vol. I	658 pp.
1982, vol. II	186 pp.
1983, vol. I	686 pp.
1983, vol. II	166 pp.
1984, vol. I	685 pp.
1984, vol. II	216 pp.
1985,	660 pp.
1986,	729 pp.
1987,	685 pp.

1988,	741 pp.	1988,	637 pp.
1989,	821 pp.	1989,	678 pp.
1990, vol. I	260 pp.	1990, vol. I	248 pp.
1990, vol. II	590 pp.	1990, vol. II	472 pp.
1991, vol. I	299 pp.	1991, vol. I	281 pp.
1991, vol. II	602 pp.	1991, vol. II	455 pp.
1992, vol. I	297 pp.	1992, vol. I	286 pp.
1992, vol. II	579 pp.	1992, vol. II	467 pp.
1993, vol. I	289 pp.	1993, vol. I	272 pp.
1993, vol. II	532 pp.	1993, vol. II	520 pp.
1994-1995,	348 pp.	1994-1995,	332 pp.
1995-1996,	349 pp.	1995-1996,	335 pp.

(También hay ejemplares de años anteriores)

**Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe /
Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean (bilingüe)**

1980,	617 pp.	1989,	770 pp.
1981,	727 pp.	1990,	782 pp.
1982/1983,	749 pp.	1991,	856 pp.
1984,	761 pp.	1992,	868 pp.
1985,	792 pp.	1993,	860 pp.
1986,	782 pp.	1994,	863 pp.
1987,	714 pp.	1995,	865 pp.
1988,	782 pp.	1996,	866 pp.

(También hay ejemplares de años anteriores)

Libros de la CEPAL

- 1 *Manual de proyectos de desarrollo económico*, 1958, 5ª ed. 1980, 264 pp.
- 1 *Manual on economic development projects*, 1958, 2ª ed. 1972, 242 pp.
- 2 *América Latina en el umbral de los años ochenta*, 1979, 2ª ed. 1980, 203 pp.
- 3 *Agua, desarrollo y medio ambiente en América Latina*, 1980, 443 pp.
- 4 *Los bancos transnacionales y el financiamiento externo de América Latina. La experiencia del Perú*, 1980, 265 pp.
- 4 *Transnational banks and the external finance of Latin America: the experience of Peru*, 1985, 342 pp.
- 5 *La dimensión ambiental en los estilos de desarrollo de América Latina*, por Osvaldo Sunkel, 1981, 2ª ed. 1984, 136 pp.
- 6 *La mujer y el desarrollo: guía para la planificación de programas y proyectos*, 1984, 115 pp.
- 6 *Women and development: guidelines for programme and project planning*, 1982, 3ª ed. 1984, 123 pp.
- 7 *África y América Latina: perspectivas de la cooperación interregional*, 1983, 286 pp.
- 8 *Sobrevivencia campesina en ecosistemas de altura*, vols. I y II, 1983, 720 pp.
- 9 *La mujer en el sector popular urbano. América Latina y el Caribe*, 1984, 349 pp.
- 10 *Avances en la interpretación ambiental del desarrollo agrícola de América Latina*, 1985, 236 pp.

- 11 *El decenio de la mujer en el escenario latinoamericano*, 1986, 216 pp.
- 11 ***The decade for women in Latin America and the Caribbean: background and prospects***, 1988, 215 pp.
- 12 *América Latina: sistema monetario internacional y financiamiento externo*, 1986, 416 pp.
- 12 ***Latin America: international monetary system and external financing***, 1986, 405 pp.
- 13 *Raúl Prebisch: Un aporte al estudio de su pensamiento*, 1987, 146 pp.
- 14 *Cooperativismo latinoamericano: antecedentes y perspectivas*, 1989, 371 pp.
- 15 *CEPAL, 40 años (1948-1988)*, 1988, 85 pp.
- 15 ***ECLAC 40 Years (1948-1988)***, 1989, 83 pp.
- 16 *América Latina en la economía mundial*, 1988, 321 pp.
- 17 *Gestión para el desarrollo de cuencas de alta montaña en la zona andina*, 1988, 187 pp.
- 18 *Políticas macroeconómicas y brecha externa: América Latina en los años ochenta*, 1989, 201 pp.
- 19 *CEPAL, Bibliografía, 1948-1988*, 1989, 648 pp.
- 20 *Desarrollo agrícola y participación campesina*, 1989, 404 pp.
- 21 *Planificación y gestión del desarrollo en áreas de expansión de la frontera agropecuaria en América Latina*, 1989, 113 pp.
- 22 *Transformación ocupacional y crisis social en América Latina*, 1989, 243 pp.
- 23 *La crisis urbana en América Latina y el Caribe: reflexiones sobre alternativas de solución*, 1990, 197 pp.
- 24 ***The environmental dimension in development planning I***, 1991, 302 pp.
- 25 *Transformación productiva con equidad*, 1990, 3ª ed. 1991, 185 pp.
- 25 ***Changing production patterns with social equity***, 1990, 3ª ed. 1991, 177 pp.
- 26 *América Latina y el Caribe: opciones para reducir el peso de la deuda*, 1990, 118 pp.
- 26 ***Latin America and the Caribbean: options to reduce the debt burden***, 1990, 110 pp.
- 27 *Los grandes cambios y la crisis. Impacto sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, 1991, 271 pp.
- 27 ***Major changes and crisis. The impact on women in Latin America and the Caribbean***, 1992, 279 pp.
- 28 ***A collection of documents on economic relations between the United States and Central America, 1906-1956***, 1991, 398 pp.
- 29 *Inventarios y cuentas del patrimonio natural en América Latina y el Caribe*, 1991, 335 pp.
- 30 *Evaluaciones del impacto ambiental en América Latina y el Caribe*, 1991, 232 pp.
- 31 *El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente*, 1991, 146 pp.
- 31 ***Sustainable development: changing production patterns, social equity and the environment***, 1991, 146 pp.
- 32 *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, 1993, 254 pp.
- 33 *Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*, 1992, 269 pp.
- 33 ***Education and knowledge: basic pillars of changing production patterns with social equity***, 1993, 257 pp.
- 34 *Ensayos sobre coordinación de políticas macroeconómicas*, 1992, 249 pp.
- 35 *Población, equidad y transformación productiva*, 1993, 2ª ed. 1995, 158 pp.
- 35 ***Population, social equity and changing production patterns***, 1993, 153 pp.
- 36 *Cambios en el perfil de las familias. La experiencia regional*, 1993, 434 pp.
- 37 *Familia y futuro: un programa regional en América Latina y el Caribe*, 1994, 137 pp.
- 37 ***Family and future. A regional programme in Latin America and the Caribbean***, 1995, 123 pp.
- 38 *Imágenes sociales de la modernización y la transformación tecnológica*, 1995, 198 pp.

- 39 *El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe*, 1994, 109 pp.
- 39 *Open regionalism in Latin America and the Caribbean*, 1994, 103 pp.
- 40 *Políticas para mejorar la inserción en la economía mundial*, 1995, 314 pp.
- 40 *Policies to improve linkages with the global economy*, 1995, 308 pp.
- 41 *Las relaciones económicas entre América Latina y la Unión Europea: el papel de los servicios exteriores*, 1996, 300 pp.
- 42 *Fortalecer el desarrollo. Interacciones entre macro y microeconomía*, 1996, 116 pp.
- 42 *Strengthening development. The interplay of macro- and microeconomics*, 1996, 116 pp.
- 43 *Quince años de desempeño económico. América Latina y el Caribe, 1980-1995*, 1996, 120 pp.
- 43 *The economic experience of the last fifteen years. Latin America and the Caribbean, 1980-1995*, 1996, 120 pp.

SERIES MONOGRÁFICAS

Cuadernos de la CEPAL

- 1 *América Latina: el nuevo escenario regional y mundial / Latin America: the new regional and world setting*, (bilingüe), 1975, 2ª ed. 1985, 103 pp.
- 2 *Las evoluciones regionales de la estrategia internacional del desarrollo*, 1975, 2ª ed. 1984, 73 pp.
- 2 *Regional appraisals of the international development strategy*, 1975, 2ª ed. 1985, 82 pp.
- 3 *Desarrollo humano, cambio social y crecimiento en América Latina*, 1975, 2ª ed. 1984, 103 pp.
- 4 *Relaciones comerciales, crisis monetaria e integración económica en América Latina*, 1975, 85 pp.
- 5 *Síntesis de la segunda evaluación regional de la estrategia internacional del desarrollo*, 1975, 72 pp.
- 6 *Dinero de valor constante. Concepto, problemas y experiencias*, por Jorge Rose, 1975, 2ª ed. 1984, 43 pp.
- 7 *La coyuntura internacional y el sector externo*, 1975, 2ª ed. 1983, 106 pp.
- 8 *La industrialización latinoamericana en los años setenta*, 1975, 2ª ed. 1984, 116 pp.
- 9 *Dos estudios sobre inflación 1972-1974. La inflación en los países centrales. América Latina y la inflación importada*, 1975, 2ª ed. 1984, 57 pp.
- s/n *Canada and the foreign firm*, D. Pollock, 1976, 43 pp.
- 10 *Reactivación del mercado común centroamericano*, 1976, 2ª ed. 1984, 149 pp.
- 11 *Integración y cooperación entre países en desarrollo en el ámbito agrícola*, por Germánico Salgado, 1976, 2ª ed. 1985, 62 pp.
- 12 *Temas del nuevo orden económico internacional*, 1976, 2ª ed. 1984, 85 pp.
- 13 *En torno a las ideas de la CEPAL: desarrollo, industrialización y comercio exterior*, 1977, 2ª ed. 1985, 57 pp.
- 14 *En torno a las ideas de la CEPAL: problemas de la industrialización en América Latina*, 1977, 2ª ed. 1984, 46 pp.
- 15 *Los recursos hidráulicos de América Latina. Informe regional*, 1977, 2ª ed. 1984, 75 pp.
- 15 *The water resources of Latin America. Regional report*, 1977, 2ª ed. 1985, 79 pp.
- 16 *Desarrollo y cambio social en América Latina*, 1977, 2ª ed. 1984, 59 pp.
- 17 *Estrategia internacional de desarrollo y establecimiento de un nuevo orden económico internacional*, 1977, 3ª ed. 1984, 61 pp.
- 17 *International development strategy and establishment of a new international economic order*, 1977, 3ª ed. 1985, 59 pp.

- 18 *Raíces históricas de las estructuras distributivas de América Latina*, por A. di Filippo, 1977, 2ª ed. 1983, 64 pp.
- 19 *Dos estudios sobre endeudamiento externo*, por C. Massad y R. Zahler, 1977, 2ª ed. 1986, 66 pp.
- s/n *United States - Latin American trade and financial relations: some policy recommendations*, S. Weintraub, 1977, 44 pp.
- 20 *Tendencias y proyecciones a largo plazo del desarrollo económico de América Latina*, 1978, 3ª ed. 1985, 134 pp.
- 21 *25 años en la agricultura de América Latina: rasgos principales 1950-1975*, 1978, 2ª ed. 1983, 124 pp.
- 22 *Notas sobre la familia como unidad socioeconómica*, por Carlos A. Borsotti, 1978, 2ª ed. 1984, 60 pp.
- 23 *La organización de la información para la evaluación del desarrollo*, por Juan Sourrouille, 1978, 2ª ed. 1984, 61 pp.
- 24 *Contabilidad nacional a precios constantes en América Latina*, 1978, 2ª ed. 1983, 60 pp.
- s/n *Energy in Latin America: The Historical Record*, J. Mullen, 1978, 66 pp.
- 25 *Ecuador: desafíos y logros de la política económica en la fase de expansión petrolera*, 1979, 2ª ed. 1984, 153 pp.
- 26 *Las transformaciones rurales en América Latina: ¿desarrollo social o marginación?*, 1979, 2ª ed. 1984, 160 pp.
- 27 *La dimensión de la pobreza en América Latina*, por Oscar Altimir, 1979, 2ª ed. 1983, 89 pp.
- 28 *Organización institucional para el control y manejo de la deuda externa. El caso chileno*, por Rodolfo Hoffman, 1979, 35 pp.
- 29 *La política monetaria y el ajuste de la balanza de pagos: tres estudios*, 1979, 2ª ed. 1984, 61 pp.
- 29 *Monetary policy and balance of payments adjustment: three studies*, 1979, 60 pp.
- 30 *América Latina: las evaluaciones regionales de la estrategia internacional del desarrollo en los años setenta*, 1979, 2ª ed. 1982, 237 pp.
- 31 *Educación, imágenes y estilos de desarrollo*, por G. Rama, 1979, 2ª ed. 1982, 72 pp.
- 32 *Movimientos internacionales de capitales*, por R. H. Arriazu, 1979, 2ª ed. 1984, 90 pp.
- 33 *Informe sobre las inversiones directas extranjeras en América Latina*, por A. E. Calcagno, 1980, 2ª ed. 1982, 114 pp.
- 34 *Las fluctuaciones de la industria manufacturera argentina, 1950-1978*, por D. Heymann, 1980, 2ª ed. 1984, 234 pp.
- 35 *Perspectivas de reajuste industrial: la Comunidad Económica Europea y los países en desarrollo*, por B. Evers, G. de Groot y W. Wagenmans, 1980, 2ª ed. 1984, 69 pp.
- 36 *Un análisis sobre la posibilidad de evaluar la solvencia crediticia de los países en desarrollo*, por A. Saieh, 1980, 2ª ed. 1984, 82 pp.
- 37 *Hacia los censos latinoamericanos de los años ochenta*, 1981, 146 pp.
- s/n *The economic relations of Latin America with Europe*, 1980, 2ª ed. 1983, 156 pp.
- 38 *Desarrollo regional argentino: la agricultura*, por J. Martín, 1981, 2ª ed. 1984, 111 pp.
- 39 *Estratificación y movilidad ocupacional en América Latina*, por C. Filgueira y C. Geneletti, 1981, 2ª ed. 1985, 162 pp.
- 40 *Programa de acción regional para América Latina en los años ochenta*, 1981, 2ª ed. 1984, 62 pp.
- 40 *Regional programme of action for Latin America in the 1980s*, 1981, 2ª ed. 1984, 57 pp.
- 41 *El desarrollo de América Latina y sus repercusiones en la educación. Alfabetismo y escolaridad básica*, 1982, 246 pp.

- 42 *América Latina y la economía mundial del café*, 1982, 95 pp.
- 43 *El ciclo ganadero y la economía argentina*, 1983, 160 pp.
- 44 *Las encuestas de hogares en América Latina*, 1983, 122 pp.
- 45 *Las cuentas nacionales en América Latina y el Caribe*, 1983, 100 pp.
- 45 ***National accounts in Latin America and the Caribbean***, 1983, 97 pp.
- 46 *Demanda de equipos para generación, transmisión y transformación eléctrica en América Latina*, 1983, 193 pp.
- 47 *La economía de América Latina en 1982: evolución general, política cambiaria y renegociación de la deuda externa*, 1984, 104 pp.
- 48 *Políticas de ajuste y renegociación de la deuda externa en América Latina*, 1984, 102 pp.
- 49 *La economía de América Latina y el Caribe en 1983: evolución general, crisis y procesos de ajuste*, 1985, 95 pp.
- 49 ***The economy of Latin America and the Caribbean in 1983: main trends, the impact of the crisis and the adjustment processes***, 1985, 93 pp.
- 50 *La CEPAL, encarnación de una esperanza de América Latina*, por Hernán Santa Cruz, 1985, 77 pp.
- 51 *Hacia nuevas modalidades de cooperación económica entre América Latina y el Japón*, 1986, 233 pp.
- 51 ***Towards new forms of economic co-operation between Latin America and Japan***, 1987, 245 pp.
- 52 *Los conceptos básicos del transporte marítimo y la situación de la actividad en América Latina*, 1986, 112 pp.
- 52 ***Basic concepts of maritime transport and its present status in Latin America and the Caribbean***, 1987, 114 pp.
- 53 *Encuestas de ingresos y gastos. Conceptos y métodos en la experiencia latinoamericana*. 1986, 128 pp.
- 54 *Crisis económica y políticas de ajuste, estabilización y crecimiento*, 1986, 123 pp.
- 54 ***The economic crisis: Policies for adjustment, stabilization and growth***, 1986, 125 pp.
- 55 *El desarrollo de América Latina y el Caribe: escollos, requisitos y opciones*, 1987, 184 pp.
- 55 ***Latin American and Caribbean development: obstacles, requirements and options***, 1987, 184 pp.
- 56 *Los bancos transnacionales y el endeudamiento externo en la Argentina*, 1987, 112 pp.
- 57 *El proceso de desarrollo de la pequeña y mediana empresa y su papel en el sistema industrial: el caso de Italia*, 1988, 112 pp.
- 58 *La evolución de la economía de América Latina en 1986*, 1988, 99 pp.
- 58 ***The evolution of the Latin American Economy in 1986***, 1988, 95 pp.
- 59 ***Protectionism: regional negotiation and defence strategies***, 1988, 261 pp.
- 60 *Industrialización en América Latina: de la "caja negra" al "casillero vacío"*, por F. Fajnzylber, 1989, 2ª ed. 1990, 176 pp.
- 60 ***Industrialization in Latin America: from the "Black Box" to the "Empty Box"***, F. Fajnzylber, 1990, 172 pp.
- 61 *Hacia un desarrollo sostenido en América Latina y el Caribe: restricciones y requisitos*, 1989, 94 pp.
- 61 ***Towards sustained development in Latin America and the Caribbean: restrictions and requisites***, 1989, 93 pp.
- 62 *La evolución de la economía de América Latina en 1987*, 1989, 87 pp.
- 62 ***The evolution of the Latin American economy in 1987***, 1989, 84 pp.

- 63 *Elementos para el diseño de políticas industriales y tecnológicas en América Latina*, 1990, 2ª ed. 1991, 172 pp.
- 64 *La industria de transporte regular internacional y la competitividad del comercio exterior de los países de América Latina y el Caribe*, 1989, 132 pp.
- 64 ***The international common-carrier transportation industry and the competitiveness of the foreign trade of the countries of Latin America and the Caribbean***, 1989, 116 pp.
- 65 *Cambios estructurales en los puertos y la competitividad del comercio exterior de América Latina y el Caribe*, 1991, 141 pp.
- 65 ***Structural Changes in Ports and the Competitiveness of Latin American and Caribbean Foreign Trade***, 1990, 126 pp.
- 66 ***The Caribbean: one and divisible***, 1993, 207 pp.
- 67 *La transferencia de recursos externos de América Latina en la posguerra*, 1991, 92 pp.
- 67 ***Postwar transfer of resources abroad by Latin America***, 1992, 90 pp.
- 68 *La reestructuración de empresas públicas: el caso de los puertos de América Latina y el Caribe*, 1992, 148 pp.
- 68 ***The restructuring of public-sector enterprises: the case of Latin American and Caribbean ports***, 1992, 129 pp.
- 69 *Las finanzas públicas de América Latina en la década de 1980*, 1993, 100 pp.
- 69 ***Public Finances in Latin America in the 1980s***, 1993, 96 pp.
- 70 *Canales, cadenas, corredores y competitividad: un enfoque sistémico y su aplicación a seis productos latinoamericanos de exportación*, 1993, 183 pp.
- 71 *Focalización y pobreza*, 1995, 249 pp.
- 72 *Productividad de los pobres rurales y urbanos*, 1995, 318 pp.
- 73 *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*, 1995, 167 pp.
- 74 *América Latina y el Caribe: dinámica de la población y desarrollo*, 1995, 151 pp.
- 75 *Crecimiento de la población y desarrollo*, 1995, 95 pp.
- 76 *Dinámica de la población y desarrollo económico*, 1995, (en prensa).
- 77 *La reforma laboral y la participación privada en los puertos del sector público*, 1996, 168 pp.
- 77 ***Labour reform and private participation in public-sector ports***, 1996, 160 pp.
- 78 *Centroamérica y el TLC: efectos inmediatos e implicaciones futuras*, 1996, 164 pp.
- 79 *Ciudadanía y derechos humanos desde la perspectiva de las políticas públicas*, 1997, 124 pp.
- 81 *La apertura económica y el desarrollo agrícola en América Latina y el Caribe*, 1997, 136 pp.
- 82 *A dinámica do Setor Saúde no Brasil*, 1997, 220 pp.

Cuadernos Estadísticos de la C E P A L

- 1 *América Latina: relación de precios del intercambio*, 1976, 2ª ed. 1984, 66 pp.
- 2 *Indicadores del desarrollo económico y social en América Latina*, 1976, 2ª ed. 1984, 179 pp.
- 3 *Series históricas del crecimiento de América Latina*, 1978, 2ª ed. 1984, 206 pp.
- 4 *Estadísticas sobre la estructura del gasto de consumo de los hogares según finalidad del gasto, por grupos de ingreso*, 1978, 110 pp. (Agotado, reemplazado por N° 8)
- 5 *El balance de pagos de América Latina, 1950-1977*, 1979, 2ª ed. 1984, 164 pp.
- 6 *Distribución regional del producto interno bruto sectorial en los países de América Latina*, 1981, 2ª ed. 1985, 68 pp.
- 7 *Tablas de insumo-producto en América Latina*, 1983, 383 pp.
- 8 *Estructura del gasto de consumo de los hogares según finalidad del gasto, por grupos de ingreso*, 1984, 146 pp.

- 9 *Origen y destino del comercio exterior de los países de la Asociación Latinoamericana de Integración y del Mercado Común Centroamericano*, 1985, 546 pp.
- 10 *América Latina: balanza de pagos, 1950-1984*, 1986, 357 pp.
- 11 *El comercio exterior de bienes de capital en América Latina*, 1986, 288 pp.
- 12 *América Latina: Índices de comercio exterior, 1970-1984*, 1987, 355 pp.
- 13 *América Latina: comercio exterior según la clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas*, 1987, Vol. I, 675 pp; Vol. II, 675 pp.
- 14 *La distribución del ingreso en Colombia. Antecedentes estadísticos y características socioeconómicas de los receptores*, 1988, 156 pp.
- 15 *América Latina y el Caribe: series regionales de cuentas nacionales a precios constantes de 1980, 1991*, 245 pp.
- 16 *Origen y destino del comercio exterior de los países de la Asociación Latinoamericana de Integración*, 1991, 190 pp.
- 17 *Comercio intrazonal de los países de la Asociación de Integración, según capítulos de la clasificación uniforme para el comercio internacional, revisión 2*, 1992, 299 pp.
- 18 *Clasificaciones estadísticas internacionales incorporadas en el Banco de Datos del Comercio Exterior de América Latina y el Caribe de la CEPAL*, 1993, 313 pp.
- 19 *América Latina: comercio exterior según la clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas (CIIU) - Volumen I - Exportaciones*, 1993, 285 pp.
- 19 *América Latina: comercio exterior según la clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas (CIIU) - Volumen II - Importaciones*, 1993, 291 pp.
- 20 *Dirección del comercio exterior de América Latina y el Caribe según principales productos y grupos de productos, 1970-1992*, 1994, 483 pp.
- 21 *Estructura del gasto de consumo de los hogares en América Latina*, 1995, 274 pp.
- 22 *América Latina y el Caribe: dirección del comercio exterior de los principales productos alimenticios y agrícolas según países de destino y procedencia, 1979-1993*, 1995, 224 pp.
- 23 *América Latina y el Caribe: series regionales y oficiales de cuentas nacionales, 1950-1994*, 1996, 130 pp.
- 24 *Chile: comercio exterior según grupos de la Clasificación Uniforme para el Comercio Internacional, Rev. 3, y países de destino y procedencia, 1990-1995*, 1996, 480 pp.

Estudios e Informes de la CEPAL

- 1 *Nicaragua: el impacto de la mutación política*, 1981, 2ª ed. 1982, 126 pp.
- 2 *Perú 1968-1977: la política económica en un proceso de cambio global*, 1981, 2ª ed. 1982, 166 pp.
- 3 *La industrialización de América Latina y la cooperación internacional*, 1981, 170 pp. (Agotado, no será reimpresso.)
- 4 *Estilos de desarrollo, modernización y medio ambiente en la agricultura latinoamericana*, 1981, 4ª ed. 1984, 130 pp.
- 5 *El desarrollo de América Latina en los años ochenta*, 1981, 2ª ed. 1982, 153 pp.
- 5 *Latin American development in the 1980s*, 1981, 2ª ed. 1982, 134 pp.
- 6 *Proyecciones del desarrollo latinoamericano en los años ochenta*, 1981, 3ª ed. 1985, 96 pp.
- 6 *Latin American development projections for the 1980s*, 1982, 2ª ed. 1983, 89 pp.
- 7 *Las relaciones económicas externas de América Latina en los años ochenta*, 1981, 2ª ed. 1982, 180 pp.
- 8 *Integración y cooperación regionales en los años ochenta*, 1982, 2ª ed. 1982, 174 pp.

- 9 *Estrategias de desarrollo sectorial para los años ochenta: industria y agricultura*, 1981, 2ª ed. 1985, 100 pp.
- 10 *Dinámica del subempleo en América Latina*. PREALC, 1981, 2ª ed. 1985, 101 pp.
- 11 *Estilos de desarrollo de la industria manufacturera y medio ambiente en América Latina*, 1982, 2ª ed. 1984, 178 pp.
- 12 *Relaciones económicas de América Latina con los países miembros del "Consejo de Asistencia Mutua Económica"*, 1982, 154 pp.
- 13 *Campesinado y desarrollo agrícola en Bolivia*, 1982, 175 pp.
- 14 *El sector externo: indicadores y análisis de sus fluctuaciones. El caso argentino*, 1982, 2ª ed. 1985, 216 pp.
- 15 *Ingeniería y consultoría en Brasil y el Grupo Andino*, 1982, 320 pp.
- 16 *Cinco estudios sobre la situación de la mujer en América Latina*, 1982, 2ª ed. 1985, 178 pp.
- 16 ***Five studies on the situation of women in Latin America***, 1983, 2ª ed. 1984, 188 pp.
- 17 *Cuentas nacionales y producto material en América Latina*, 1982, 129 pp.
- 18 *El financiamiento de las exportaciones en América Latina*, 1983, 212 pp.
- 19 *Medición del empleo y de los ingresos rurales*, 1982, 2ª ed. 1983, 173 pp.
- 19 ***Measurement of employment and income in rural areas***, 1983, 184 pp.
- 20 *Efectos macroeconómicos de cambios en las barreras al comercio y al movimiento de capitales: un modelo de simulación*, 1982, 68 pp.
- 21 *La empresa pública en la economía: la experiencia argentina*, 1982, 2ª ed. 1985, 134 pp.
- 22 *Las empresas transnacionales en la economía de Chile, 1974-1980*, 1983, 178 pp.
- 23 *La gestión y la informática en las empresas ferroviarias de América Latina y España*, 1983, 195 pp.
- 24 *Establecimiento de empresas de reparación y mantenimiento de contenedores en América Latina y el Caribe*, 1983, 314 pp.
- 24 ***Establishing container repair and maintenance enterprises in Latin America and the Caribbean***, 1983, 236 pp.
- 25 *Agua potable y saneamiento ambiental en América Latina, 1981-1990 / Drinking water supply and sanitation in Latin America, 1981-1990* (bilingüe), 1983, 140 pp.
- 26 *Los bancos transnacionales, el estado y el endeudamiento externo en Bolivia*, 1983, 282 pp.
- 27 *Política económica y procesos de desarrollo. La experiencia argentina entre 1976 y 1981*, 1983, 157 pp.
- 28 *Estilos de desarrollo, energía y medio ambiente: un estudio de caso exploratorio*, 1983, 129 pp.
- 29 *Empresas transnacionales en la industria de alimentos. El caso argentino: cereales y carne*, 1983, 93 pp.
- 30 *Industrialización en Centroamérica, 1960-1980*, 1983, 168 pp.
- 31 *Dos estudios sobre empresas transnacionales en Brasil*, 1983, 141 pp.
- 32 *La crisis económica internacional y su repercusión en América Latina*, 1983, 81 pp.
- 33 *La agricultura campesina en sus relaciones con la industria*, 1984, 120 pp.
- 34 *Cooperación económica entre Brasil y el Grupo Andino: el caso de los minerales y metales no ferrosos*, 1983, 148 pp.
- 35 *La agricultura campesina y el mercado de alimentos: la dependencia externa y sus efectos en una economía abierta*, 1984, 201 pp.
- 36 *El capital extranjero en la economía peruana*, 1984, 178 pp.
- 37 *Dos estudios sobre política arancelaria*, 1984, 96 pp.
- 38 *Estabilización y liberalización económica en el Cono Sur*, 1984, 193 pp.

- 39 *La agricultura campesina y el mercado de alimentos: el caso de Haití y el de la República Dominicana*, 1984, 255 pp.
- 40 *La industria siderúrgica latinoamericana: tendencias y potencial*, 1984, 280 pp.
- 41 *La presencia de las empresas transnacionales en la economía ecuatoriana*, 1984, 77 pp.
- 42 *Precios, salarios y empleo en la Argentina: estadísticas económicas de corto plazo*, 1984, 378 pp.
- 43 *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, 1985, 348 pp.
- 44 *Market structure, firm size and Brazilian exports*, 1985, 104 pp.
- 45 *La planificación del transporte en países de América Latina*, 1985, 247 pp.
- 46 *La crisis en América Latina: su evaluación y perspectivas*, 1985, 119 pp.
- 47 *La juventud en América Latina y el Caribe*, 1985, 181 pp.
- 48 *Desarrollo de los recursos mineros de América Latina*, 1985, 145 pp.
- 48 *Development of the mining resources of Latin America*, 1989, 160 pp.
- 49 *Las relaciones económicas internacionales de América Latina y la cooperación regional*, 1985, 224 pp.
- 50 *América Latina y la economía mundial del algodón*, 1985, 122 pp.
- 51 *Comercio y cooperación entre países de América Latina y países miembros del CAME*, 1985, 90 pp.
- 52 *Trade relations between Brazil and the United States*, 1985, 148 pp.
- 53 *Los recursos hídricos de América Latina y el Caribe y su aprovechamiento*, 1985, 138 pp.
- 53 *The water resources of Latin America and the Caribbean and their utilization*, 1985, 135 pp.
- 54 *La pobreza en América Latina: dimensiones y políticas*, 1985, 155 pp.
- 55 *Políticas de promoción de exportaciones en algunos países de América Latina*, 1985, 207 pp.
- 56 *Las empresas transnacionales en la Argentina*, 1986, 222 pp.
- 57 *El desarrollo frutícola y forestal en Chile y sus derivaciones sociales*, 1986, 227 pp.
- 58 *El cultivo del algodón y la soya en el Paraguay y sus derivaciones sociales*, 1986, 141 pp.
- 59 *Expansión del cultivo de la caña de azúcar y de la ganadería en el nordeste del Brasil un examen del papel de la política pública y de sus derivaciones económicas y sociales*, 1986, 164 pp.
- 60 *Las empresas transnacionales en el desarrollo colombiano*, 1986, 212 pp.
- 61 *Las empresas transnacionales en la economía del Paraguay*, 1987, 115 pp.
- 62 *Problemas de la industria latinoamericana en la fase crítica*, 1986, 113 pp.
- 63 *Relaciones económicas internacionales y cooperación regional de América Latina y el Caribe*, 1987, 272 pp.
- 63 *International economic relations and regional co-operation in Latin America and the Caribbean*, 1987, 267 pp.
- 64 *Tres ensayos sobre inflación y políticas de estabilización*, 1986, 201 pp.
- 65 *La industria farmacéutica y farmoquímica: desarrollo histórico y posibilidades futuras. Argentina, Brasil y México*, 1987, 177 pp.
- 66 *Dos estudios sobre América Latina y el Caribe y la economía internacional*, 1987, 125 pp.
- 67 *Reestructuración de la industria automotriz mundial y perspectivas para América Latina*, 1987, 232 pp.
- 68 *Cooperación latinoamericana en servicios: antecedentes y perspectivas*, 1988, 155 pp.
- 69 *Desarrollo y transformación: estrategia para superar la pobreza*, 1988, 114 pp.
- 69 *Development and change: strategies for vanquishing poverty*, 1988, 114 pp.

- 70 *La evolución económica del Japón y su impacto en América Latina*, 1988, 88 pp.
- 70 *The economic evolution of Japan and its impact on Latin America*, 1990, 79 pp.
- 71 *La gestión de los recursos hídricos en América Latina y el Caribe*, 1989, 256 pp.
- 72 *La evolución del problema de la deuda externa en América Latina y el Caribe*, 1988, 77 pp.
- 72 *The evolution of the external debt problem in Latin America and the Caribbean*, 1988, 69 pp.
- 73 *Agricultura, comercio exterior y cooperación internacional*, 1988, 83 pp.
- 73 *Agriculture, external trade and international co-operation*, 1989, 79 pp.
- 74 *Reestructuración industrial y cambio tecnológico: consecuencias para América Latina*, 1989, 105 pp.
- 75 *El medio ambiente como factor de desarrollo*, 1989, 2ª ed. 1991, 123 pp.
- 76 *El comportamiento de los bancos transnacionales y la crisis internacional de endeudamiento*, 1989, 214 pp.
- 76 *Transnational bank behaviour and the international debt crisis*, 1989, 198 pp.
- 77 *Los recursos hídricos de América Latina y del Caribe: planificación, desastres naturales y contaminación*, 1990, 266 pp.
- 77 *The water resources of Latin America and the Caribbean - Planning hazards and pollution*, 1990, 252 pp.
- 78 *La apertura financiera en Chile y el comportamiento de los bancos transnacionales*, 1990, 132 pp.
- 79 *La industria de bienes de capital en América Latina y el Caribe: su desarrollo en un marco de cooperación regional*, 1991, 235 pp.
- 80 *Impacto ambiental de la contaminación hídrica producida por la Refinería Estatal Esmeraldas: análisis técnico-económico*, 1991, 189 pp.
- 81 *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, 1991, 177 pp.
- 82 *América Latina y el Caribe: el manejo de la escasez de agua*, 1991, 148 pp.
- 83 *Reestructuración y desarrollo de la industria automotriz mexicana en los años ochenta: evolución y perspectivas*, 1992, 191 pp.
- 84 *La transformación de la producción en Chile: cuatro ensayos de interpretación*, 1993, 372 pp.
- 85 *Inversión extranjera y empresas transnacionales en la economía de Chile, (1974-1989) Proyectos de inversión y estrategias de las empresas transnacionales*, 1992, 257 pp.
- 86 *Inversión extranjera y empresas transnacionales en la economía de Chile (1974-1989) El papel del capital extranjero y la estrategia nacional de desarrollo*, 1992, 163 pp.
- 87 *Análisis de cadenas agroindustriales en Ecuador y Perú*, 1993, 294 pp.
- 88 *El comercio de manufacturas de América Latina. Evolución y estructura 1962-1989*, 1993, 150, pp.
- 89 *El impacto económico y social de las migraciones en Centroamérica*, 1993, 78 pp.
- 90 *El papel de las empresas transnacionales en la reestructuración industrial de Colombia: una síntesis*, 1993, 131 pp.
- 91 *Las empresas transnacionales de una economía en transición: La experiencia argentina en los años ochenta*, 1995, 193 pp.
- 92 *Reestructuración y desarrollo productivo: desafío y potencial para los años noventa*, 1994, 108 pp.
- 93 *Comercio internacional y medio ambiente. La discusión actual*, 1995, 112 pp.
- 94 *Innovación en tecnologías y sistemas de gestión ambientales en empresas líderes latinoamericanas*, 1995, 206 pp.
- 95 *México: la industria maquiladora*, 1996, 237 pp.

Serie INFOPLAN: Temas Especiales del Desarrollo

- 1 *Resúmenes de documentos sobre deuda externa*, 1986, 324 pp.
- 2 *Resúmenes de documentos sobre cooperación entre países en desarrollo*, 1986, 189 pp.
- 3 *Resúmenes de documentos sobre recursos hídricos*, 1987, 290 pp.
- 4 *Resúmenes de documentos sobre planificación y medio ambiente*, 1987, 111 pp.
- 5 *Resúmenes de documentos sobre integración económica en América Latina y el Caribe*, 1987, 273 pp.
- 6 *Resúmenes de documentos sobre cooperación entre países en desarrollo*, II parte, 1988, 146 pp.
- 7 *Documentos sobre privatización con énfasis en América Latina*, 1991, 82 pp.
- 8 *Reseñas de documentos sobre desarrollo ambientalmente sustentable*, 1992, 217 pp.
- 9 *MERCOSUR: resúmenes de documentos*, 1993, 119 pp.
- 10 *Políticas sociales: resúmenes de documentos*, 1995, 95 pp.
- 11 *Modernización del Estado: resúmenes de documentos*, 1995, 73 pp.
- 12 *Gestión de la información: reseñas de documentos*, 1996, 152 pp.
- 13 *Políticas sociales: resúmenes de documentos II*, 1997, 80 pp.

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم - استلم منها من المكتبة التي تعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

如何获取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经销商均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o dirijase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas - DC 2-0353
Fax (212)963-3489
Nueva York, NY, 10017
Estados Unidos de América

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas, Fax (22)917-0027
Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

Unidad de Distribución
CEPAL - Casilla 179-D
Fax (562)208-1946
Santiago de Chile

Publications of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and those of the Latin American and the Caribbean Institute for Economic and Social Planning (ILPES) can be ordered from your local distributor or directly through:

United Nations Publications
Sales Section, DC 2-0353
Fax (212)963-3489
New York, NY, 10017
USA

United Nations Publications
Sales Section, Fax (22)917-0027
Palais des Nations
1211 Geneva 10, Switzerland

Distribution Unit
CEPAL - Casilla 179-D
Fax (562)208-1946
Santiago, Chile

Primera edición

Impreso en Naciones Unidas - Santiago de Chile - 97-5-364 - julio de 1997 - 1 300
ISSN 0252-2195 - ISBN 92-1-321455-3 - S.97.II.G.9

Copyright © Naciones Unidas 1997