

Ad SAÚDE - Série Temática

A decorative graphic on the left side of the cover features a light orange grid pattern. Overlaid on this grid are several dark blue, three-dimensional cubes of varying sizes and orientations, scattered across the vertical space.A decorative graphic in the upper right quadrant consists of five small, dark blue, three-dimensional cubes arranged in a vertical, slightly curved line.

# Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil

A decorative graphic in the lower right quadrant consists of three small, dark blue, three-dimensional cubes arranged in a vertical, slightly curved line.

Faculdade de Saúde Pública  
Universidade de São Paulo

**Universidade de São Paulo**

**Reitor:** Prof. Dr. Flávio Fava de Moraes

**Vice-Reitora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Myrian Krasilchik

**Faculdade de Saúde Pública**

**Diretor:** Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

**Vice-Diretor:** Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha

**Comissão de Biblioteca e Documentação**

**Presidente:** Prof. Dr. Pedro Manoel Leal Germano

**Rede Brasileira de Informação Bibliográfica na Área de  
Administração de Serviços de Saúde - Rede AdSAÚDE**

**Centro Coordenador:**

**Serviço de Biblioteca e Documentação (SBD/FSPUSP)**

**Diretora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Teresinha Dias de Andrade

**Organizadora da Série:** Benedita Silveira Campos Sadi

**Patrocínio:** *Fundação W. K. Kellogg*

---

# **ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL:**

**balanços e perspectivas do  
processo de descentralização**

---

1. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas críticos e desafios futuros, por Jamison Silva Paiva
2. Educação em administração de saúde na América Latina

---

# **ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL:**

## **balanços e perspectivas do processo de descentralização**

---

André Cezar Medici

Presidente da Associação Brasileira de  
Economia da Saúde e Coordenador da Área  
de Financiamento das Políticas Sociais da  
FUNDAP/IESP

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

São Paulo  
1994

## AdSAÚDE - SÉRIE TEMÁTICA

1. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos, por Jairnilson Silva Paim
2. Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma, por Marcos Kisil
3. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização, por André Cezar Medici
4. A dimensão da ética na saúde pública, por Volnei Garrafa (no prelo)

### FICHA CATALOGRÁFICA

Medici, André Cezar

Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

216 p.

1. Economia da saúde. 2. Financiamento da saúde. 3. Descentralização.

**Copyright: © 1994 Faculdade de Saúde Pública/USP**

**Todos os direitos reservados**

Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias, microfilmagem, gravação, ou por qualquer armazenamento ou recuperação da informação, sem a permissão do editor.

Tiragem: 1.200 exemplares

**Distribuição:** SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO/FSPUSP

**Endereço:** Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 - São Paulo - SP

**Telefone:** (011) 851 5233 - Ramais: 2211/2245

**Tel. e Fax:** (011) 280 9163

**E. mail:** adsaude@cat.cce.usp.br

# APRESENTAÇÃO

Falar do financiamento do Setor Saúde no Brasil, é falar da história do Sistema Único de Saúde, de sua trajetória, de seus avanços, de seus desafios.

Desde os primórdios da concepção e do desenho do SUS, tinha-se claro que a universalidade, a equidade, o acesso estavam diretamente vinculados à questão do financiamento.

Estudos sistemáticos sobre o tema construíram, no Brasil, o marco para uma produção já hoje relativamente volumosa de conhecimentos, de propostas para o financiamento, enquanto questão econômica e política, bem como sobre sua particular expressão na realidade atual de descentralização da saúde.

Apesar do conhecimento produzido e das oportunidades de discussão e de encaminhamento de propostas em fóruns como as Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde, as Comissões Tripartite e Bipartite, dos entendimentos entre Governo e Sociedade, na perspectiva da Reforma do Estado, ainda há muito a caminhar; a questão não está totalmente resolvida.

Nesse contexto, a iniciativa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo de publicar, na Série Temática AdSAÚDE, o traba-

lho de autoria de André Cezar Medici "Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização", representa uma enorme contribuição no trilhar desse caminho. Ao colocar à disposição da sociedade esse conhecimento, ao fomentar o debate, a Universidade reafirma-se como aliada no fortalecimento do SUS.

O Dr. André Medici, economista de renome, aliado de primeira hora na arquitetura do SUS, em todos os seus esboços, debruçou-se sobre este tema, e enorme tem sido a sua contribuição.

Proceder à síntese da história dos atuais mecanismos de financiamento do Setor, apresentar os desafios e discutir as propostas em curso para superá-los, é o trabalho em que se empenha André Medici neste livro. Ao fazê-lo, atinge perfeitamente o seu objetivo e, mais uma vez, contribui, com propriedade, para que possamos avançar no equacionamento desse desafio, o que significa avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

**JOSÉ DA SILVA GUEDES**

Secretário de Estado da Saúde

São Paulo

---

## ÍNDICE

***Porque se chamavam homens  
Também se chamavam sonhos  
E sonhos não envelhecem...***

*(Milton Nascimento, Lô Borges e Márcio Borges)*

***A medicina isoladamente pouco pode  
contribuir para a solução de grande  
número de problemas médicos que  
são, sobretudo, de ordem econômica  
e social.***

*(Carlos Gentile de Mello)*



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. ASPECTOS CONCEITUAIS DO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE .....	5
Introdução .....	5
Formas de Financiamento dos Gastos Sociais.....	6
Bases Diretas de Tributação .....	08
Bases Indiretas de Tributação .....	10
Contribuições Sociais .....	11
Modelos de Financiamento da Atenção à Saúde .....	11
O Modelo Assistencialista .....	12
O Modelo Previdencialista .....	13
Modelos Universalistas: Unificado e Diversificado .....	15
2. GASTOS COM SAÚDE E NÍVEIS DE SAÚDE .....	17
A Expectativa de Vida como Medida de Eficiência do Gasto em Saúde.....	17
Os Anos de Vida Ajustados pela Qualidade.....	25
3. O CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE E AS FOR- MAS DE RACIONALIZAÇÃO.....	29
Incentivos para a Racionalização do Gasto com Saúde.....	33
Formas de Regulação e Remuneração dos Atos Médicos	33

Formas de Racionalização do Comportamento dos Usuários de Serviços.....	38
Tendências no Financiamento e Gestão dos Sistemas de Saúde.....	41
4. CONDICIONANTES DO FINANCIAMENTO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA .....	43
Os Efeitos da Crise e os Mecanismos de Ajuste Econômico ..	43
Análise Comparativa do Setor Saúde na América Latina .....	48
5. DESCENTRALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE ..	57
O Modelo Descentralizador .....	57
O Modelo Desconcentrador .....	67
6. FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE NO BRASIL .....	71
7. ANTECEDENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALI- ZAÇÃO.....	79
O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Sanea- mento (PIASS).....	81
O PREVSAÚDE: a Intenção e o Gesto .....	85
As Medidas Racionalizadoras e a Participação das Esferas Locais.....	87
O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)....	92
Os Recursos Transferidos aos Estados ao Longo das AIS e do SUDS .....	96
As AIS e as Transferências Regionais Preferenciais .....	98
O SUDS e a Busca de Maior Equidade Regional dos Re- passes .....	104
8. A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O SUS .....	113
A Regionalização do Financiamento do SUS.....	114
Os Recursos para a Assistência Hospitalar (AIH).....	123
Os Recursos para o Financiamento das Atividades Ambu- latoriais .....	132
Transferências Destinadas ao Investimento em Saúde....	137
Estímulo à Municipalização .....	139
A Distribuição de Competências em Saúde.....	141
Atribuições Comuns às Três Esferas de Governo .....	141
Atribuições Exclusivas do Governo Federal .....	142
Atribuições Exclusivas dos Estados .....	141
Atribuições Exclusivas dos Municípios.....	145
Pontos Obscuros .....	146

9. GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.....	149
Os Gastos Federais com Saúde.....	150
Os Gastos dos Estados e Municípios com Saúde.....	152
Os Gastos Totais com Saúde nas Três Esferas de Governo....	157
Relações Entre Gastos com Saúde e Receitas nas Distintas Esferas de Governo.....	159
Considerações Finais .....	163
10. TENDÊNCIAS RECENTES DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO.....	167
11. REDEFINIÇÃO DAS BASES DE FINANCIAMENTO.....	179
A Base Federal.....	180
A Base Estadual.....	182
A Base Municipal.....	183
Fontes Mistas ou Contribuições Sociais Compartilhadas.....	186
12. ALGUNS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS PROPOSTAS EM CURSO.....	187
Vinculação x Não Vinculação.....	187
Vinculação de Percentual x Vinculação de Fontes.....	188
Custeio x Investimento.....	189
Descentralização Estadual x Municipal.....	190
Municipalização do Contribuinte.....	191
Contribuições Sociais Compartilhadas.....	192
13. OS DESAFIOS DE CURTO PRAZO (À GUIA DE CONCLUSÃO).....	193
Perspectivas do Orçamento da Seguridade Social.....	195
Alternativas para Regularizar o Fluxo de Recursos.....	198
Mecanismo de Repasse de Recursos.....	199
Responsabilidade das Três Esferas de Governo no Financiamento.....	201
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	207
LISTAS DE SIGLAS.....	209

## INTRODUÇÃO

A universalização do acesso a saúde no Brasil, incorporada como direito constitucional, a partir de 1998, constitui-se numa antiga aspiração da sociedade brasileira. No entanto, sua consecução tem sido difícil. Muitos atribuem tal dificuldade a insuficiência de recursos financeiros. De fato, desde 1990 os recursos federais investidos em saúde têm tido fortes quedas, sem que os Estados e Municípios aumentem os seus recursos de forma compatível com a queda verificada nos níveis centrais de Governo.

Como corolário dessa situação aumenta o caos setorial. Hospitais sem recursos, médicos em greve, pacientes morrendo nas filas, aumento dos gastos da classe média e das empresas são apenas alguns efeitos associados à crise.

No entanto, por trás do aparente caos do setor existem algumas perguntas não respondidas. Poderia se fazer mais com os recursos disponíveis? As esferas locais poderiam redefinir suas prioridades e gastar mais ou gerenciar melhor os recursos que dispõem para a saúde? Qual o papel do nível federal do Governo, no que se refere a promover a equidade e a qualidade dos serviços? Quais as contribuições que os demais setores econômicos e sociais, bem como a própria sociedade, poderiam trazer para reduzir ou racionalizar as despesas com saúde?

---

A economia da saúde é uma disciplina nova. Seus instrumentos foram desenvolvidos a partir dos anos sessenta e setenta, visando, no bojo do processo de universalização da saúde nos países centrais, apresentar soluções que permitissem atingir a equidade e melhorar a eficiência dos gastos.

No Brasil, em meio a grave crise do setor público, muito ainda há que ser feito, não apenas na área de saúde, mais em todas as atividades estatais, tendo em vista um maior compromisso com os objetivos de equidade e racionalidade econômica. Mas para tal é necessário ter instrumentos e diagnósticos.

Diante deste quadro, a presente publicação tem duplo objetivo: fornecer instrumentos para a análise do financiamento do setor saúde e contribuir para o entendimento dos atuais mecanismos de financiamento da saúde no Brasil, bem como vislumbrar algumas de suas perspectivas num futuro imediato.

Assim, os três primeiros capítulos buscam, na teoria e nas recentes práticas utilizadas nos países centrais, elementos para a compreensão conceitual e instrumental dos principais problemas econômicos enfrentados pelo setor na modernidade. O capítulo 4 busca problematizar a questão do financiamento da saúde no contexto da recente crise dos países latino-americanos, bem como delimita as saídas utilizadas nas atuais estratégias de ajuste econômico.

O capítulo 5 procura conceituar a descentralização no âmbito do processo de universalização da saúde, buscando discutir modelos de financiamento adequados. O capítulo 6 apresenta a magnitude dos gastos com saúde no Brasil.

Os capítulos 7 e 8 apresentam a dinâmica histórica do processo de descentralização do setor saúde no Brasil, sob a ótica do financiamento, desde o final dos anos setenta até os anos noventa. Procurou-se discutir os instrumentos e mecanismos desse processo, embora faltassem elementos para uma discussão mais profunda sobre seus impactos na equidade.

O capítulo 9 mostra o esforço empreendido pela União, Estados e Municípios, no sentido de colocar recursos próprios no financiamento do setor saúde no Brasil. Os capítulos 10 a 13 introduzem os principais desafios de curto prazo no campo do financiamento da saúde e as propostas em curso para solucioná-los.

---

Certamente que os desafios de longo prazo no equacionamento das questões econômicas e gerenciais do setor encontram-se enraizadas na discussão das perspectivas nacionais, as quais passam pelo êxito do atual plano de estabilização econômica, bem como pela reforma do Estado e pela construção de um novo pacto federativo nacional.

Há que se reconhecer o sucesso parcial de muitas experiências municipais de implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUS). Mas muitos percalços ainda existem no caminho da universalização do acesso e na equidade do sistema de saúde no Brasil. A consolidação do processo democrático e a implantação de mecanismos de controle social, em países periféricos e de grande desigualdade social, como o Brasil, são ações de grande morosidade e sujeitas a retrocessos.

Mas enquanto a reforma sanitária continuar a ser um sonho, não apenas dos profissionais de saúde, mas de amplos setores da sociedade brasileira, haverá a perspectiva de sucesso. Afinal de contas, sonhos não envelhecem.

André Cezar Medici  
São Paulo, novembro de 1994



# 1 ASPECTOS CONCEITUAIS DO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

## INTRODUÇÃO

O financiamento das políticas de saúde tem se destacado como matéria relevante, do ponto de vista econômico, há pouco tempo. Até a década de trinta, as funções do Estado eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde ocupava, em geral, o capítulo das ações de saneamento e combate a endemias. Os mecanismos de assistência médica, os quais em geral consomem a maior parte do gasto com saúde, não estavam totalmente dentro do aparelho do Estado, na medida em que eram, em sua maior parte, financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou através dos fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos.

As estruturas de assistência médica passam a fazer parte das atribuições financeiras do Estado somente após a 2ª Guerra Mundial, quando a política social deixa de ser calcada no universo do trabalho para se tornar universal, isto é, estendida a todos enquanto atributo de cidadania. É a par-



tir dos anos cinquenta e sessenta que os gastos públicos com saúde passam a crescer em largas proporções. especialmente no conjunto das economias desenvolvidas. Dados da Organização Econômica para Cooperação e Desenvolvimento (OECD) mostram que os gastos com saúde dos países membros, por volta de 1960, situavam-se entre 2% e 5% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto em fins dos anos oitenta passaram a representar algo entre 6% e 12%. Assim, somente quando os gastos com saúde assumem largas proporções do orçamento público nos países centrais, a questão do financiamento da saúde começa a preocupar o imaginário dos economistas e policy makers associados ao setor.

Mesmo assim, pode-se dizer que o pensamento econômico relacionado à dinâmica das finanças públicas tem sido de grande importância para a determinação das formas de financiamento das políticas sociais e particularmente da saúde, seja no sentido da busca de bases fiscais adequadas ao financiamento dessas políticas, seja no sentido de determinar os parâmetros para a elaboração do orçamento e das atividades que cabem efetivamente ao Estado nesse campo.

## FORMAS DE FINANCIAMENTO DOS GASTOS SOCIAIS

As formas de financiamento dos gastos sociais são derivações da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas em cada Governo. Boa parte das concepções originais sobre finanças públicas encontram-se presentes nas atuais práticas de ordenamento dos gastos públicos. As concepções e práticas sobre financiamento das políticas sociais, no entanto, são historicamente determinadas, isto é, devem ser entendidas à luz de *cada espaço em cada tempo específico*.

As finanças públicas, expressas em práticas tributárias e na elaboração do orçamento podem ser sintetizadas no uso de instrumentos fiscais para: a) assegurar ajustamentos na alocação de recursos; b) conseguir ajustamentos na distribuição da renda, da riqueza ou dos seus efeitos indiretos, como é o caso do acesso às políticas sociais; c) garantir a estabilização econômica. Muitas vezes esses três objetivos são incompatíveis, de acordo com o modelo teórico que se encontra por trás da elaboração do orçamento. Ajustamentos na distribuição de renda conduzidos pelo Governo podem exigir volume de gastos fiscais exagerados frente as estratégias de estabilização econômica propostas pelos economistas.

Os diversos usos dos instrumentos fiscais dependem, do ponto de vista da receita, de aumentos, reduções ou rearranjos da carga tributária. Do ponto de vista da despesa dependem, basicamente, do conhecimento das prioridades sociais, da vontade política do governo em atendê-las, da capacidade de arrecadação de impostos e da diversidade das bases fiscais da nação.

Ao elaborar um orçamento, os poderes Executivo e Legislativo deverão estar conscientes da relevância das prioridades definidas, refletida na disposição social em financiá-las através de impostos e contribuições sociais. Quando não há transparência sobre as prioridades contidas no orçamento ou estas prioridades não refletem o interesse da nação, haverá sempre a possibilidade de aumentar o grau de sonegação de impostos, mesmo quando o Governo detém uma boa máquina de fiscalização e arrecadação. Quando os interesses da nação não são claros e expressam conflitos, caberá ao governo conduzir um processo de negociação social no qual estes se tornem explícitos. A busca de solidariedade coletiva em torno do bem estar social, através da construção do consenso ou hegemonia, deve ser um dos papéis do Governo.

A vontade política do Governo em atender prioridades definidas socialmente também é importante na definição do grau de arrecadação fiscal. Se o governo não expressa essa vontade política, tende a perder credibilidade pública e, com isso, o potencial de arrecadação tende a cair e a sonegação deverá aumentar.

Outro fator limitante é a capacidade de arrecadação. Existe um limite, em termos de proporcionalidade da renda, além do qual a sociedade não aceita pagar impostos. Esse limite varia de país para país, em função de aspectos culturais, da credibilidade da máquina pública, do retorno social dos recursos arrecadados pelo Estado, entre outros.

Todos esses fatores podem ser sintetizados através do comportamento de uma Curva de Laffer. Esta curva expressa, no eixo vertical, a massa total de arrecadação de impostos de um determinado país enquanto proporção da renda nacional, e no eixo horizontal, a alíquota tributária global, entendida como o somatório de todos os impostos, como proporção da renda nacional. A Figura 1 expressa essa relação.

O ponto onde a arrecadação real começa a se distanciar da potencial representa o início da perda de arrecadação decorrente dos fatores acima assinalados (credibilidade pública, fatores culturais, nível de renda da população, entre outros). As duas curvas começam a se distanciar cada

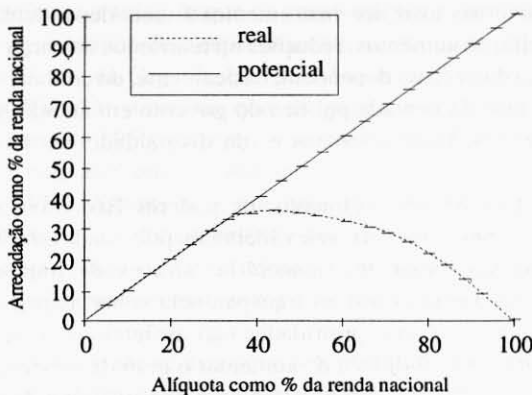


Figura 1 - Curva de Laffer

vez mais até que cada aumento de alíquota corresponderá a um decréscimo absoluto de arrecadação real. Desta forma, se a alíquota de impostos for 0 ou 100% a arrecadação será sempre zero, dado que, neste último caso, haverá uma incompatibilidade absoluta da população em pagar qualquer centavo de imposto.

Por fim, quanto mais diversificadas forem as bases fiscais de uma nação, maior será sua flexibilidade fiscal, ou seja, maior o grau de liberdade do Estado em financiar políticas de interesse geral. Mas por outro lado, quanto maior a riqueza e a integração sistêmica de uma economia, maior tenderá a ser a diversidade de suas bases fiscais. Estas podem ser classificadas de duas formas: bases diretas ou bases indiretas.

### *Bases Diretas de Tributação*

As bases diretas de tributação representam fluxos (renda) e estoques (propriedade, capital, etc.) de riqueza recebidos e mantidos pelos agentes econômicos. Elas dão origem aos chamados impostos diretos, como é o caso do imposto de renda, do imposto sobre heranças, e outros. Em geral essas bases costumam apresentar algumas vantagens. Tendem a ser menos regressivas, na medida em que pode ser estabelecida uma relação direta entre renda/estoque patrimonial e magnitude da alíquota. Não são inflacionárias, dada a dificuldade de repassá-las aos preços. No entanto, os impostos diretos apresentam alguns problemas, especialmente o imposto de renda, como a dificuldade de tributar as atividades do merca-

do informal. Quanto maior o grau de informalidade, maior tenderá a ser a sonegação no campo dos impostos diretos.

Utilizar uma base direta para financiar despesas vinculadas a saúde não tem sido uma solução convencional ao nível das receitas públicas. Por exemplo, se é definido que  $x\%$  do imposto de renda vai para a saúde, ou se  $y\%$  do imposto de transmissão de bens imóveis terá o mesmo destino, haveria a vantagem de utilizar uma fonte progressiva para financiar uma política cujo acesso, pelo lado da renda, se distribui regressivamente. Assim, as bases diretas são, do ponto de vista da equidade, perfeitas para o financiamento da saúde, na medida em que se complementam do ponto de vista da simetria social.

Porém, poucos governos têm usado impostos diretos para financiar exclusivamente ou vinculadamente políticas de saúde, pois preferem usar estas fontes como forma de manter liberdade e flexibilidade alocativa, isto é, utilizar tais recursos para cobrir suas prioridades temporais a cada momento.

No entanto, ao nível dos subsídios, existe sempre a possibilidade de uso da lógica das bases diretas para o financiamento da saúde. Um subsídio à demanda, isto é, a transferência de valores aos indivíduos de baixa renda, com a finalidade de que tais recursos estejam vinculados ao gasto com saúde, pode ser uma boa forma de acesso para aqueles que não conseguem pagar por serviços de saúde em determinados contextos onde estes serviços são adquiridos em condições de mercado<sup>1</sup>. Alguns tem atribuído aos subsídios à demanda a possibilidade de serem transformados em moedas podres, isto é, poderiam ser negociados num mercado paralelo por valores abaixo do custo que os mesmos representam para o Estado. Em outras palavras, um indivíduo poderia repassar seu subsídio a outro e receber um valor monetário inferior pela operação.

Tal fato não é uma verdade absoluta. Existem condições que podem tornar o uso de subsídios à demanda em boa política de acesso aos serviços de saúde. A primeira delas é vincular o subsídio ao indivíduo, de forma impessoal e intransferível, com um bom sistema de fiscalização estatal relacionado ao seu uso. A outra é torná-lo universal. Na medida em que todos passariam a ter direito ao subsídio, para a população este deixaria de ser um bem econômico e passaria a ser um bem livre. Dessa forma, não teria preço no mercado. Esta situação corresponderia a casos particulares do uso de *vouchers* em estratégias de *managed competition*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Este assunto será tratado de forma detalhada no Capítulo 2.

<sup>2</sup> Tal assunto será visto com detalhe no Capítulo 2.

Analogamente, pode-se dizer que um mau uso dos subsídios diretos no consumo de serviços de saúde tem sido a possibilidade de descontar, sem teto, serviços de saúde do imposto de renda da pessoa física, como acontece na legislação de imposto de renda no Brasil. Esse mecanismo, como se observa, é altamente regressivo, isto é, tende a beneficiar as populações mais ricas que na prática são as que pagam proporcionalmente mais imposto de renda. Assim o subsídio representaria substancial redução de arrecadação e, portanto, a perda de capacidade do Estado em usar tais recursos com políticas redistributivas<sup>3</sup>.

### *Bases Indiretas de Tributação*

As bases indiretas de tributação e os impostos que dela decorrem (impostos indiretos) são aqueles que incidem sobre a produção, circulação e consumo de mercadorias. Estas bases costumam ser mais regressivas dada a dificuldade sempre existente de diferenciar grupos sociais a partir de níveis de consumo. Pode-se até mesmo definir uma canastra básica e não cobrar impostos sobre os produtos que a compõe, mas tal fato poderá reduzir substancialmente a carga fiscal, especialmente em países onde os níveis de renda ou produção são muito baixos. As bases indiretas de tributação são também mais fáceis de ser repassadas aos preços, especialmente em economias onde o grau de monopólio<sup>4</sup> é elevado.

Analogamente, o Governo poderá utilizar-se de subsídios indiretos, isto é, propiciar reduções de preços ao consumidor, financiando parte da produção dos bens e serviços que considerar de interesse social, tendo em vista reduzir o grau de regressividade da estrutura fiscal.

Pode-se dizer que a fiscalização dos impostos indiretos também é difícil quando o volume de produção e circulação informal de mercadorias é muito alto. Nestes casos a evasão de tributos pode ser elevada. Mesmo assim as novas formas de organização da produção, baseadas na queda do assalariamento formal, no aumento de mão de obra temporária e na terceiri-

<sup>3</sup> Vale mencionar, no entanto, que a Receita Federal no Brasil tem utilizado o argumento de que se não houvesse a possibilidade de desconto dos serviços de saúde pagos do imposto de renda da pessoa física, o grau de sonegação de imposto dos médicos, clínicas e hospitais seria muito elevado. Tal argumento, no entanto, carece de comprovação.

<sup>4</sup> Grau de monopólio é um conceito econômico que indica o nível de concentração da produção existente num determinado setor. Se um setor tem elevado grau de monopólio, significa que a maior parcela de sua produção é feita por poucos produtores, os quais passam a ter, inclusive, maior capacidade de controlar o mercado e determinar preços para seus produtos.

zação das atividades econômicas, permitem explorar a hipótese de que os impostos indiretos poderão vir a ser a principal forma de tributação, dada a queda da importância econômica dos impostos que diretamente incidiam sobre a renda dos assalariados. Ao nível internacional, vários países têm apontado os impostos sobre consumo, faturamento ou valor agregado como bases do futuro frente à dificuldade de fiscalizar cada vez mais o trabalho informal ou terceirizado e os fluxos de renda entre pequenos produtores.

### *Contribuições Sociais*

No Brasil convencionou-se chamar de contribuições sociais os impostos, taxas ou outras formas de arrecadação que são vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais. As contribuições sociais também podem ser diretas (quando incidem diretamente sobre os salários ou sobre os lucros das empresas, por exemplo) ou indiretas, quando estão associadas a determinados custos de produção (folha de salários das empresas), ao faturamento (como é o caso do Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS) ou ao consumo (a cota de previdência incorporada nos combustíveis).

Pode-se dizer, no entanto, que o fato de haver vinculação de recurso a determinado uso não é suficiente para batizar um imposto com outro nome. Se fosse assim, os impostos únicos (combustíveis, lubrificantes, telecomunicações, energia, veículos automotores, etc.) que tinham seu uso vinculado a um determinado setor deveriam ser chamados de "contribuições econômicas ou setoriais".

A diferença entre uma contribuição social e um imposto, na legislação brasileira, não é sua característica tributária, portanto, mas sim meros casuísmos que fazem com que a vigência de um imposto só possa ocorrer num ano posterior a sua criação, enquanto que a contribuição social pode vigir no mesmo ano de sua criação. Sendo assim, trata-se muito mais de um *cacoete jurídico* do que uma conceituação adequada e coerente. Para efeitos econômicos, portanto, contribuições sociais e impostos atuam praticamente da mesma forma.

## MODELOS DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Uma questão importante na perspectiva deste capítulo, é definir as bases que devem dar suporte às políticas de saúde. Pode-se dizer que a es-

colha depende dos modelos e formas pela qual irá se estruturar a atenção estatal. Uma visão resumida desses modelos pode ser vista na Tabela 1<sup>5</sup>.

Tabela 1 - Modelos de financiamento da saúde

Camadas da População	Modelo Assistencialista	Modelo Previdencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Classes de Baixa Renda	Fontes Fiscais	Sem Recursos Definidos	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais
Trabalhadores Formais e Classe Média	Pagamento Direto pelos Serviços	Contribuições Sociais sobre folha de Salários	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Contribuições Sociais sobre a Folha de Salários (compulsórias)
Grupos de Alta Renda	Pagamento Direto pelos Serviços	Pagamento Direto pelos Serviços	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Pagamento Direto pelos Serviços, Planos Privados Especiais (voluntário)

### O Modelo Assistencialista

Um modelo voltado somente para atenção a saúde das camadas de baixa renda deveria ser financiado somente com recursos fiscais, isto é, um *mix* de fontes derivadas de diversos impostos. Neste modelo, não haveria fonte vinculada de recursos, embora possa existir uma alíquota vinculada ao volume geral de impostos (10% da receita tributária total ou do orçamento fiscal por exemplo). Em geral, os economistas repudiam tal vinculação porque ela torna rígido o processo de alocação de recursos e redefinição de prioridades governamentais. Vale destacar que neste modelo, tanto as classes médias, como os trabalhadores formais e os segmentos de mais alta renda deveriam buscar no mercado soluções para o financiamento de seus programas de saúde.

Os modelos assistencialistas de atenção a saúde costumam ser de maior proporção em países onde a pobreza absoluta atinge grandes contingentes da população. Sistemas assistencialistas abertos de países africanos, asiáticos ou de alguns países latino-americanos (Nicarágua e El

<sup>5</sup> Uma análise taxonômica dos modelos de seguridade social pode ser encontrada em MEDICI & BRAGA (1993).

Salvador, por exemplo) costumam contar com grande ajuda de organismos internacionais e ter suas ações voltadas para medidas preventivas e atenção primária.

Este tipo de sistema representa também o nascedouro da política de saúde nos primórdios do capitalismo, como ocorreu com a medicina social de natureza preventiva na França e Alemanha, nos séculos XVII e XVIII, ou ainda com a medicina inglesa do século XIX, neste último caso, visando tornar os pobres mais aptos para o trabalho e menos perigosos para os ricos (BRAGA & GOES DE PAULA, 1981).

### *O Modelo Previdencialista*

Um modelo de atenção médica não universal, voltado somente para grupos especiais como os trabalhadores formais, tende a ser financiado a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores. O uso de recursos fiscais públicos para esses grupos poderia comprometer metas de equidade. Da mesma forma, o uso de recursos dessas contribuições sociais para os serviços de saúde da população aberta tenderia a trazer a desconfiança e até mesmo o repúdio das categorias profissionais que contribuem, acirrando seu individualismo coletivo. Mesmo assim, é comum nesses modelos haver uma participação do Estado destinada a cobrir os custos de administração desses sistemas.

Alguns institutos de saúde voltados para trabalhadores formais, no entanto, têm destinado recursos para a assistência médica à população aberta. Vale a pena fazer referência a dois desses casos. O primeiro é o do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social no Brasil (INAMPS) antes da Constituição de 1988. Desde 1974, com o advento do chamado Programa de Pronta Ação - PPA, o INAMPS tem deslocado recursos de contribuições sociais para atender populações abertas (pessoas que não contribuem). O argumento para tal consiste no fato de que, como é alto o grau de monopólio da maioria das empresas no Brasil, o custo das contribuições sociais sobre a folha de salários é repassado para os preços dos produtos, fazendo com que a sociedade inteira (e não somente os trabalhadores formais) financiem as ações do INAMPS.

Muitos órgãos representativos dos trabalhadores formais no Brasil têm alegado que teriam uma atenção à saúde de melhor qualidade caso todos os recursos que são arrecadados a partir das contribuições sociais sobre seus salários ou sobre a folha de salários das empresas fos-



sem destinados para a população de segurados do INAMPS. A tendência ao individualismo coletivo das categorias profissionais torna politicamente difícil o uso de contribuições sociais sobre salários como meio de promover equidade.

O outro é o caso do Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS) que desde o início dos anos oitenta (Governo Lopes Portillo) criou um programa de solidariedade para a população aberta (IMSS-COPLAMAR). A diferença ao caso brasileiro reside no fato de que o Governo Federal Mexicano destinou recursos fiscais para que o IMSS operacionalizasse esse programa. Não houve, portanto, comprometimento de recursos oriundos de contribuições sociais para o financiamento da saúde da população aberta, o que foi recebido com maior adesão pelos trabalhadores formais e pela sociedade.

Outra diferenciação dos modelos previdencialistas de assistência médica diz respeito a natureza da contribuição social que o financia. Há sistemas cujo encargo é somente do trabalhador (como é o caso das contribuições sociais de 7% sobre os salários para o financiamento das *Instituciones de Salud Previsional* - ISAPRES - no Chile). A maioria dos sistemas tem contribuições sociais mistas: sobre o salário e sobre a folha de salários das empresas, simultaneamente. Existem ainda sistemas que são financiados por uma grande diversidade de contribuições sociais (salários, folha, lucro, faturamento e orçamento fiscal) como é o caso do sistema brasileiro pós-1988, refletido no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Tal sistema, no entanto, rompeu o compromisso previdencialista e transformou-se num sistema universal.

Embora a gestão global, a regulação e supervisão dos sistemas previdenciários tenda, na maioria dos países a ser pública, a prestação dos serviços pode ser pública, privada ou mista. Os sistemas mistos tendem a ser os mais frequentes, dado que a rápida expansão de cobertura desses sistemas fez com que a compra de serviços fosse uma opção para fazer face ao crescimento da demanda. A lógica previdencialista repousa, portanto, em sistemas de prestação onde prevalece o "mix" público-privado de serviços.

Vale dizer, também, que existem modelos previdencialistas onde as instituições prestadoras de serviços de saúde são concorrentes e outros onde estas não são concorrentes, como ocorre nas ISAPRES chilenas, onde ao optar por uma ISAPRE, o trabalhador e seu grupo familiar tem que receber toda a assistência médica provida, promovida ou adquirida por ela. Este modelo

também é facilmente encontrado em modelos de seguro baseados em *Health Maintenance Organizations* (HMO) como as americanas. No caso dos sistemas brasileiro e mexicano, por exemplo tem-se apenas uma (ou poucas) organizações que funcionam como monopolistas (ou oligopolistas) na prestação ou compra do serviço, fazendo com que não haja concorrência.

Obviamente que as condições que regulam a concorrência em saúde são especiais, dada a natureza particular dos mercados nesse setor. No entanto, a existência de concorrência sempre permite que a fiscalização, qualidade e melhoria dos serviços seja aperfeiçoada desde que sejam mantidos mecanismos que garantam o controle dos custos e dos preços dos insumos e serviços.

### *Modelos Universalistas: Unificado e o Diversificado*

Sistemas nacionais de saúde, voltados para cobrir a totalidade da população (universais) deveriam ser, em tese, financiados com recursos oriundos de impostos gerais, dado que dizem respeito ao cumprimento de funções gerais do Estado e não de funções destinadas a grupos específicos. Quando um sistema universal de saúde se utiliza de recursos de grupos específicos (trabalhadores formais financiando atenção a saúde para a população aberta, por exemplo) podem ser criados conflitos distributivos que não interessam ao Estado.

Definem-se estes sistemas como unificados porque se baseiam numa estratégia única de financiamento, calcada num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada ou regionalizada. As fontes de financiamento (ou seu "mix") são postas em fundos de saúde que funcionam como uma caixa única para financiar todos os programas definidos para o setor. Esses sistemas podem ter seu financiamento descentralizado, isto é, os recursos do nível federal podem ser repassados para instâncias regionais (Estados) ou locais (Municípios) tendo em vista compor nestas esferas novos fundos unificados.

No entanto, a maioria dos sistemas universais existentes no contexto mundial foi sendo composta por recursos fiscais globais e contribuições sociais sobre a folha de salários ou sobre os salários. Este é o caso de boa parte dos sistemas de saúde europeus e de alguns sistemas de saúde latino-americanos como o brasileiro. Nos países ex-socialistas do leste europeu, ou no caso de Cuba, também existem sistemas universalistas unificados, os quais, muitas vezes funcionam em moldes menos flexíveis que os sistemas unificados dos países não socialistas.

Esses sistemas acabam por ser muito rígidos, permitindo poucos controles administrativos que possibilitem reduzir custos ou aumentar a qualidade e a cobertura sem necessariamente elevar suas despesas. É por este motivo que muitos desses sistemas (no caso europeu) tem apresentado a introdução de uma série de mecanismos que induzem a concorrência (até mesmo entre estratégias públicas de prestação de serviços) como forma de aumentar a eficiência sem que decline a satisfação do usuário. Alguns desses mecanismos serão descritos no Capítulo 2.

As estratégias para superação da crise fiscal tem introduzido modificações nos sistemas universais unificados, trazendo-lhes maior flexibilidade de gestão e de financiamento, bem como formas diferenciadas para atingir a cobertura universal. Tais modificações se baseiam no fato de que sistemas universais não necessitam estar calcados numa única estratégia de cobertura e financiamento dos serviços. Alguns sistemas de saúde universais podem estar referenciados a estratégias mistas ou diversificadas de cobertura:

- a) para a baixa renda, sistemas de atenção médica gratuitos, financiados com recursos fiscais. Estes serviços podem ser prestados pelo setor público, pelo privado ou por ambos, garantindo, no entanto, um grau aceitável de cobertura e qualidade dos procedimentos através de rígida regulação e fiscalização do setor público;
- b) para trabalhadores formais e classes médias, sistemas baseados em contribuições sobre a folha de salários. Esses sistemas devem ter algum grau de compulsoriedade para garantir a cobertura de todos os níveis de renda, devendo haver uma solidariedade interna nos mecanismos de financiamento;
- c) para as camadas de mais alta renda, sistemas baseados em desembolso direto de recursos, em planos voluntários complementares de seguro saúde ou em outras estratégias que não sejam custeadas pelo setor público (nem através de incentivos fiscais, como o abatimento do imposto de renda).

O grande desafio dos modelos universais diversificados de financiamento da saúde consiste em, garantindo a cobertura de todos, manter a equidade dos serviços com regras competitivas que permitam ajustar custo e qualidade às demandas específicas de cada clientela e região.

## 2

# GASTOS COM SAÚDE E NÍVEIS DE SAÚDE

Até que nível é possível melhorar o estado de saúde de uma população? Até que idade é possível prolongar a sobrevivência de forma sadia e bem desfrutada? Os estudos de medicina social mostram que os sistemas de saúde não são os únicos capazes de responder a tais questões. Saúde é um estado complexo, o qual depende da interação de inúmeros fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos. A capacidade de intervenção dos sistemas de saúde, que pode ser grande ao nível de um indivíduo, pode ser por demais reduzida quando se trata de uma coletividade.

Os níveis de renda, nutrição, saneamento básico e educação são efetivamente determinantes no estado de saúde de uma população. Se todos eles são muito baixos, os graus de liberdade de um sistema de saúde, mesmo que seja universal, em melhorar substancialmente o quadro nosológico de uma região é bastante reduzido. Analogamente bons escores nessas variáveis determinam níveis de saúde melhores, independentemente da natureza e da forma de organização dos sistemas de saúde.

## A EXPECTATIVA DE VIDA COMO MEDIDA DE EFICIÊNCIA DO GASTO EM SAÚDE

Podemos dizer que a expectativa de vida ao nascer é o indica-

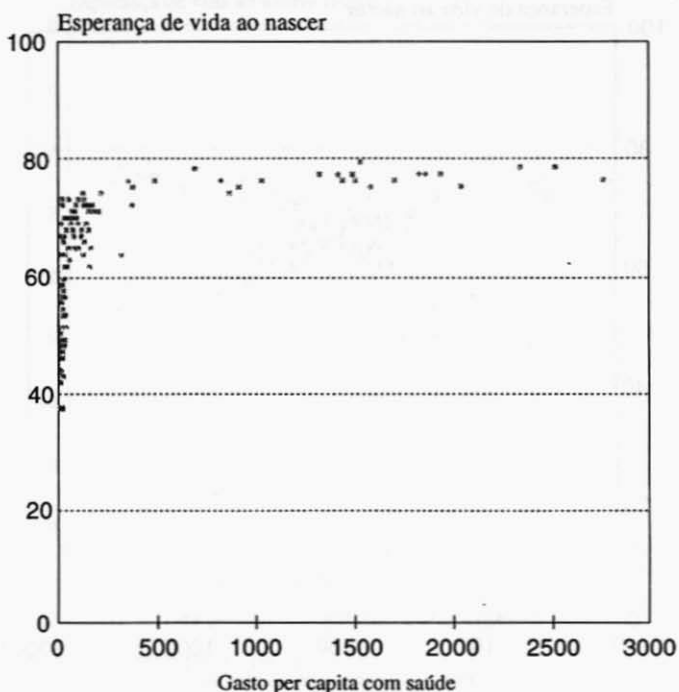
dor mais sintético do quadro de saúde de uma população. Por ser um indicador médio e coletivo, composto pelas probabilidades de sobrevivência das distintas idades, este indicador reflete não só o quadro da pobreza e da ineficiência das medidas preventivas e de atenção primária, expresso nas taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil, como o quadro da violência, expresso na mortalidade de jovens e adultos, carregada de causas externas, e o quadro da baixa qualidade dos sistemas de saúde, expresso nas mortes maternas e nas doenças crônicas e degenerativas da população feminina e de idade madura e mais avançada, respectivamente.

No entanto, a expectativa de vida média da humanidade, em que pese sua histórica elevação, apresenta um limite efetivo de idade em cada época, o qual reflete, de forma combinada, os progressos alcançados no campo das ciências da saúde, da nutrição, do saneamento, da educação e de outros fatores.

Nas épocas mais recentes, o acréscimo marginal desse indicador tem representado custos cada vez mais elevados para os sistemas de saúde. Mas como a expectativa de vida tem limite etário para todos, pode-se dizer que a partir de determinada idade o custo marginal de um ano adicional de vida se torna infinito, dado o estágio de desenvolvimento das técnicas disponíveis na medicina, saneamento e saúde pública.

As Figuras 2 e 3 mostram o comportamento da relação entre esperança de vida ao nascer e gasto per capita com saúde em 114 países do mundo. A Figura 2 mostra que esta relação reflete três movimentos segundo a natureza das nações. Aparentemente, países com expectativas de vida entre 38 e 60 anos não apresentam grandes aumentos nos gastos per capita com saúde. Já nos países com esperança de vida entre 60 e 72 anos, pequenas variações nos gastos com saúde podem representar grandes variações na expectativa de vida. Por fim, nos países com mais de 72 anos de esperança de vida ocorre o contrário, isto é, grandes variações nos gastos com saúde se traduzem em baixíssimas variações positivas na esperança de vida ao nascer. Assim, a partir de um determinado nível de gastos per capita com saúde, não ocorrem ganhos substanciais na expectativa de vida ao nascer.

A Figura 3, repete os dados apresentados na Figura 2, substituindo no eixo horizontal, a escala decimal pela escala de logaritmos neperi-

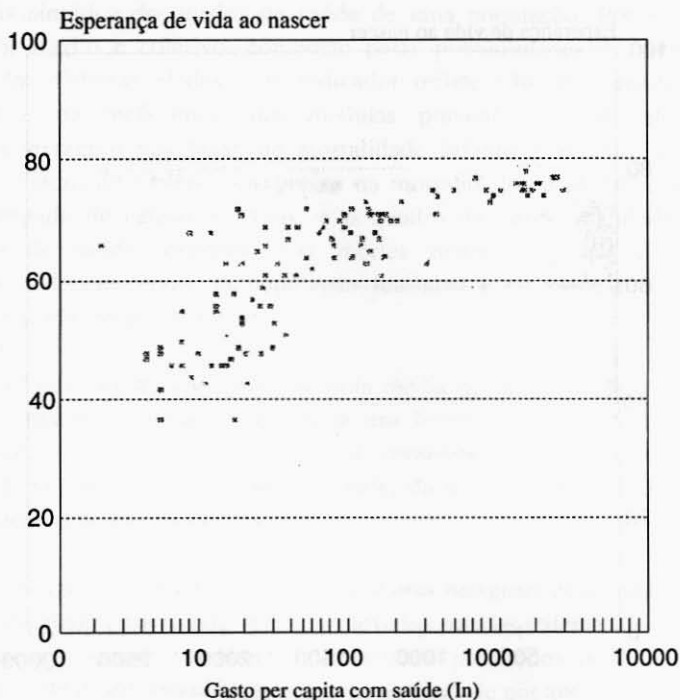


Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 2 - Gasto per capita com saúde e esperança de vida.

anos. Esta mudança permite uma nova interpretação dos dados. Se a Figura 2 aparentava um contínuo decréscimo na expectativa de vida na medida em que se elevava o gasto per-capita com saúde, a Figura 3 mostra que em níveis de gasto com saúde muito baixos, a elevação nos gastos não se traduz em aumentos substanciais na expectativa de vida. É necessário atingir um determinado patamar de gastos para que maiores despesas com saúde possam se refletir em aumentos na esperança de vida ao nascer. Os maiores ganhos na expectativa de vida ocorrem quando os gastos com saúde se situam entre US\$ 30.00 e US\$ 500.00. A partir deste limite superior os ganhos na expectativa de vida voltam a se reduzir para gastos proporcionalmente maiores, até que esses ganhos sejam praticamente nulos.

A Figura 4 mostra o ajustamento entre o logaritmo neperiano do gasto per capita com saúde e o logito da esperança de vida ao



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 3 - Gasto per capita com saúde e esperança de vida.

nascer<sup>1</sup> para os 114 países observados. Verifica-se que o ajustamento é razoável, dado que o coeficiente de regressão linear (R<sup>2</sup>) foi de 0,622. Existem alguns *outliers* na distribuição observada, como é o caso do Vietnã, com expectativa de vida de 67 anos e gasto anual per capita de US\$ 2.00<sup>2</sup>. É o caso também e países como Serra Leoa

<sup>1</sup> O logotipo da esperança de vida ao nascer permite linearizar a observação relativa a esta variável. Ele pode ser definido por:

$$L(Eo) = \ln \left\{ \frac{[Eo - I(Eo)]}{[S(Eo) - Eo]} \right\}, \text{ onde:}$$

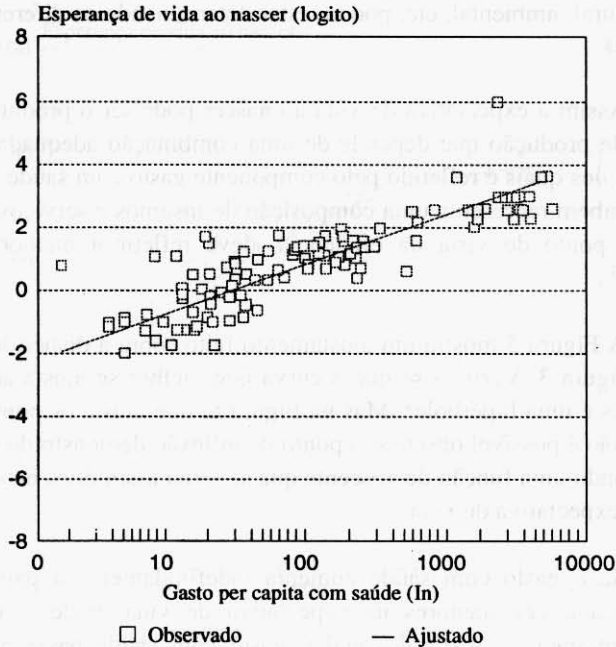
L(Eo) = logit da variável (Eo);

Eo = Esperança de vida ao nascer do pai considerado;

I(Eo) = Limite inferior da distribuição da variável Eo;

S(Eo) = Limite superior da distribuição da variável Eo;

<sup>2</sup> Muitas vezes o gasto per capita com saúde não reflete o real esforço da sociedade dispendido com saúde. Um país como o Vietnã, detentor de uma cultura milenar, certamente tem externalidades positivas, ligadas a fatores sócio-culturais, que permitem maiores expectativas de vida independentemente do esforço governamental em gastar com saúde.



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 4 - Gasto per capita com saúde e esperança de vida.

e Nigéria, que com gastos de US\$ 5.00 e US\$ 16.00 per capita/ano, tem expectativa de vida ao nascer de 38 anos.

Outro *outlier* é o Japão que, gastando anualmente com saúde US\$ 1,538 per capita, apresenta expectativa de vida ao nascer de 79 anos, situação mais eficiente que a dos Estados Unidos que com gasto anual per capita com saúde, de US\$ 2,736, tem três anos a menos de expectativa de vida.

Para os países onde o gasto per capita com saúde é mais baixo parece haver uma grande variação de expectativa de vida. Nesses países, em geral da África, em alguns casos da Ásia e Oceania e em menor proporção na América Latina parece ser forte a existência de outros fatores influenciando a magnitude da expectativa de vida. Pode-se encontrar casos como o do Burundi e Nepal, ambos gastando anualmente US\$ 7.00 per capita com saúde, embora a expectativa de vida do Nepal fosse de 56 anos contra os 47 encontrados no Burundi. Certamente que outros fatores de ordem so-



cial, cultural, ambiental, etc. podem estar determinando os diferenciais encontrados.

Assim a expectativa de vida ao nascer pode ser o produto de uma função de produção que depende de uma combinação adequada de insumos, um dos quais é refletido pelo componente gasto com saúde. Mas este gasto também representa uma composição de insumos e serviços de saúde que, do ponto de vista da eficiência, deve refletir a melhor situação possível<sup>3</sup>.

A Figura 5 mostra um ajustamento feito sobre a dispersão de pontos da Figura 3. Verifica-se que a curva que melhor se ajusta aos pontos existentes é uma hipérbole<sup>4</sup>. Mas na Figura 6, que ajusta os pontos da Figura 2, não é possível observar o ponto de inflexão demonstrado na Figura 5, indicando uma função decrescente que se torna assintótica entre 78 e 79 anos de expectativa de vida.

Se o gasto com saúde aumenta indefinidamente a partir de aumentos cada vez menores na expectativa de vida, pode-se dizer que existe um ponto a partir do qual o gasto com saúde passa a apresentar rendimentos marginais decrescentes. Em outras palavras, cada unidade monetária adicional desembolsada com saúde teria efeitos menores na expectativa de vida ao nascer dos indivíduos, até o ponto onde essa expectativa deixaria de aumentar quando aumentassem os gastos com saúde. Entre outras palavras, a lei ricardiana dos rendimentos marginais decrescentes, utilizada por David Ricardo para explicar a queda de produtividade e lucratividade da agricultura nas terras mais distantes e menos férteis, também se aplicaria a análise do financiamento da saúde.

<sup>3</sup> Define-se eficiência técnica como a maximização do produto pela melhor combinação dos insumos que compõem uma função de produção. Eficiência gerencial é a maximização da produção em função de custos dados (equivale ao ponto onde a linha de isocustos tangência uma linha de isoquanta). Eficiência econômica é aquela onde se produz os bens e serviços de uma forma socialmente ótima, pressupondo a eficiência de gestão. Neste caso, as quantidades de bens e serviços produzidos estão de acordo com as preferências dos cidadãos.

<sup>4</sup> Esta hipérbole poderia ser definida pela seguinte equação:

$$E_o = S(E_o) - [I(E_o) / 1 + e^{\alpha} + \beta \ln Y], \text{ onde:}$$

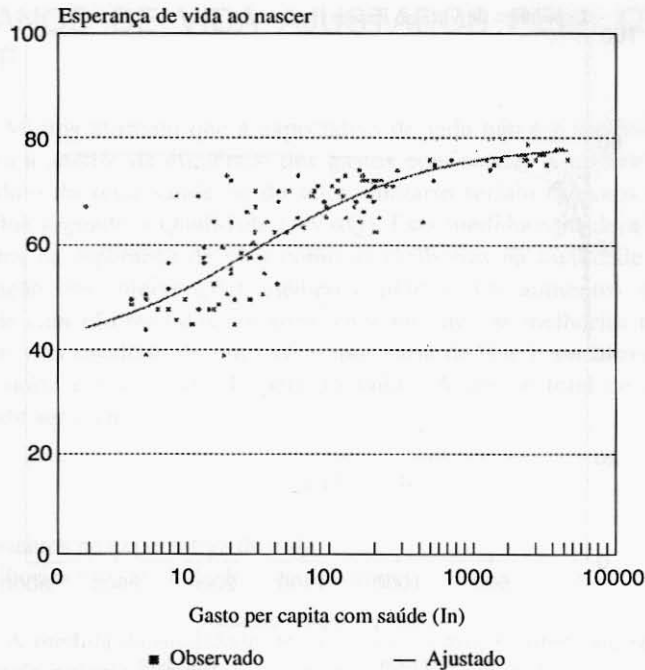
$E_o$  = Esperança de vida ao nascer;

$S(E_o)$  = Limite superior da esperança de vida ao nascer da distribuição;

$I(E_o)$  = Limite inferior da esperança de vida ao nascer da distribuição;

$Y$  = Gasto per capita com saúde;

$\alpha$  e  $\beta$  = Parâmetros definidos da função.

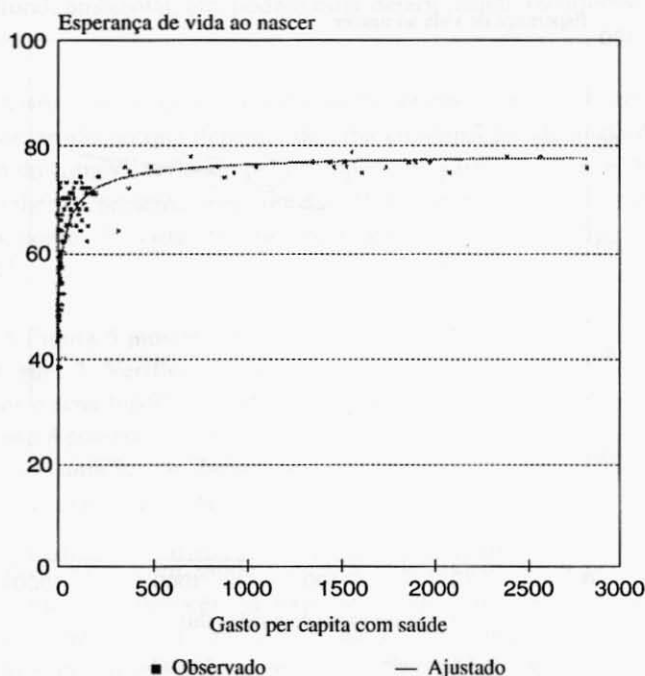


Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 5 - Gasto per capita com saúde e esperança de vida.

Deve-se levar em consideração, no entanto, que todas essas considerações só são válidas para observações de países num dado momento. Os avanços tecnológicos e sociais trazidos pelo desenvolvimento podem continuar a escalada humana em busca do aumento da expectativa, razão que justifica o aumento dos gastos com saúde, especialmente com inovações sociais e pesquisas em saúde.

Supondo que haja perfeita distribuição desse gasto em cada país, isto é, que a variância das expectativas individuais de vida em cada país seja zero, pode-se encontrar três situações distintas. A primeira, representada pelo ponto  $A(eI, yI)$  sugere uma situação de ineficiência, isto é, gasta-se mais com saúde do que a expectativa de vida correspondente à curva ajustada. Neste caso tem-se duas situações: ou a combinação dos recursos relativa a esse gasto envolve ineficiências e desperdícios ou existem outros condicionantes sociais que impedem que a variável gasto com saúde permita exercer plenamente sua potencialidade em termos de aumentar a expectativa de vida.



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 6 - Gasto per capita com saúde e esperança de vida.

A segunda situação, representada pelo ponto  $B(e2,y2)$ , corresponde a um momento onde o gasto per capita com saúde se ajusta ao comportamento da curva. Neste caso, ou não há ineficiências no gasto com saúde, ou a combinação de outros fatores permite compensar as ineficiências existentes na combinação dos gastos. A situação  $C(e3,y3)$  é a de eficiência acima da média, denotando uma combinação eficiente tanto dos recursos que compõe os gastos com saúde como, eventualmente, a dos outros condicionantes do gasto.

Em cada momento da história, a expectativa de vida média da humanidade, em que pese sua histórica elevação, apresenta um limite efetivo de idade. O acréscimo marginal desse indicador tem representado custos em saúde cada vez mais elevados, como será visto adiante. Pode-se dizer, também, que a partir de determinado nível de expectativa de vida, o custo marginal de um ano adicional de vida se torna infinito, dado o estágio de desenvolvimento econômico, social, bem como da combinação das técnicas disponíveis de medicina, saneamento e saúde pública.

## OS ANOS DE VIDA AJUSTADOS PELA QUALIDADE

Muitos afirmam que a expectativa de vida não é o melhor indicador para a análise da eficiência dos gastos com saúde. A melhor medida do produto do setor saúde ou do setor sanitário seriam os Anos de Vida Ajustados segundo a Qualidade (AVAQ). Esta medida considera tanto os aumentos na esperança de vida como as melhorias na qualidade de vida em função das intervenções médico-sanitárias. Os aumentos na esperança de vida são medidos em anos, enquanto que as melhorias na qualidade de vida resultam de um índice que varia de 0 a 1, onde zero significa a morte e 1 o estado de perfeita saúde. Assim, o total de AVAQ's (T), pode ser dado por:

$$T = E \cdot q \quad (1) \text{ onde:}$$

E = aumentos na expectativa de vida

q = melhorias na qualidade de vida (em anos)

A medida da qualidade de vida, neste caso, é subjetiva, sendo definida pelo próprio indivíduo (ou padronizada a partir de pesquisas realizadas entre muitos indivíduos) em função de seu estado de incapacidade frente a uma determinada doença. Assim, se intervenções médicas ou sanitárias conseguem prolongar a vida de uma pessoa por 30 anos, mas com qualidade de vida avaliada em 0,5, o número total adicional de AVAQ's (T) seria de quinze e não de trinta anos. Pode-se dizer, portanto, que o número de AVAQ's totais propiciados pelo sistema de saúde em um país, a cada ano, pode ser dado por:

$$\sum_{i=1}^n T_i = \sum_{i=1}^n (E \cdot q)_i \quad (2), \text{ onde:}$$

i = cada indivíduo no universo (N) de n pessoas

$(E \cdot q)_i$  = expectativa adicional de vida de cada indivíduo multiplicada por sua qualidade individual (subjetiva) de vida a cada ano

Pode-se afirmar que o número médio adicional de AVAQ's per capita ( $E_x$ ) seria dado por:

$$E_x = \left( \sum_{i=1}^n T_i \right) / N \quad (3)$$

Nestas circunstâncias, uma medida, ainda que subjetiva, da eficiência econômica do sistema de saúde poderia ser dada pelo gasto per capita adicional por AVAQ adicional (Gx). Esta medida teria uma graduação inversa, ou seja, quanto menor o valor de Gx, maior seria a eficiência do sistema de saúde considerado.

No entanto, dada a subjetividade da medida, torna-se difícil obter uma avaliação dos países em termos de AVAQ's e de gastos adicionais por AVAQ. Métodos para obter a qualidade de vida condicionada a cura de uma enfermidade dependem de métodos probabilísticos e amostrais baseados em pesquisas de opinião<sup>5</sup>.

O recente relatório do Banco Mundial de 1993, cujo tema foi "Investir em Saúde", a partir de dados de morbidade obtidos ou estimados para o conjunto dos países do mundo, avaliou as perdas de AVAQ's por causa e região em 1990. As maiores perdas foram atribuídas a África (575 AVAQ's por 1000 habitantes), seguindo-se a Índia (344) o Oriente Médio (286) e os países asiáticos insulares (260). As menores perdas foram encontradas nos países de economia de mercado consolidada (117) e nos países ex-socialistas (168). Estes dados mostram a existência de uma correlação inversa entre perdas de AVAQ's e gastos per capita com saúde.

Como os recursos gastos com saúde são escassos, a teoria econômica sugere que em cada país haverá sempre situação onde dada a disponibilidade máxima possível de capital a ser alocado com saúde, com base nos recursos técnicos e gerenciais disponíveis, pode-se obter os maiores ganhos possíveis, seja em termos de aumentos na expectativa de vida, seja em termos de AVAQ's. Esta situação corresponde a um ótimo que, no sentido atribuído por Pareto, corresponderia a uma situação onde não seria possível melhorar a situação de um indivíduo sem piorar a de outro.

No entanto, situações como a do "Ótimo de Pareto" não são plenamente aplicáveis à análise dos gastos com serviços de saúde. Como vimos, além de ser importante a questão da equidade, pode-se dizer que gastos com saúde a partir de um determinado nível, em termos per capita, são supérfluos do ponto de vista médico-sanitário. Podem adicionar situações de

<sup>5</sup> Uma breve descrição desses métodos pode ser encontrada em RUBIO (1990).

conforto, luxo e prazer, mas em nada aumentariam a expectativa ou a qualidade de vida do ponto de vista da saúde. Sendo assim, é possível utilizar um enfoque onde seja possível conciliar equidade, melhoria dos serviços e custos controlados.

O objetivo de disciplinas como a economia da saúde não é fazer com que se gaste menos com saúde, mas sim propiciar que se gaste melhor, isto é, fazer com que se obtenha os maiores benefícios sociais em relação aos menores custos sociais incorridos em sua consecução. Este objetivo distancia essa disciplina de algumas das estratégias de ajuste econômico, cujo intuito é simplesmente instrumentalizar a redução dos gastos, independentemente do sacrifício resultante na qualidade e na cobertura.

3 O CRESCIMENTO DOS GASTOS  
COM SAÚDE E AS FORMAS DE  
RACIONALIZAÇÃO



### 3 O CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE E AS FORMAS DE RACIONALIZAÇÃO

Os gastos com saúde vêm crescendo fortemente desde o pós-guerra, especialmente nos países desenvolvidos. Até então, boa parte desses países havia construído, no interior do *Welfare State*, estruturas de proteção social refletidas, no plano da saúde, pela universalização de cobertura e pela concepção de que o acesso integral aos serviços de saúde era direito dos cidadãos e dever do Estado.

Esta concepção repousava numa estrutura de financiamento mista, onde recursos provenientes de fundos sociais, em geral tendo como base a folha de salários, eram misturados com fundos fiscais derivados da arrecadação ordinária de impostos. As necessidades de cobertura e diversificação dos serviços constantes nas políticas de saúde faziam com que, na maioria dos casos, os recursos ditos fiscais crescessem em proporção superior aos recursos de contribuições. Assim, ao final dos anos sessenta e início dos anos setenta eram os recursos fiscais que financiavam a maior parte das estruturas universais de proteção à saúde nos países centrais. Ao lado das estruturas universalistas, crescia, ainda que de forma menos vigorosa, uma medicina privada supletiva, voltada para alguns segmentos e ca-



madras populacionais de mais alta renda (gerentes, executivos, trabalhadores de grandes empresas, entre outros).

A universalização trouxe uma forte ampliação dos gastos com saúde para o conjunto das economias desenvolvidas, onde estes passaram de 2% a 3% do PIB, ao final dos anos quarenta, para cerca de 6% a 10% do PIB, ao final dos anos setenta.

A Tabela 2 mostra a evolução dos gastos com saúde para o conjunto das economias desenvolvidas, no período que vai de 1960 a 1990. Verifica-se que todos os percentuais foram multiplicados por valores entre 1,5 e 3,0, no período considerado.

**TABELA 2** - Gastos com saúde como percentagem do PIB. Países selecionados: 1960 - 1990.

Países	1960	1970	1980	1990
RF Alemanha	4,7	5,5	7,9	8,0
Bélgica	3,4	4,0	6,6	7,5
Canadá	5,5	7,2	7,4	9,1
Espanha	2,3	4,1	5,9	6,6
E.U.A.	5,2	7,4	9,2	12,7
França	4,2	5,8	7,6	8,9
Itália	3,3	4,8	6,8	7,5
Japão	2,9	4,4	6,4	6,5
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	6,1
Suécia	4,7	7,2	9,5	8,8

Fonte: Shieber & Poullier (1989) apud RUBIO (1990). Dados para 1990 do Relatório do BANCO MUNDIAL (1993).

Observa-se, também, que entre 1980 e 1990 os gastos com saúde como percentagem do PIB não cresceram de forma tão intensa como nas duas décadas anteriores e que em alguns países, como a Suécia, estes gastos até se reduziram. Isto reflete o esforço empenhado por alguns países desenvolvidos em ajustar o volume dos gastos com saúde como esforço de racionalização frente a crise econômica e fiscal dos anos setenta/oitenta.

As principais causas enumeradas como fatores de elevação dos custos do setor saúde, ao longo da fase áurea do *Welfare State*, são:

- a) *Extensão Horizontal e Vertical de Cobertura*, derivada dos pro-

gramas de universalização. Entende-se como extensão horizontal de cobertura a inclusão de novos segmentos como clientela dos serviços de saúde, que se deu de forma gradativa, a depender do país a ser considerado. Por extensão vertical de cobertura, define-se a complexificação e a diversificação da oferta de serviços médico-sanitários, entendidos estes como a inclusão de assistência odontológica, psicanálise e terapias de alto custo, como diálise renal, terapias alternativas, além de outros, no escopo dos serviços de proteção universal da saúde. Vale ressaltar que o Estado atribui aos serviços médicos assistenciais o estatuto de bens tutelares, cujo consumo deve ser protegido e independente dos condicionantes individuais ou do poder aquisitivo dos indivíduos e famílias.

- b) *Envelhecimento da Estrutura Etária da População* - As mudanças decorrentes da queda da fecundidade e da mortalidade nos países centrais propiciaram aumento da atenção médica (em termos relativos) ao contingente de mais de 60 anos. Como se sabe, a atenção médica à esses grupos, ao ser mais complexa e intensa se torna mais cara. Pesquisas feitas no serviço médico de empresas, como a USIMINAS - uma empresa siderúrgica privatizada recentemente pelo Governo Brasileiro - mostram que a assistência médica para a população de mais de 60 anos chega a custar 90% a mais do que a relativa ao contingente de 15 a 59 anos. RUBIO (1990) em seu livro afirma que 40% dos gastos com saúde, na Espanha, em 1985, eram absorvidos por maiores de 65 anos.
- c) *As Transformações nas Estruturas de Morbi-mortalidade* - A perda de importância das doenças infecto-contagiosas na estrutura de mortalidade e morbidade e sua substituição pelas doenças crônico-degenerativas também alteram substancialmente o perfil de custos do setor saúde. Enquanto as primeiras requerem basicamente medidas preventivas ou cuidados primários à saúde, as outras exigem internação e sofisticada tecnologia médica, expressa em exames, medicamentos mais caros e equipamento médico.
- d) *Mudanças no Campo da Tecnologia Médica, nas Funções de Produção em Saúde e seus Impactos na Produtividade* - A tecnologia em saúde, diferentemente do que ocorre em processos

de trabalho de fluxo contínuo, tipo industrial, não substitui trabalho por capital. Ao contrário, ao melhorar o diagnóstico e a qualidade dos serviços de saúde, incorpora não somente mais capital (equipamentos) como mais recursos humanos (novas profissões que possam operar e interpretar os novos meios tecnológicos). Nesse sentido, ao invés de baratear, ela encarece os serviços de saúde. Como corolário desse processo, a produtividade do trabalho em saúde avança lentamente quando comparada a produtividade dos demais setores da economia. As poucas substituições de trabalho por capital tem se limitado aos setores auxiliares (laboratórios de análises clínicas, por exemplo) e aos serviços centrais de diagnóstico nos hospitais. O processo de trabalho em saúde segue sendo artesanal e centrado em técnicas intensivas em trabalho, ainda que com alta densidade de uso de capital pelos equipamentos utilizados. Dessa forma, só o crescimento geral da estrutura salarial da economia seria capaz de responder pelo aumento dos custos com saúde num cenário de intensividade de uso do fator trabalho. Esta pressão de custos é ainda maior quando se considera o crescimento da qualificação do pessoal de saúde. Destaca-se, ainda, o fato de que os interesses da indústria farmacêutica, de equipamentos e insumos médicos, no afã de abrir novos mercados, desperta necessidades crescentes entre médicos e a população no sentido de aumentar o consumo e tornar mais complexas as pautas de serviços médico-sanitários. Só para exemplificar, o consumo de medicamentos nos países centrais chega a 1,5% do PIB.

- e) *Fatores Sócio-Econômicos e Culturais* - O consumo de serviços de saúde tem se tornado progressivamente inelástico com o tempo, nos países centrais. O papel do Governo, das escolas, da mídia e da propaganda faz com que, independentemente dos níveis de renda, os consumidores mantenham rígida sua pauta de consumo de serviços de saúde. Com tal estrutura, é óbvio que aumentos na renda per-capita se traduzem em aumentos nos gastos com saúde, independentemente destes serem atribuídos aos setores público ou privado.
- f) *Estruturas Securitárias*, isto é; aumento cada vez maior do seguro como elemento de indenização e proteção dos riscos de prestadores de serviços e indivíduos, costumam elevar fortemente

os custos dos serviços de saúde, como tem demonstrado a recente experiência norte-americana do seguro contra "malpractice".

A combinação destes e de outros fatores externos ao setor saúde tem feito com que tenha se desenvolvido, ao nível dos países centrais, o fenômeno da inflação médica, a qual tem sido superior à inflação verificada em outros ramos de produção de bens e serviços.

## INCENTIVOS PARA A RACIONALIZAÇÃO DO GASTO COM SAÚDE

Dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preço, e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde. Muitas dessas medidas têm sido testadas no contexto dos países desenvolvidos, embora algumas delas tenham impactos na redução dos níveis de saúde.

Um dos princípios básicos da economia da saúde é o de adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução de custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde. O objetivo das medidas racionalizadoras é aumentar a eficiência dos serviços sem que hajam prejuízos na eficácia (no alcance das metas planejadas) ou na efetividade (no alcance coletivo das ações médico-sanitárias).

As distorções que levam ao aumento dos gastos com saúde podem ser derivadas de dois fatores básicos: a) do comportamento dos médicos e b) do comportamento dos usuários dos serviços. Sendo assim, a dinâmica das formas de remuneração dos serviços médicos ou a regulação da oferta dos serviços de saúde, através de preços e de incentivos, podem induzir a comportamentos mais racionais.

### *Formas de Regulação e Remuneração dos Atos Médicos*

A literatura sobre economia de saúde RUBIO (1990) e CAMPOS (1983) define três formas básicas de remuneração dos médicos: por ato, procedimento ou diagnóstico (*Diagnosis Related Groups - DRG*), por salário e por capitação. Cada uma dessas formas apresenta efeitos positi-

vos ou negativos na dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, podem ser administradas em contextos diferentes, a depender dos objetivos que se quer alcançar.

a) *O Pagamento por Ato Médico*

O pagamento por ato médico, procedimento ou diagnóstico (DRG) apresenta algumas consequências, as quais cabe destacar:

- Quebra a lógica da integralidade das ações de saúde e não estimula o comportamento preventivo nos serviços de saúde, levando o médico a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado. Uma das formas de solucionar esse problema foi substituir a ótica do ato/procedimento pela do diagnóstico, procurando agrupar as formas de remuneração em Grupos de Diagnóstico Relacionados (DRG). Vale destacar, no entanto, que os DRG's, embora permitam aumentar o foco da visão do médico sobre os problemas, fazendo-o escolher a terapia menos custosa, dado que o pagamento não depende da terapia escolhida e sim do diagnóstico, não aumenta necessariamente a preocupação do médico com a questão da prevenção.
- Supõe que a produtividade é maior e que, portanto, mais pacientes são vistos, o que é positivo quando os médicos são escassos.
- No caso do pagamento por ato/procedimento, aumenta o número de serviços por paciente. No caso do pagamento por diagnóstico (DRG), tende a ocorrer um desestímulo ao número de atos. Normalmente o que ocorre é, para um dado diagnóstico, referir-se a escolha da técnica que permite o menor número de intervenções, minimizando o custo e o esforço do médico. É interessante, no caso do Brasil, observar como a mudança do critério de pagamento por unidade de serviço para o pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é uma espécie de DRG, permitiu a redução do número de internações por habitante.
- O pagamento por ato/procedimento/diagnóstico aumenta o risco de corrupção, dado o alto custo de fiscalizar a correspondência entre o ato realmente realizado e o registrado nas planilhas de pagamento.

- Tende a concentrar os serviços nas regiões e áreas onde a população detém maior renda, no caso de sistemas privados, ou onde o controle é mais difícil, no caso dos sistemas públicos.
- Superestima a "performance" do médico, isto é, o ato médico passa a ser mais importante do que a postura de investigação (anamnese) do médico na relação com o paciente.
- Favorece o uso da alta tecnologia e os níveis secundário e terciário de atenção, os quais agregam maior valor ao ato médico (em tese, os DRG's minimizariam este tipo de comportamento, mas isto depende da forma pela qual é construída a escala de valores da tabela de pagamentos por DRG).
- Requer fortes mecanismos de controle, administração, fiscalização e avaliação, especialmente quando estas estratégias estão calcadas no sistema de terceiro pagador. Esta questão tem sido uma das mais freqüentes formas de organização de sistemas públicos ou privados de saúde, baseados nos mecanismos de seguro. Nesse caso, quem presta o serviço ao cliente não recebe recursos repassados por ele, mas sim por um terceiro agente que pode ser o Estado (poder público) ou uma companhia de seguros (no caso dos planos privados de seguro saúde). Este tipo de mecanismo, utilizado em vários países da América Latina, é bastante propício a existência de fraudes, pois quem recebeu o serviço não está interessado em saber quanto foi pago por ele, dando margem ao superfaturamento dos serviços ou a alteração fraudulenta da própria natureza do mesmo, visando ao benefício ilícito do prestador. Este tipo de prática tem sido muito freqüente no Brasil, onde se estima que 40% dos serviços de saúde pagos pelo poder público sejam feitos sob a égide da fraude.
- Supõe uma regulação baseada no preço e não na quantidade dos serviços consumidos, o que pode favorecer estratégias de indução de demanda. Se os preços dos atos médicos passam a ser controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos.

Dado não ser uma relação assalariada, o pagamento por ato médico pode permitir maior flexibilidade na gestão dos estabelecimentos de saúde, especialmente nos hospitais. Da mesma forma, permite a redução de custos

relativos aos encargos sociais inerentes ao assalariamento. No entanto, esta forma de pagamento apresenta algumas desvantagens, cabendo destacar a imprevisibilidade de contar com pessoal médico em momentos onde demandas inesperadas aparecem. Sendo assim, pode ser um bom sistema em regiões onde a oferta de médicos é abundante, mas certamente é um sistema inadequado quando se espera a presença permanente (jornada integral) do médico ou sua fidelidade a um determinado estabelecimento de saúde.

#### b) *O Assalariamento Médico*

O assalariamento médico tem algumas vantagens, quando bem administrado. Do ponto de vista do estabelecimento ou dos serviços de saúde permite fazer com que haja um comprometimento, em termos de carga horária do médico, com a permanência em serviço, o que possibilita o atendimento de demandas imprevisíveis. Teoricamente não estimula distorções relacionadas ao preço e a quantidade dos serviços, fazendo com que o médico atue clinicamente segundo a sua consciência ética e profissional, sem influências (estímulos ou desestímulos) econômicas.

Do ponto de vista do profissional, permite que este suba na hierarquia através do mérito, da competência ou da antiguidade, isto é, do número de anos em que se dedicou aquele serviço. Garante, por outro lado, uma aposentadoria financiada parcialmente pelo empregador.

No entanto, a literatura aponta algumas conseqüências negativas associadas ao assalariamento médico, onde cabe destacar:

- Baixa fidelidade do médico ao paciente e vice-versa, não cultivando uma relação histórica (como a do médico de família) e fazendo com que haja baixa tolerância do médico às solicitações do paciente e pouca confiança do paciente em relação às prescrições médicas.
- Ao não poder arbitrar sobre seus rendimentos no setor público, o médico passa a utilizar como fator de ajuste para ganhar mais sua jornada de trabalho. Trabalhando menos horas ele maximiza o rendimento de seu salário, destinando as horas sobrantes a outros empregos, postos de trabalho ou atividades remuneradas. Este fato é comumente observado no Brasil, onde algumas pesquisas realizadas mostram que os médicos costumam freqüentar somente 1/5 de sua jornada de trabalho contratada.

- Para se proteger dos eventuais controles burocráticos sobre a jornada de trabalho o médico se organiza corporativamente, de forma que toda a hierarquia dos serviços de saúde passa a estar em suas mãos. Ao assim fazer, abre um forte espaço para a convivência com os colegas e para a perpetuação de práticas que, no fundo, são lesivas aos interesses sociais e aos cofres públicos.

*c) Pagamento por Capitação*

Por fim, o pagamento por capitação, o qual consiste em pagar a um médico um determinado valor mensal per capita, através do Estado, para o cuidado dos eventuais problemas que poderá apresentar o paciente cadastrado em seu consultório, apresenta algumas vantagens e desvantagens:

- É consistente com a definição da saúde como produto final do processo de atenção sanitária e a qualificação como produto intermediário dos serviços sanitários. Por essa ótica, o médico cuidará para manter sadios os pacientes, através de medidas preventivas, buscando evitar que estes possam representar mais trabalho (e mais custos) para ele no futuro. Para tal, o médico procurará fazer visitas permanentes aos seus pacientes cadastrados. O pagamento por capitação é o regime de remuneração dos médicos de família na Inglaterra.
- No entanto, para levar a cabo o esforço da prevenção, os médicos que recebem por capitação podem levar sua população de abrangência ao uso excessivo de exames ou a consulta de especialistas em níveis mais elevados da hierarquia de saúde, o que pode acarretar em maiores custos para o sistema como um todo.
- Ao mesmo tempo, quando o pagamento per capita é fixo, não sendo diferenciado por sexo e idade, por exemplo, poderá trazer prejuízos aos indivíduos que, ao estarem em idades mais tenras (crianças) ou mais avançadas (anciãos) tendem a consumir mais serviços e, portanto, a apresentar maiores custos per capita. Deve-se sempre lembrar que a curva de custos em saúde por idade tende a assumir a forma de um "J", isto é, custos relativamente altos nos primeiros momentos da vida, custos baixos na adolescência e maturidade e custos muito altos na terceira idade.



As formas mais freqüentes de pagamento dos médicos no ocidente tem sido o pagamento por ato médico (procedimento) ou o assalariamento. Devido as distorções que esses dois modelos apresentam, pode-se dizer que os DRG's tem sido a forma de corrigir e balizar os principais desvios das formas de pagamento por ato. A utilização de custos padrão por diagnóstico permite eliminar as distorções do sistema de pagamento por procedimento que, em geral, levava o médico à escolha do procedimento que lhe propiciava a melhor relação benefício/custo (em geral o procedimento mais caro). O risco incorrido na utilização de DRG's ou processos similares é a defasagem dos custos-padrão ou a distorção dos valores da tabela por motivos diversos, como a inflação. Corre-se ainda o risco de se utilizar o serviço mais barato (muitas vezes de eficácia duvidosa) para maximizar os ganhos oriundos do diferencial de custos reais e valor das tabelas.

Por outro lado, o pagamento por capitação (na medida em que introduz elementos de produtividade) tem sido vislumbrado como alternativa ao assalariamento, especialmente nos níveis primários de atenção a saúde, onde a cobertura ativa (e preventiva) é um forte fator de indução para reduzir os custos da assistência médica.

### *Formas de Racionalização do Comportamento dos Usuários de Serviços*

Tem sido apontado freqüentemente que a criação de hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem acarretado em desperdício e elevação dos custos de saúde em proporções não desejadas. Nessa perspectiva, algumas soluções vêm sendo apontadas, pelo lado da oferta, no intuito de ajustar o consumo dos serviços de saúde, tais como:

#### *a) Taxas Moderadoras*

São usadas quando se assume que os serviços consumidos acima de determinados níveis devem ser considerados excessivos. Nesse caso, assume-se que a partir de determinada unidade de consumo por unidade de tempo (quarta consulta por ano, para exemplificar) haveria o pagamento de uma taxa moderadora visando a inibir o consumo. Caso o indivíduo resolva pagar, mesmo assim, é porque o serviço é necessário e não consumido de forma supérflua. O risco do uso de taxas moderadoras é o de baixar a resolutividade do sistema, dado que o usuário muitas vezes não sabe diferenciar uma consulta necessária de uma supérflua, e o árbitro pode inibir, para quem não pode pagar, o consumo necessário.

b) *Co-pagamento*

É um caso particular de taxa moderadora, onde é previsto que todo e qualquer serviço deveria ser, em parte, custeado pelo consumidor. Neste caso, assume-se, por exemplo, um determinado percentual de co-pagamento para cada tipo de serviço, independente da quantidade que venha a ser consumida. A concepção que baseia tal prática reza que todos devem ser co-responsáveis diretamente (e não apenas indiretamente, através do fisco) pelo financiamento dos sistemas de saúde. Muitos defendem que tal prática modifica o comportamento dos indivíduos e permite que estes valorizem mais o que consomem. Não resta dúvida, no entanto, que se aplicado a toda a população, independentemente do nível de renda, as estratégias de co-pagamento são regressivas, isto é, penalizam mais aqueles que tem menos recursos.

c) *Tetos Máximos*

São valores estabelecidos como custeio para serviços cobertos por mecanismos de seguro saúde calcados em estratégias de reembolso (ao serviço ou ao indivíduo) quando se utilizam estratégias de livre-escolha dos médicos ou estabelecimentos de saúde pelos segurados. Nesse caso, o valor que ultrapassar o teto seria pago pelo indivíduo. Este tem sido o mecanismo utilizado por alguns sistemas de saúde como é o casos das ISAPRES no Chile.

d) *Franquias*

São mecanismos de financiamento através do qual todo e qualquer serviço consumido de saúde corresponde a um valor mínimo pago pelo indivíduo, sendo a diferença entre o custo total e o valor mínimo coberto pelo sistema de saúde. As franquias funcionam como mecanismo oposto aos tetos máximos. Elas podem inibir o consumo supérfluo de serviços mais frequentes (consultas e exames, por exemplo) e serem eficientes no caso de pagamento de contas hospitalares. No entanto, se aplicadas aos serviços de prevenção podem ter resultados não esperados, como o aumento de serviços de alto custo, dada a pouca sensibilidade pública em pagar por prevenção. Neste sentido, as franquias só se aplicariam aos serviços de natureza curativa. Quando o co-pagamento corresponde a um valor fixo, e não a um percentual, ele pode ser visto como uma franquia.

e) *Pré-pagamento*

Consiste em mecanismos pelos quais o beneficiário paga um valor

fixo (calculado atuarialmente) para ter direito a uma cesta de serviços de saúde, a qual pode ter ou não cláusulas de cobertura. Além de eliminar o terceiro pagador, esse mecanismo propicia a adoção de estratégias preventivas, por parte do prestador, para minimizar seus custos futuros com eventuais procedimentos de maior custo e complexidade. A prevenção, nesse sentido, pode ser vista como um dos fatores de redução de custo dos serviços, criando um círculo virtuoso de melhoria das condições de saúde e racionalização de recursos no médio prazo. Cabe destacar, no entanto, que a longo prazo o aumento da esperança de sobrevida obtido pelas técnicas preventivas irá se reverter em maiores custos para o sistema. Este sistema de pagamento é o utilizado pelas HMO, nos Estados Unidos e em alguns países da América Latina, como o Brasil.

f) *Eliminação de Mecanismos de Livre Escolha*

Em épocas de crise, a eliminação dos mecanismos de livre-escolha e sua substituição por uma tabela de profissionais/estabelecimentos credenciados ou outros mecanismos de racionalização de custos pode ser uma boa opção para se restringir custos de serviços de saúde. Neste caso, no entanto, deve-se buscar mecanismos de fiscalização que permitam impedir a queda da qualidade dos serviços. Pode ser, no entanto, que esses mecanismos de fiscalização venham a ser tão caros que não se justifica sua eliminação.

g) *Procedimentos Administrativos mais Rígidos*

Seria o caso de criar normas associadas aos atos médicos, como uso dos medicamentos mais baratos dentro de um mesmo princípio ativo, restrição dos exames ao estritamente necessário, entre outros. Normalmente essas medidas não trazem muitos efeitos positivos, pois não são suficientemente assumidas pelo corpo de profissionais e necessitam estruturas de fiscalização muito custosas;

h) *Cobrança de taxas diferenciadas por grupos de risco*

Quando o valor a ser cobrado é diretamente proporcional ao risco, tem-se obviamente o pior dos mundos, dada a situação de iniquidade que gera. Quando o valor é inversamente proporcional ao risco, pode-se estar também cometendo injustiças em relação aquele que, mesmo sendo de alto risco, pode pagar. Se a questão é ser seletivo, essa seletividade não deve somente se referir ao critério de risco, mas também aos critérios de renda e necessidade social.

## TENDÊNCIAS NO FINANCIAMENTO E GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A modificação nos estilos de gestão dos serviços centralizados e descentralizados ou dos estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associados à eficiência, eficácia e efetividade, com impactos sensíveis na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas tem um ponto em comum: a questão da autonomia de gestão do serviço de saúde, seja ele público ou privado.

Uma forma já hoje clássica para tornar autônoma a gerência dos serviços de saúde surgiu na França em fins dos anos sessenta, embora tenha sido nos anos oitenta, mais especificamente no final desta década, que ela tenha ganho escopo. São os chamados contratos de gestão ou contratos de serviço. Essa nova forma de gestão se baseia na negociação da autonomia de um estabelecimento (*agent*) ou de uma rede de serviços de saúde, mediante determinadas cláusulas contratuais. Através destas cláusulas, os serviços de saúde deixam de ter seus meios controlados pelo Estado (*principal*), passando a ser independentes em usar o orçamento que lhe foi conferido. No entanto, o *agent* se vê obrigado a negociar e cumprir metas finalísticas de quantidade/qualidade dos serviços fixados, de forma negociada com o *principal*. Como boa parte das instituições públicas não está preparada para gerir autonomamente um serviço público, tal fato pode envolver tempo necessário ao treinamento e adaptação do estabelecimento/rede de serviços à nova forma proposta de relacionamento.

O contrato de gestão pode ser feito com gerenciamento público ou ainda mediante uma concessão de serviço ao setor privado. Em ambos os casos, no entanto, se as metas acordadas com o Governo não forem cumpridas, haverá uma perda da concessão do serviço por parte do *agent*. Ao mesmo tempo, sempre que o *agent* conseguir cumprir as metas economizando os recursos públicos transferidos orçamentariamente, ele poderá definir o uso do excedente segundo suas necessidades. Para tal, o *agent* deve contar com autonomia para flexibilizar os meios, podendo contratar e demitir pessoal, investir e gastar os recursos segundo suas características específicas. Tal fato permite a cada estabelecimento/rede de saúde fugir aos rígidos controles administrativos centrais das atividades meio para maximizar os fins perseguidos.

Outras soluções no sentido da modificação dos estilos de gestão consiste na adoção dos chamados *orçamentos globais*. Esta forma de

gestão consiste em definir um orçamento fixo para cada estabelecimento de saúde, baseado em parâmetros externos globais de eficiência e deixar que a administração do estabelecimento/rede de serviços defina os meios para garantir a cobertura e a eficiência almejada com o orçamento definido. Esta solução tem sido utilizada na Inglaterra como forma de controlar os serviços dos hospitais, centros de saúde e até mesmo ambulatórios controlados por médicos de família.

Outra solução no âmbito da gestão consiste na estratégia de mercado administrado (*managed competition*). Esta estratégia consiste em transformar instituições públicas e privadas em entidades que garantam um nível integral de oferta de serviços de saúde. O Estado passaria, nesse caso, a atribuir um *voucher* pessoal e intransferível para toda a população, num valor acordado entre os prestadores, o qual garantiria o pagamento (até mesmo com folga financeira) de um plano integral de saúde atuarialmente calculado. Haveriam mecanismos de resseguro para riscos catastróficos, evitando assim que estabelecimentos quebrassem quando ocorressem agravos coletivos a saúde causados por fatores externos.

O valor do *voucher* poderia ser definido segundo sexo e idade ou outras variáveis, como quadro sócio-econômico, impedindo que houvesse discriminação de velhos ou de mulheres que, segundo dados estatísticos, consomem mais serviços de saúde. No caso dos idosos, ressalta-se que estes serviços são mais caros. A justificativa para tal procedimento consiste no fato de que a curva de custos com saúde tende a assumir a posição de um "J", como visto anteriormente.

A experiência de mercado administrado tem sido utilizada pontualmente em países como os Estados Unidos (Estado de Óregon) e a Holanda. Uma versão adaptada desta estratégia faz parte das discussões em torno da mudança do sistema de saúde americano (Plano Clinton).

Estas três formas de gestão constituem hoje as principais tendências que buscam conciliar autonomia de gestão, cobertura, qualidade e contenção de custos dos sistemas de saúde.

# 4

## CONDICIONANTES DO FINANCIAMENTO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

### OS EFEITOS DA CRISE E OS MECANISMOS DE AJUSTE ECONÔMICO

Os países da América Latina começam a sentir os efeitos da crise dos anos setenta com a queda de suas exportações no mercado mundial e, posteriormente, com os efeitos da elevação dos juros internacionais no endividamento externo de suas economias.

A elevação dos encargos financeiros internacionais trouxe forte aumento no grau de endividamento e no esgotamento desse expediente como forma de financiamento dessas economias, as quais passaram a utilizar da dívida interna como instrumento adicional de pagamento dos encargos do Governo. Tais estratégias acarretaram fortes desajustes internos, com sérias conseqüências na elevação da inflação, desordenamento das finanças públicas, queda dos investimentos e estagnação econômica. Novos empréstimos externos e o refinanciamento dos antigos ficaram na dependência da aceitação dos ajustes econômicos propostos por instituições multilaterais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial.

Tais ajustes, posteriormente conhecidos como *Consenso de Washington*, tinham algumas características comuns no curto prazo, cabendo destacar:

- política monetária severa, através do aperto na base monetária e juros altos;
- equilíbrio das contas públicas baseado em cortes orçamentários no custeio e nos investimentos, tendo em vista produzir superávits fiscais;
- superávit na balança comercial tendo em vista estimular altos níveis de acumulação de reservas internacionais;
- desindexação total de preços e salários e corte nos subsídios, inaugurando uma política de liberalização da economia;
- política de preços e tarifas públicas realista, tendo em vista o auto-financiamento dos setores produtores de bens e serviços estatais;

Mais o ajuste proposto pelas agências multi-laterais não se esgotava nas medidas de curto prazo. A temporalidade do ajuste levava aos países a necessidade de que, após o êxito no processo de estabilização, fossem tomadas medidas voltadas ao ajuste estrutural, cujas principais características podem ser explicitadas nos seguintes ítems:

- Profunda reforma do Estado, com a desestatização e privatização de várias atividades públicas na área econômica e social.
- Abertura da economia ao mercado mundial, de modo a favorecer a entrada de capitais internacionais e a facilitar a adesão dos países latino-americanos a nova ordem internacional.
- Redução e reestruturação da carga tributária, compatível com o emagrecimento das novas funções do Estado.
- Descentralização das ações do Estado e com o repasse de encargos federais para as esferas locais de Governo ou para segmentos sociais organizados, como o setor privado lucrativo, as organizações não governamentais, as comunidades locais, e outras.

- Restrição do Estado às tarefas de regulação, reduzindo, inclusive seu papel na regulamentação de vários aspectos da vida econômica e social.
- Focalização e seletividade nas políticas sociais, restringindo-as cada vez mais aos segmentos sociais excluídos, ao lado de mecanismos de mercado para os segmentos de média e alta renda.

Este corpo de medidas conjunturais e estruturais nem sempre foi proposto em simultâneo, mas todas elas apareceram no contexto das missões dos organismos internacionais voltadas a avaliar o quadro econômico e social dos países latino-americanos, em vários momentos dos anos oitenta.

Ao fim dos anos setenta e início dos oitenta, vários dos países latino-americanos estavam abrindo as portas para a democratização, depois de contextos autoritários vividos nos anos sessenta e setenta. Argentina, Brasil e Uruguai lideravam esse processo, embora com tempos distintos. O processo de democratização trazia a baila expectativas sociais de incorporação de direitos sociais equivalentes aos dos países centrais ao longo do crescimento do "Welfare State", embora o contexto econômico e social desses países não permitisse a concessão plena desses direitos. As propostas das agências multilaterais eram, assim, repudiadas por fortes segmentos da população. Com o fracasso dos intentos estabilizadores dos primeiros governos democráticos ascenderam ao poder governos reformistas como o de Carlos Menem na Argentina e Collor de Mello no Brasil. O primeiro conseguiu aparentemente ter êxito no seu processo de estabilização e crescimento econômico, passando nos últimos anos a implementar reformas neoliberais no campo das políticas sociais, como a recente reforma previdenciária. No caso do Brasil, o fracasso e a corrupção do Governo Collor trouxe forte confusão e indefinições nos rumos das reformas econômicas e sociais.

Em outros países, como é o caso do Chile, o regime ditatorial do general Pinochet prolongou-se até o fim dos anos oitenta. Sua distensão política foi programada e não teve a participação da sociedade civil. Com isso, foi possível implantar de cima para baixo as reformas econômicas e sociais dentro do mais puro receituário neoliberal, com aplausos dos organismos internacionais que, nessa hora, se esqueceram do contexto político em que se deram tais reformas. A reforma econômica e social chilena teve forte adesão da burguesia e das camadas assalariadas mais altas da popu-



lação. Tais reformas têm sido alvo de forte propaganda, influenciando vários países latino-americanos a adotar soluções de política social usadas no Chile, onde se destaca o famoso modelo de previdência, baseado em capitalização individual, através de fundos de pensão administrados pelo setor privado.

Outro contexto de interessante discussão é o caso mexicano, o qual até meados dos anos oitenta não tinha tido êxito em suas tímidas estratégias de ajuste. Governado há décadas por um partido hegemônico (Partido Revolucionário Institucional), de corte populista, não havia clima político para desestatizar o gigantismo do setor público e ajustar a economia, especialmente no que tange à inflação e ao déficit governamental. A crise de 1982 foi o estopim para a conscientização da necessidade de reformas mais profundas. Com a chegada de Miguel de la Madrid ao poder, foram desativadas as principais estratégias políticas do antigo regime nacionalista que há 47 anos orientava a política nacional. Os seis anos de Miguel de la Madrid (1982-88) representaram uma ruptura com o antigo regime, mas a transição foi feita através de um amplo processo de consulta e entendimento, cimentando através de vários pactos sociais. A política econômica e social desse governo e de seu sucedâneo Carlos Salinas de Gortari, baseou-se, antes de tudo, em profundas reformas no campo da liberalização e privatização da economia mexicana, com efeitos positivos sobre a estabilização e o crescimento, em que pese o alto grau de ajuda internacional no êxito do processo, (PEREZ & HERRERA, 1992). Ressalta-se que a política social mexicana também sofreu alterações no período com a expansão do assistencialismo focalizado e seletivo batizado de *Programa Nacional de Solidariedad* (PRONASOL).

Os países latino-americanos que não passaram por governos autoritários nos anos setenta, como Venezuela, Perú, Colômbia e Bolívia tiveram dificuldades para estabelecer o rumo de seus processos de ajuste econômico e social. No entanto, todos eles estão caminhando na direção de reformas neoliberais, em alguns casos com sérias conseqüências para o conjunto da população mais pobre. Só recentemente tem se estabelecido condições para o ajuste. A Venezuela faz suas reformas em meio a forte instabilidade social e política, e o Perú, mergulhado na ditadura de Fujimori (com incrível apoio popular, apesar de tudo) tem encontrado seu caminho. A Bolívia, assessorada por um importante economista do FMI (Jeffrey Sachs) fez forte ajuste econômico, o qual foi capaz de mergulhar quase 70% da população economicamente ativa do país nas raias da infor-

malidade e do desemprego. Com essa situação houve ampla freguesia para os programas focalizados e seletivos apoiados pelas instituições multilaterais e pelas organizações não-governamentais. No campo da previdência social vêm sendo discutidas reformas similares a ocorrida no Chile. A Colômbia, cujo PIB gerado pelo narcotráfico é quatro vezes maior que o oficial, tem tido forte crescimento real de sua economia com as sobras da ilegalidade e com isso mantém seu antigo sistema insipiente de proteção social sem o advento de grandes reformas.

Vale comentar ainda os exemplos dos países centro-americanos, onde também existem casos bastante diversificados. As economias mais exitosas (Costa Rica e Panamá, por exemplo), que tinham alcançado níveis aceitáveis de proteção social no padrão do *Welfare State*, aceitaram recentemente sem grandes resistências as estratégias de ajuste impostas pelas agências multilaterais, na certeza de obter grandes empréstimos para reestruturar suas economias e adaptá-las a nova ordem mundial (VALVERDE e col., 1993). As populações desses países, onde o nacionalismo é fraco e a presença estrangeira sempre muito ativa, não tem tradição de resistência. Com uma renda per capita não muito baixa e uma adequada distribuição de renda, esses países podem suportar estratégias de mercado nos programas sociais, substituindo a universalização unificada por um modelo universalizado diferenciado, o qual permite a focalização e seletividade para os mais pobres. As economias não exitosas (Guatemala, Nicarágua e El Salvador, por exemplo) continuam a viver sem políticas sociais de massa, uma vez que nunca as tiveram. O baixo nível de capacitação técnica dos quadros governamentais impede no momento que, mesmo com recursos internacionais, haja êxito em qualquer programa de reforma econômica ou social, seja ele nos moldes universalistas, seja de base focalizada ou seletiva.

Dado este quadro geral, pode-se concluir que, diferentemente do ocorrido no contexto europeu, a América Latina tem sido um grande laboratório para experiências de reforma no campo das políticas sociais. Mesmo assim, deve-se levar em conta que:

- a) As experiências de reforma social na América Latina tem sido, na maior parte dos casos, incompletas, desordenadas e pontuais. Até o momento, o Chile foi o único país que implantou reformas radicais no escopo, na natureza e nas formas de gerenciamento das políticas sociais, seguindo clara e assumidamente uma orientação neoliberal.

- b) O fracasso de algumas experiências neoliberais de política social tem levado, muitas vezes, à reformulação do posicionamento das próprias agências internacionais, como revela o recente relatório da economia mundial do Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), cujo tema foi saúde. Depois de recomendar, durante muito tempo, a privatização e a introdução dos mecanismos de mercado como forma de alcançar posições de maior eficiência nos sistemas de saúde, a problematização das experiências de utilização desses mecanismos levou o BANCO MUNDIAL (1993) a revalorizar o papel do Estado na área de saúde, reconhecendo atividades que somente ele pode assumir, administrar e regular.

Mesmo assim, as experiências continuam a ser propostas e/ou implementadas. Em nome das necessidades de estabilização e crescimento, justificam-se profundos cortes nos programas sociais da América Latina, os quais têm tido impactos negativos que as reformas ocorridas em países europeus, como a Inglaterra, não tiveram. Nesse citado país, o máximo que o governo conservador de Margareth Thatcher conseguiu foi colocar o subsídio público estatal e universal para a saúde e educação sobre o controle das comunidades locais, através de mecanismos de mercado.

No entanto, gasta-se pouco mas também gasta-se mal com políticas sociais na América Latina. Sendo assim, é necessário estruturar reformas que permitam resolver simultaneamente as necessidades de estabilização, crescimento e justiça social.

## ANÁLISE COMPARATIVA DO SETOR SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Se a crise econômica apresentou impactos no contexto da racionalização do setor saúde dos países desenvolvidos (ver formas de racionalização elencadas no Capítulo 3), no caso dos países latino-americanos, tal problema tem sido enfrentado em condições muito piores. Em primeira instância porque os sistemas de saúde na América Latina não atingiram universalização. Milhões de pessoas permanecem nas raias do século XXI sem ter acesso às condições mínimas de saúde.

Os dados que se seguem referem-se a uma análise de 17 países latino-americanos e buscam fazer comparações relacionadas a alguns indicadores como renda per capita, gastos com saúde e esperança de vida.

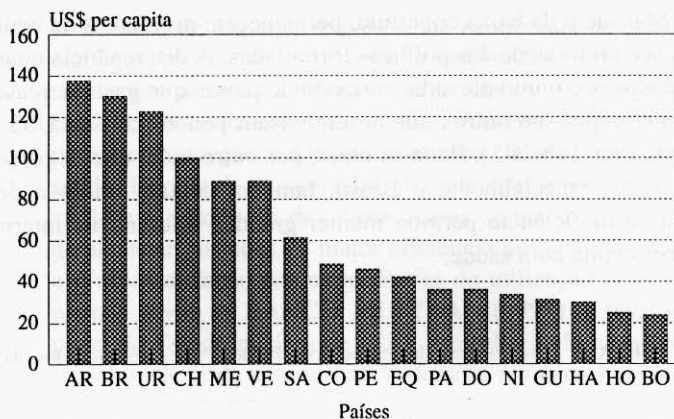
Mas além da baixa cobertura, permanecem problemas de equidade, eficiência e efetividade das políticas formuladas. A discrepância quanto ao nível de gastos é muito elevada, variando de países que gastam quase US\$ 140.00 per capita até outros que desembolsam pouco mais de US\$ 20.00 per capita (ver Tabela 3). Pode-se dizer, por outro lado, que os países que gastam mais, especialmente o Brasil, também deixam muito a desejar, dado que a ineficiência permite manter grandes diferenciais internos de gastos per capita com saúde.

**TABELA 3** - Indicadores de gastos com saúde. Países selecionados da América Latina.

País	Gasto com saúde		Ajuda Externa à saúde (% PIB)	
	Per capita (US\$)	Público (% PIB)		Privado (% PIB)
Nicarágua	35	6,7	1,9	20,0
Haiti	30	3,2	3,8	17,0
Honduras	26	2,9	1,6	15,1
Bolívia	25	2,4	1,6	20,3
Guatemala	31	2,1	1,6	11,1
R. Dominicana	37	2,1	1,6	4,1
Equador	43	2,6	1,6	7,0
Peru	49	1,9	1,3	2,7
El Salvador	61	2,6	3,3	13,9
Colômbia	50	1,8	2,2	1,6
Paraguai	37	1,2	1,6	6,4
Chile	100	3,4	1,4	0,7
Venezuela	89	2,0	1,6	0,1
Argentina	138	2,5	1,7	0,2
Uruguai	124	2,5	2,1	1,4
Brasil	132	2,8	1,4	0,4
México	89	1,6	1,6	0,9

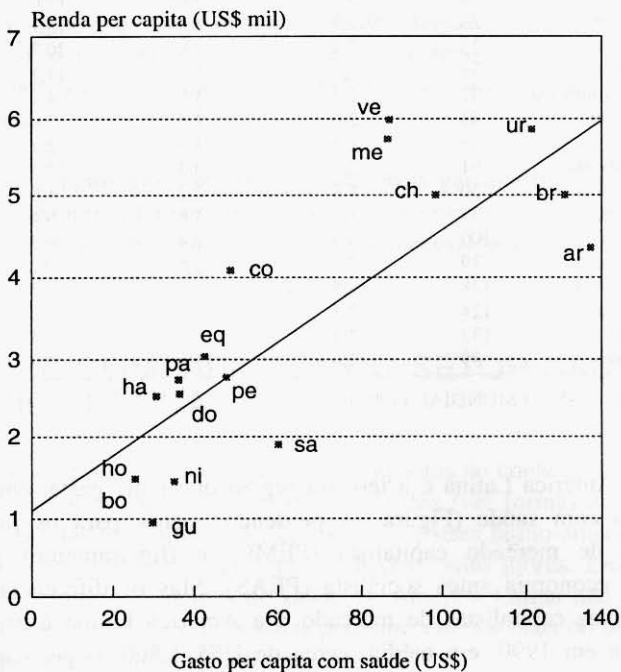
Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

A América Latina é a terceira região que mais gasta, em termos per capita com saúde (Figura 7), perdendo apenas para os países de economia de mercado capitalista (PEMC) e (ligeiramente) para os países de economia antes socialista (PEAS). Mas os diferenciais entre as economias capitalistas de mercado e a América Latina é espantoso. Gastava-se em 1990, em média, cerca de US\$ 1,860.00 per capita nos primeiros contra apenas US\$ 105.00 na região latino-americana. Isto corresponde a um diferencial de 18 vezes, o qual é muito superior ao encontrado internamente, isto é, entre o país que gasta mais e o que gasta menos com saúde na América Latina.



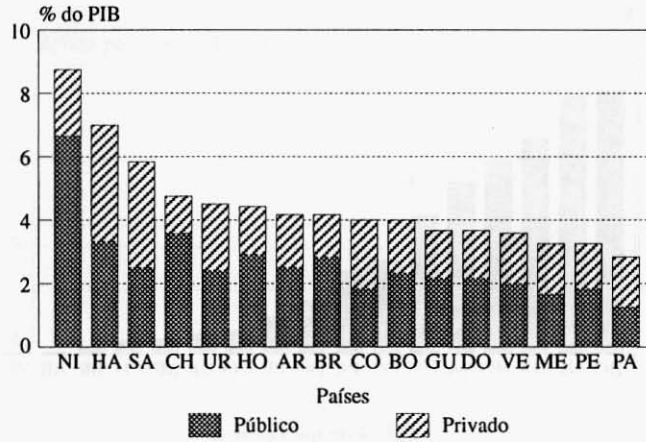
Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 7 - Gastos per capita com saúde. Países da América Latina e Caribe - 1990.



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 8 - Gastos com saúde e PNB per capita. Países da América Latina e Caribe - 1990.



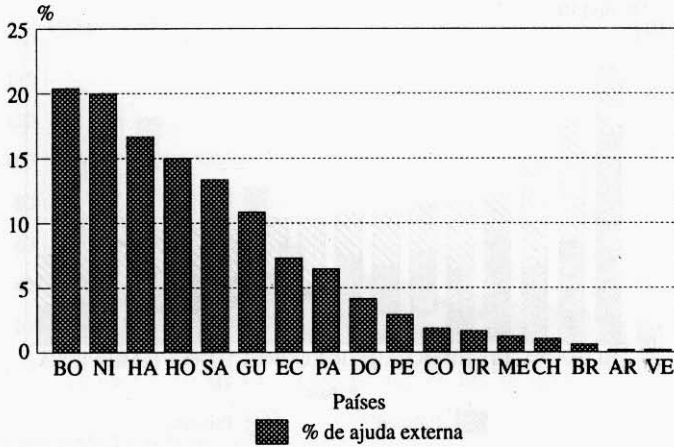
Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

**Figura 9** - Gastos com saúde como % do PIB. Países da América Latina e Caribe - 1990.

Observando-se a Figura 8 e considerando a linha ajustante como uma média de gasto com saúde ajustada à renda per capita da Região, verifica-se que países como o Brasil, Argentina, Perú, El Salvador, Nicarágua, Guatemala, Honduras e Bolívia gastam mais do que a média da Região, quando se considera o parâmetro renda per capita. Analogamente, Chile, Uruguai, Venezuela, México, Colômbia, Equador, Paraguai, República Dominicana e Haiti têm gastos inferiores a esta média ajustada pela renda per capita.

Nem sempre gastar proporcionalmente menos com saúde reflete situações mais críticas quanto alguns indicadores vitais. O Chile apresenta uma esperança de vida proporcionalmente maior à sua renda per capita, mesmo quando se considera que ele gasta proporcionalmente menos com saúde, situação que também se verifica no Equador, Paraguai e República Dominicana (Figura 11). Isto não significa necessariamente que a política de saúde nestes países seja mais bem encaminhada, dado que existem outros fatores que influenciam a esperança de vida, como condições adequadas de nutrição, saneamento, melhor distribuição de renda, e outros.

Analogamente, pode-se dizer que países como o Brasil apresentam uma esperança de vida proporcionalmente mais baixa em relação à sua



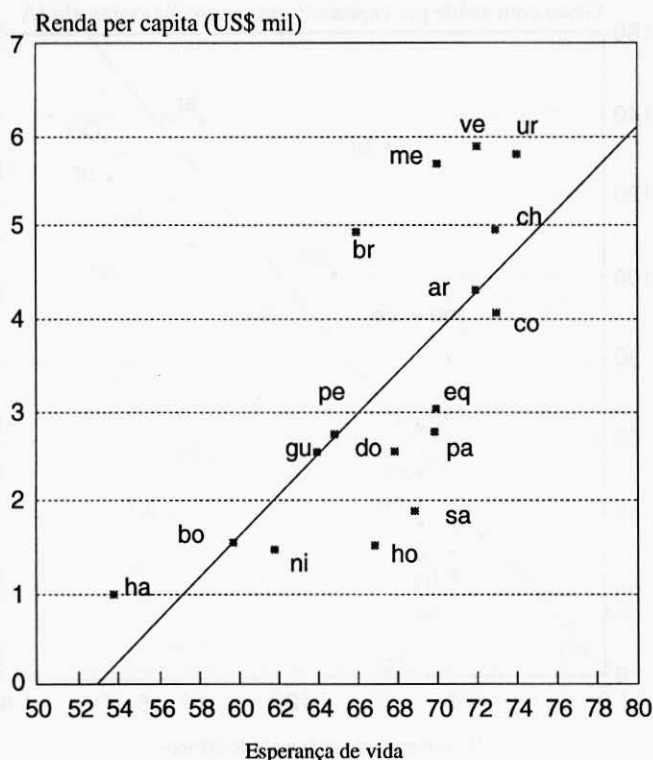
Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 10 - Ajuda externa como % dos gastos com saúde: América Latina - 1990.

renda per capita, mesmo gastando proporcionalmente mais com saúde. É verdade que o Brasil tem reconhecidamente gasto mal com políticas de saúde, mas outros fatores, como a má distribuição de renda e as carências ainda verificadas no campo do saneamento e da nutrição podem explicar esses diferenciais.

Como países que gastam proporcionalmente menos com saúde e apresentam uma esperança de vida proporcionalmente menor do que a média temos os casos do México, Venezuela, Uruguai e Colômbia. Como países que proporcionalmente gastam mais com saúde e têm esperança de vida acima da média ajustada, tem-se casos extremos como os da Argentina e da Nicarágua.

As Figuras 9 e 14 permitem conhecer a distribuição do gasto em saúde pelos setores público e privado no contexto de alguns países latino-americanos. Observa-se que a participação do setor privado é maior em países como o Haiti, El Salvador, Colômbia, México e Paraguai. Em outras palavras, a participação do setor privado tende a ser maior em países que têm fortes contingentes de populações pobres e não adotaram nos últimos anos, ainda que de forma retórica, sistemas universais de atenção a saúde. A menor participação do setor privado é encontrada em países como Nicarágua e Chile. Mesmo tendo adotado



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

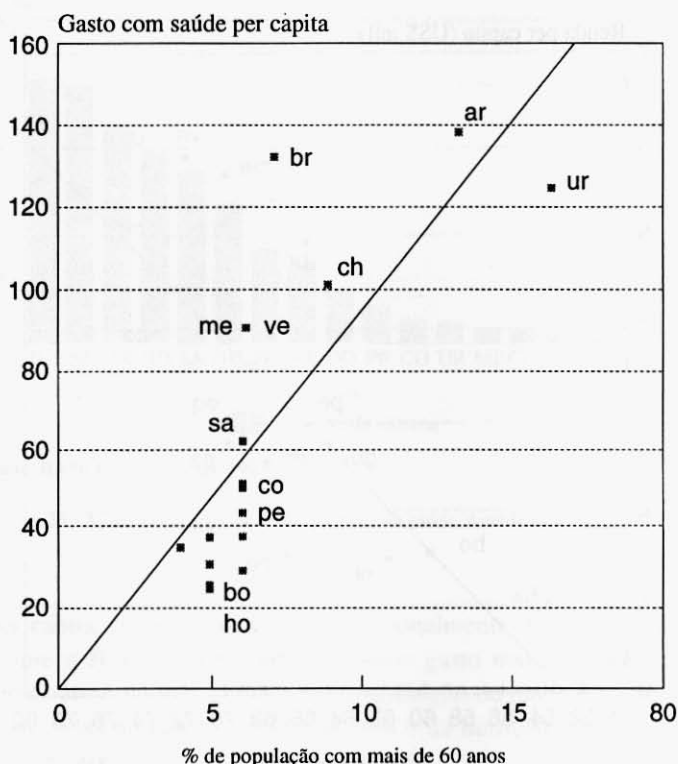
**Figura 11** - Relação entre esperança de vida e renda per capita - América Latina - 1990.

regimes políticos antagônicos, esses dois países tiveram preocupações em manter assistida toda a sua população ainda que por estratégias diferentes de cobertura.

Em termos de gasto de saúde como proporção do PIB, as Figuras 9 e 14 permitem mostrar que países mais pobres como Nicarágua, Haiti e El Salvador apresentam as maiores participações (entre 6% e 9% do PIB), enquanto que México, Perú e Paraguai apresentam as menores (menos de 3,5%). Todos os outros 11 países analisados têm seus gastos situados entre 3,5% e 4,5%.

Países que gastam mais com saúde, no entanto, tem boa parte de seus gastos específicos do setor derivados de ajuda externa (Figura



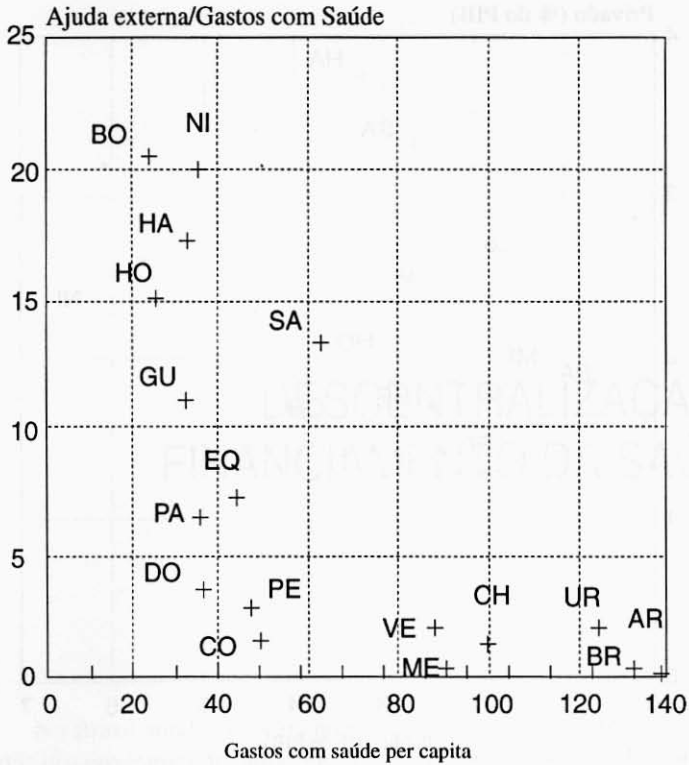


Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 12 - % de terceira idade x gasto per capita com saúde - América Latina - 1990.

ras 10 e 13. Assim, Nicarágua, Haiti e El Salvador receberam de ajuda externa para a saúde valores situados entre 13% a 20% de seu gasto total com saúde. O país que mais recebeu ajuda externa foi Bolívia (mais de 20%, provavelmente em função do forte impacto social de seu ajuste econômico). Pode-se dizer, no entanto, que a participação externa dos gastos com saúde é inversamente proporcional a magnitude da renda per capita. Assim, tiveram ajuda externa inferior a 1% do gasto com saúde países como México, Chile, Brasil, Argentina e Venezuela.

Embora o envelhecimento da população seja um fator importante na dinâmica do gasto com saúde, pode-se dizer, pela Figura 12, que países

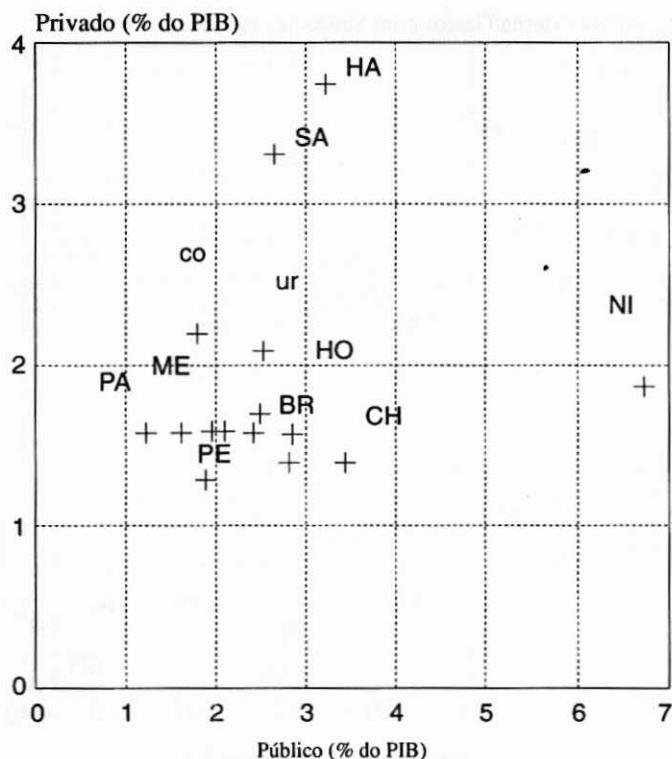


Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

**Figura 13** - Ajuda externa / gastos com saúde versus gastos com saúde per capita.

como Brasil, Argentina, Chile, Mexico e Venezuela apresentam um gasto com saúde proporcionalmente superior à proporção média de pessoas de terceira idade que detêm. No caso oposto encontra-se o Uruguai, onde a proporção de pessoas de terceira idade é maior, em termos relativos, que a magnitude de seus gastos com saúde.

Nos anos noventa, muitos países latino-americanos, a partir de suas estratégias de ajuste, conseguiram sair da crise econômica e apresentam gastos mais elevados com saúde. Tal situação tem se verificado nos últimos dois anos em países como Chile, Argentina e México. O Brasil apresentou no início dos anos noventa forte crise econômica. Os intentos de controlar o orçamento e reduzir o gasto público fizeram com que os



Fonte: BANCO MUNDIAL (1993).

Figura 14 - Gastos públicos com saúde versus privado. Países da América Latina - 1990.

gastos com saúde entre 1989 e 1992 passassem de US\$ 11,3 para US\$ 6,5 milhões.

# 5

## 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. Procurar-se-á discutir teoricamente estes conceitos para depois fazer alguns paralelos com as propostas vigentes no Brasil.

### 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<sup>1</sup>.

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 defendido o caráter de fim, por terem abstraído o caráter instrumental da descentralização frente a seus próprios objetivos. Para os movimentos municipalistas, 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 descentrali-

---

<sup>1</sup> 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 à distribuição de competências e recursos entre esferas de Governo) havia um discurso descentralizador no corpo do decreto lei 200, o que mostra mais uma vez os diversos usos que o termo descentralização pode assumir.

zação 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 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 revertem 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<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> 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.

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 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 à 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 antidemocrático, exigindo a intervenção dos níveis centrais<sup>3</sup>.

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

---

<sup>3</sup> 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.

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:

- 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.
- 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 primeiro o processo podem servir de exemplo ou espelho para as demais, tendo em vista replicar os acertos e evitar os erros anteriormente cometidos.
- 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.
- 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, 1991a).
- 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.

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 *botton-up*, pode-se dizer que existe praticamente unanimidade entre os *policy makers* em saúde, que os serviços básicos ou de primeiro nível<sup>4</sup> 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 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 epidemi-

---

<sup>4</sup> 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.

ológica, 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 a 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, pois 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 à 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 pulve-

rizar 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 custos fixos mais elevados, os quais são inerentes à 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 reverte-se 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 vêm sendo utilizadas crescentemente como estratégias de *cost containment*, sem prejuízo da qualidade.

Quanto às economias de aglomeração, vale dizer, em centros urbanos de grande porte elas têm 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*, em Washington, D.C., 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<sup>5</sup>. 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. No entanto, tal passagem de responsabilidade pode se financiada 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. Logicamente que este tipo de descentralização permite maior flexibilidade no uso dos recur-

---

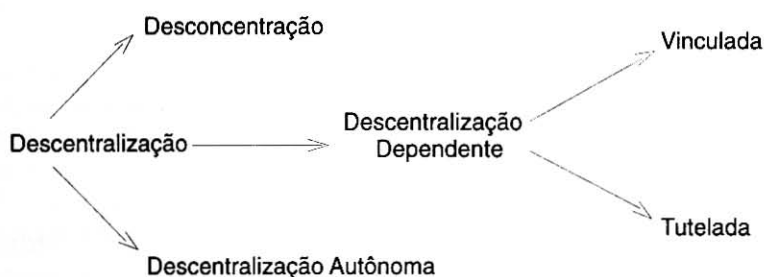
<sup>5</sup> Análise taxonômica sobre transferências e sua articulação com a questão do federalismo pode ser encontrada no artigo de AFFONSO, (1992). Não se pretende nesse texto fazer uma análise relacionada ao tipo de transferência, mas sim avaliar as variações no gasto social derivadas de distintas formas de desconcentração ou descentralização.

sos, 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<sup>6</sup>. Sendo assim, sob o ponto de vista do financiamento, a hierarquia das formas de descentralização pode obedecer ao seguinte diagrama:

Diagrama: Hierarquia das formas de descentralização das políticas sociais



<sup>6</sup> A descentralização de recursos fiscais, através de transferências vinculadas, tem sido um dos temas mais estudados em finanças públicas. MUSGRAVE & MUSGRAVE (1973) ao estudarem o assunto, classificaram 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. 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.

No entanto, 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.

## 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 deslocamento do centro, veremos que os dois termos têm 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<sup>7</sup>.

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 têm 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 re-

<sup>7</sup> 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.

cursos financeiros, os gerenciais e os políticos, necessários para fazer funcionar adequadamente os estabelecimentos de saúde, visando a atender às 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.

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 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e seus instrumentos de controle, dentre os quais a Programação e Orçamentação 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 Sistema Unificado de Saúde (SUS) também manteve em sua origem um elevado grau de desconcentração, mas um baixo grau de descentralização. Mas o advento da Norma Operacional Básica do SUS - 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.





## 6 FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

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 OSS<sup>1</sup>. A Tabela 4 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 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 compõem o FPAS, cabe analisar suas principais receitas:

---

<sup>1</sup> O OSS foi criado em 1988 como fonte de financiamento das ações no campo da previdência social, assistência social, saúde e amparo ao trabalhador.

**Tabela 4** - Evolução dos gastos federais com saúde por fonte de financiamento, 1980-1983 (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*	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**	21,1	-	78,9	-	-
1991	7,85***	-	-	-	-	-
1992	6,57***	-	-	-	-	-
1993	8,31***	-	-	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP.

(\*) Os recursos do Tesouro passam a incorporar os do FINSOCIAL.

(\*\*) O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) é extinto.

(\*\*\*) Os dados sobre a origem dos recursos não são conhecidos, dado que o OSS passa a funcionar como caixa único.

- Contribuição compulsória dos empregadores (10% sobranômina ou folha de salários da empresa, sem teto para arrecadação).
- 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)<sup>2</sup>.
- Contribuição dos chamados contribuintes em dobro, que varia de 13,5% até 20% do salário de contribuição declarado pelo indivíduo. Podem 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.

<sup>2</sup> O salário mínimo situava-se em torno de US\$ 70.00 no Brasil, por volta de agosto de 1994.

- Outras contribuições especiais incidentes sobre espetáculos desportivos, venda de combustíveis e lubrificantes no varejo, além de outros.

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 Fundo de Investimento Social - FIN-SOCIAL) 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 4, que ao longo dos anos oitenta ocorre um ligeiro *trade off* entre os recursos do Tesouro e os do 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<sup>3</sup>. A Tabela 5 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 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

---

<sup>3</sup> 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 5** - 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	13.979,8	80.37	99.26
1990	9.451,6	1.621,1	1.424,0	12.496,7	65.86	87.13
1991*	7.847,0	1.383,5	1.089,9	10.320,4	53.67	75.38
1992*	6.571,2	1.342,7	1.165,9	9.079,8	44.11	65.11
1993**	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)

\* 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;

\*\* Estimativas para Estados e Municípios baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos destas esferas de governo.

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 5 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 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Coordenadoria da Saúde e Previdência (IPEA/CSP) e Instituto de Economia do Setor Público e Fundação do Desenvolvimento Administrativo (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 orçamentária 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 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.

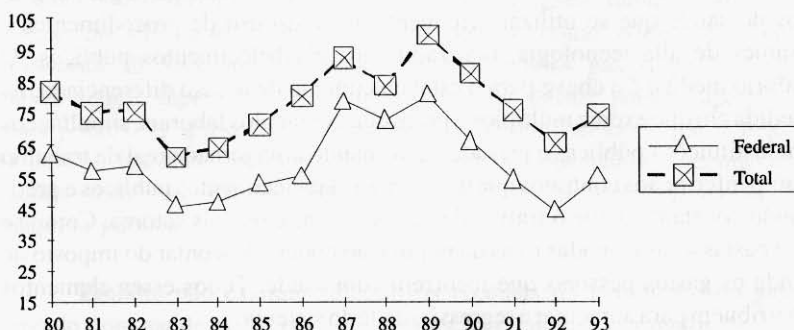


Figura 16 - Gastos públicos per capita com saúde, 1980-1993 (Em US\$ de 1992)

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 unânime, 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 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 equitativa - 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 de 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 6:

**Tabela 6** - 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

Fonte: Gastos Públicos: Dados de Institutos Oficiais do Governo Federal.  
Gastos Privados: Dados de Associações Patronais de Estabelecimentos de Saúde e do IBGE



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 não tem acesso adequado aos sistemas públicos de saúde.

# 7

## 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 Instituto Nacional da Previdência Social (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 Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural

(FUNRURAL)<sup>1</sup>, e a extensão do atendimento de urgência para indigentes nas áreas urbanas, através do Programa de Pronto Ação (PPA) - ambos financiados pelo INPS a partir de 1974 - foram os novos passos dados pelo Estado no sentido de estender a cobertura dos serviços de saúde aos segmentos populacionais não segurados da Previdência Social<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>. 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 Pan-Americana da Saúde (OPAS), como solução para resolver os graves problemas sócio-sanitários a que estava exposta a maioria da população dos países do terceiro mundo<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Uma análise detalhada desses programas, sob a ótica da assistência médica, pode ser observada em BRAGA & GÓES DE PAULA (1981).

<sup>3</sup> 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 AROUCA (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 à saúde no Brasil.

<sup>4</sup> Muitos desses princípios foram expostos e discutidos na Conferência sobre Atenção Primária a Saúde, promovida pela OMS, realizada em Alma Ata, 1978, e subscrita por todos os Ministros da Saúde presentes. Desta conferência emergiu a meta "Saúde para Todos no Ano 2000", da OMS.

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

## 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"<sup>5</sup>. Simultaneamente, havia a disposição de instalar e manter junto

---

<sup>5</sup> 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.

a essas 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 nova de organização dos serviços 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 clientela 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.
- 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 coparticipação 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<sup>6</sup>.

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 trans-

---

<sup>6</sup> Sobre este ponto ver SEIXAS (1977). José Carlos Seixas era, nessa época, Secretário Geral do Ministério da Saúde.

missíveis, 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: os recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)<sup>7</sup> seriam responsáveis pela maior parcela do investimento (cerca de 30%). O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)<sup>8</sup> entravam cada um com 25% dos recursos e o Programa de Integração Nacional (PIN)<sup>9</sup> 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 INPS, o 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, localiza-

<sup>7</sup> 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 & GOES DE PAULA (1981).

<sup>8</sup> O 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.

<sup>9</sup> 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 Programa de Desenvolvimento da Terra (PROTERRA), criado em 1974) para aplicações em atividades de interiorização do desenvolvimento. Para maiores esclarecimentos, ver REZENDE (1974).

dos 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<sup>10</sup>.

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 1.708 para 3.064, 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 7 ilustra bem essa situação.

**Tabela 7** - 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: Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 1976 e 1980.

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

<sup>10</sup> Conforme BRAGA & GOES DE PAULA (1981).

e de repasse de recursos financeiros dos níveis centrais para os níveis locais, nos anos oitenta.

Cabê 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.

## O PREVSAÚDE: 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. Naquela ocasião ficou "sacramentado", diante do próprio diretor geral da OMS, o compromisso do Governo Brasileiro com a implementação de um projeto intitulado Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREVSAÚDE). 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 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 PREVSAÚDE, 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<sup>11</sup>, 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 à 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 PREVSAÚDE, 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 PREVSAÚDE 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 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

---

<sup>11</sup> 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.

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 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 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 PREVSAÚDE se encontrava mofando nas gavetas incompetentes do Ministério do Planejamento" (GARRAFA, 1983). 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.

## **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 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 iniciava-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 implan-

tadas 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 (FLEURY, 1991).

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<sup>12</sup>. 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 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.

---

<sup>12</sup> 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.

Existem algumas diferenças significativas que tornam o processo de implantação das AIS, ainda na Velha República, distinto de sua configuração na Nova República<sup>13</sup>:

- 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 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 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 in-

<sup>13</sup> Sobre este ponto ver BERTONE e col. (1989).

tegração 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). Essas 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, entre outros.).

- 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<sup>14</sup>. 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, havia 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"<sup>15</sup>.

## O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS)

As AIS tiveram continuidade, desde 1986, com a criação do SUDS, que funcionou como o principal instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde, entre 1987 e 1989<sup>16</sup>. 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 as três esferas de Governo. A União<sup>17</sup> ficaria encarregada de

<sup>14</sup> Ver Relatório de Atividades do INAMPS de 1985 (dados inéditos).

<sup>15</sup> 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, secção 1, pag. 11.505.

<sup>16</sup> Em que pese o fato do 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.

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 Estados<sup>18</sup> caberia a execução de algumas ações e serviços e a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial. Aos Municípios<sup>19</sup> 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.

---

<sup>17</sup> Caberia à União a gestão, coordenação, controle e avaliação do SNS 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 SNS, 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).

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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.



Outra determinação do SUDS foi o aperfeiçoamento de uma estrutura de orçamentação vinculada ao acompanhamento e a avaliação dos programas de saúde desenvolvidos pelos Estados, consubstanciada no instrumento chamado 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<sup>20</sup>. 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<sup>21</sup>. Uma das preocupações básicas da proposta consistia em montar uma estrutura de assessoramento, controle e avaliação ao processo de descentralização nos Estados<sup>22</sup>, constituindo para tal, um grupo de trabalho para propor as medidas necessárias nesse campo<sup>23</sup>.

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,

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Sobre este ponto ver MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (1989).

<sup>22</sup> Ver Resolução CIPLAN No. 11/87, de 6 de outubro de 1987. Posteriormente foram feitas 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.

<sup>23</sup> Ver Portaria MPAS No. 4221, de 21 de abril de 1988.

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 quais os estabelecimentos pertencentes ao INAMPS seriam repassados para as redes estaduais e municipais de saúde<sup>24</sup>.

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 1.000% 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<sup>25</sup>.

Pode-se dizer que a administração Serrão, em que pese o advento de alguns avanços na regulação do SUDS, retomou algumas formas que permitiam repassar os recursos aos Estados de forma clientelista. Não é

<sup>24</sup> Ver as Portarias do INAMPS de No. 4190, de 10/03/88 e No. 4203, de 06/04/88.

<sup>25</sup> Ver, sobre este ponto, a Portaria No. 4403 de 18/01/89 e o termo aditivo No. 01/89 aos convênios SUDS.

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 trabalho.

## 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).

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 8 mostra 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

**TABELA 8** - 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
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.*	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
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Extraída de MEDICI (1991a), p. 5-30.

(\*) 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).

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.

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 supletiva<sup>26</sup>, que crescia em larga escala, dada a necessidade das empresas em buscar soluções de melhor qualidade da assistência médica aos seus funcionários.

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 freqüência 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 de outras práticas como "cobrança por fora" pelos serviços<sup>27</sup>. Todos esses fa-

<sup>26</sup> 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 (1990a).

<sup>27</sup> Dados do Suplemento Especial sobre Acesso aos Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 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 & CAMPOS (1992).

tores 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 o 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.

### *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 repasses? A Tabela 9 mostra a evolução dos recursos transferidos aos Estados e Municípios, a título das AIS, por Região e Unidade da Federação, entre 1983 e 1985<sup>28</sup>. A primeira questão a destacar é o crescimento absoluto dos recursos destinados as AIS ao longo destes 3 anos (ver Tabela 9). 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<sup>29</sup>.

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 ci-

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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.

**TABELA 9** - Valores repassados as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através das AIS - Brasil e Unidades da Federação: 1983-1985 (em US\$ milhões de dez/1995).

Regiões/UF's	1983	1984	1985
<b>Norte</b>	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%)
<b>Nordeste</b>	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%)
<b>Sudeste</b>	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%)
<b>Sul</b>	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%)
<b>Centro-Oeste</b>	- -	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%)
<b>Brasil</b>	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.

dades, 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 e permitiu uma efetiva expansão de cobertura dos serviços de saúde, em moldes anteriormente nunca observados<sup>30</sup>.

Os dados da Tabela 9 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 do Maranhão receber recursos muito maiores do que a representatividade de sua população no contexto nacional<sup>31</sup>.

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 detinha.

Uma análise dos recursos em termos per capita (Tabela 10) 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 faixa de US\$ 2.78 e US\$ 3.96 por habitante ano, respectivamente. Uma análise dos dados transferidos por Estado nos permite observar que:

- Considerando-se a população total, os Estados que receberam recursos *acima da média* foram: Alagoas, Amazonas, Ma-

<sup>30</sup> Observando retrospectivamente o movimento de expansão dos serviços de saúde no Brasil dos anos oitenta é possível encarar com otimismo o esforço estatal que foi feito ao longo da década., especialmente no âmbito da ambulatorização dos serviços de saúde. Entre 1980 e 1990, o número de estabelecimentos públicos de saúde sem internação passou de 8.828 para 21.824, representando um crescimento médio geométrico anual de 9,5%. Tal crescimento ocorreu de forma descentralizada, como demonstram alguns elementos isolados. Em Rondônia, por exemplo, o crescimento foi de 34 para 502 estabelecimentos. Crescimentos dessa ordem podem ser observados em quase todas as Unidades Federadas das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

<sup>31</sup> Ao receber 5,6% dos recursos das AIS em 1985, o Maranhão foi fortemente contemplado, dado que este mesmo Estado absorvia somente 3,3% da população brasileira em 1985.

**Tabela 10** - Recursos per capita distribuídos aos Estados e Municípios através das AIS no ano de 1985 (Em US\$ dez/1990).

Regiões/UF's	População Total	População Coberta	Gasto Per capita (1)	Gasto Per capita (2)
<b>Norte</b>	6.850.308	3.288.777	2.63	5.47
AM	1.698.791	1.096.000	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	717.346	8.64	8.64
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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
<b>Brasil</b>	126.448.970.	88.957.501	2.78	3.96

(1) gasto per capita sobre a população total;

(2) gasto per capita sobre a população coberta.

ranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Acre e Rondônia. Os que 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.

- 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.
- Os Estados de Roraima e Amapá não receberam recursos das AIS no período 1983-1985.
- 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 11, comparando-os com a população de cada Estado.

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).

**Tabela 11** - Transferências totais aos Estados e Municípios durante as AIS, 1983-1985 (em US\$ milhões).

Estados	Recursos	% Recursos	% População
<b>Norte</b>	<b>24,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5,8</b>
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
<b>Nordeste</b>	<b>129,9</b>	<b>25,3</b>	<b>28,7</b>
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
<b>Sudeste</b>	<b>274,7</b>	<b>53,5</b>	<b>43,6</b>
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
<b>Sul</b>	<b>31,8</b>	<b>6,2</b>	<b>15,2</b>
PR	13,8	2,7	6,0
SC	5,0	1,0	3,0
RS	13,0	2,5	6,2
<b>Centro-Oeste</b>	<b>51,9</b>	<b>10,2</b>	<b>6,7</b>
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
<b>Brasil</b>	<b>513,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários obtidos do Relatório do INAMPS de 1985.

\* Inclui o Estado de Tocantins.

Cada um dos casuismos 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 Presi-

dente 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 cidades 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 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. Essas 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.

### *O SUDS e a Busca de Maior Equidade Regional nos Repasses*

A busca de maior equidade na distribuição de recursos do SUDS 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 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 ex-

istentes (federais, estaduais e municipais), evitando duplicações e promovendo a expansão da cobertura.

O período marcado pelo SUDS pode ser dividido em dois momentos: Os anos 1986-1987<sup>32</sup>, 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:

- a) ênfase no papel dos Estados na coordenação do processo de municipalização dos serviços de saúde. Os convênios passaram, dessa forma, a ser 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<sup>33</sup>. Por outro lado, o SUDS beneficiou-se das eleições de novos governadores em 1986, onde o PMDB, partido do Governo, teve expressiva maioria, possibilitando maior entrosamento político entre o INAMPS e os Estados para a execução do programa;
- b) 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 12 a 15 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

<sup>32</sup> Ver nota de rodapé nº 29.

<sup>33</sup> 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.

**Tabela 12** - 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
<b>Norte</b>	<b>76,0</b>	<b>217,0</b>	<b>137,9</b>	<b>308,2</b>
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
<b>Nordeste</b>	<b>394,2</b>	<b>844,4</b>	<b>1.133,7</b>	<b>696,7</b>
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
<b>Sudeste</b>	<b>143,9</b>	<b>790,4</b>	<b>2.459,5</b>	<b>1.484,3</b>
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
<b>Sul</b>	<b>67,0</b>	<b>301,2</b>	<b>634,5</b>	<b>403,7</b>
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
<b>Centro-Oeste</b>	<b>84,9</b>	<b>216,5</b>	<b>351,4</b>	<b>280,3</b>
MT	26,3	30,9	25,1	21,3
MS	19,8	36,2	23,0	27,7
GO*	28,6	90,9	220,1	142,8
DF	10,2	58,5	83,2	88,5
<b>Brasil</b>	<b>766,0</b>	<b>2.369,5</b>	<b>4.720,6</b>	<b>3.173,2</b>

Fonte: Dados primários obtidos do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

\* Inclui o Estado do Tocantins.

maior grau de desenvolvimento - Sudeste e Sul, receberam recursos de forma proporcionalmente menor do que suas respectivas populações.

**Tabela 13** - Distribuição percentual dos recursos federais transferidos para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Estados	1986	1987	1988	1989
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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*	3,7	3,8	4,7	4,5
DF	1,4	2,5	1,7	2,8
<b>Brasil</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados primários obtidos do CONASEMS.

\* Inclui o Estado do Tocantins.

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

**Tabela 14** - 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
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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	1.758,6	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
<b>Sudeste</b>	-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
<b>Sul</b>	171,3	349,6	110,7	-36,4
PR	80,4	270,7	80,9	-20,0
SC	1.221,1	449,7	58,1	-58,7
RS	148,4	454,2	186,1	-33,6
<b>Centro-Oeste</b>	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*	354,0	217,8	142,1	-35,1
DF	-52,3	473,5	42,2	6,4
<b>Brasil</b>	117,5	209,3	99,2	-32,3

Fonte: Dados primários obtidos do CONASEMS.

\* Inclui o Estado do Tocantins.

foram Bahia, Ceará e Alagoas. O primeiro, com as eleições de 1986, passou a ser governado pelo primeiro Ministro da Previdência Social da Nova

**Tabela 15** - Recursos federais per capita transferidos para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, 1986-1989 (US\$ de 1990).

Estados	1986	1987	1988	1989
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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*	6.47	20.04	47.64	30.25
DF	7.34	40.90	56.60	58.60
<b>Brasil</b>	5.76	17.49	34.19	22.55

Fonte: Dados primários obtidos do CONASEMS.

\* Inclui o Estado do Tocantins.

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%<sup>34</sup>. Portanto, uma análise global do movimento do SUDS 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 10 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:

- a) 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;
- b) 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 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 1986 (US\$9.12) para o primeiro em 1989 (US\$32.79);

<sup>34</sup> 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.

- c) 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.
- d) 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<sup>35</sup>. Neste último ano, a maior transferência per capita (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 propiciaram 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 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.

---

<sup>35</sup> 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.



# 8

## 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 do 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 INAMPS<sup>1</sup> para o Ministério da Saúde e, posteriormente, à própria extinção do INAMPS<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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 Deputado Alcenir Guerra, também do Paraná.

<sup>2</sup> 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

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 prestação dos serviços, restando ao nível federal a definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais<sup>3</sup>.

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 às redes existentes em alguns programas do Ministério da Saúde, como o da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Superintendência de Campanhas Sanitárias (SU-CAM), bem como no que diz respeito aos hospitais especializados do Ministério (hospitais psiquiátricos, câncer, dermatologia, e outros).

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 relacionaos a esse ponto, pouco se avançou no que diz respeito a criação de critérios consensuais e efetivos de financiamento. Esse ponto merece comentários mais específicos.

## A REGIONALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS

A busca por um consenso no que diz respeito às formas de financiamento do SUS na Constituição de 1988 faz parte de um longo e tortuo-

---

Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). No momento estava acumulando a direção do INAMPS e a SAS/MS o ex-deputado paulista Carlos Eduardo Mosconi, enquanto que o Ministro da Saúde era o carioca Jamil Haddad.

<sup>3</sup> Esta tendência à 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 CONASSEMS nas negociações do processo de descentralização em saúde.

so 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:

- a) 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 salários e cai mais que proporcionalmente ao produto nos momentos de crise, quando os salários e o nível de emprego passam a ser as ferrentas que os empresários utilizam para ajustar sua contabilidade de custos<sup>4</sup>;
- b) 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.
- c) A contribuição sobre a 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.
- d) 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 Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS):

---

<sup>4</sup> Os atuais diagnósticos relacionados às 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, dados os altos custos de demissão, a base folha de salários é a mais estável de todas. Ver sobre este ponto BELTRÃO e col. (1993).

- Necessidade de diversificar as fontes de financiamento desses programas, incorporando bases aparentemente mais estáveis e "anti-cíclicas", como o lucro e o faturamento<sup>5</sup>. 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 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<sup>6</sup>.
- 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<sup>7</sup>, mas era rejeitada por parlamentares e políticos que defendiam o conceito de seguridade social<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Ver, sobre esse ponto, MEDICI e col. (1987).

<sup>8</sup> 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.

- 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:

- A Contribuição Social sobre Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos, que representa as antigas bases de financiamento do FPAS.
- 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 contextualizada judicialmente pelos empresários e teve fortes problemas de sonegação e não recolhimento entre 1990 e 1993.
- A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas.
- 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 OSS, embora não estabeleça critérios de partilha entre os recursos que compõe esse Orçamento<sup>9</sup>. As disposições transitórias da Constituição de 1988 (artigo 55) dizem que enquan-

---

<sup>9</sup> 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.



to 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 compõem 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 têm 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 OSS. Em 1992, por exemplo, houve um acordo de lideranças no Congresso que estabeleceu uma especialização de fontes. Os recursos da contribuição sobre o lucro líquido seriam destinados para a assistência social e os do FINSOCIAL para o financiamento da saúde.

O questionamento judicial do FINSOCIAL<sup>10</sup>, 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

---

<sup>10</sup> 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 bitributação, dado que o PIS/PASEP tinha a mesma base de incidência.

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 têm 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 serão distribuídos segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. Este ponto, no 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 têm sido elaborados, sem que se cheguem a formas operacionais precisas para resolver como transferir recursos por critérios diferentes que o critério populacional<sup>11</sup>. Na ausência de uma regulamentação do artigo 35, foram elaborados crit-

<sup>11</sup> Ver sobre este ponto VIANNA e col. (1990).

érios 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:

- a) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades da administração direta e indireta;
- b) investimentos previstos em lei orçamentária de iniciativa do poder legislativo, aprovados pelo Congresso Nacional;
- c) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- d) 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 contrapartida 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.

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:

- 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.
- 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.
- 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:

---

<sup>12</sup> O Sistema 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 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 inexistência 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.

- a) AIH com ressarcimento feito diretamente à unidade de saúde pública ou privada, depois da prestação efetiva de serviços<sup>12</sup>. Cada Estado ou Município teria um teto estabelecido de AIH's dado pela proporção de 0,1 internação por habitante ano<sup>13</sup>, independentemente do valor das mesmas.
- b) 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 *stricto sensu* (mestrado e doutorado), ficava estabelecido adicional de 50% sobre a receita de internações;
- c) 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<sup>14</sup>.
- d) Recursos para Investimento como o Programa de Investimentos em Saúde (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 rec-

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Segundo a Norma Operacional 001/91 do INAMPS, de janeiro de 1991, "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".

quipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes, sendo repassados para os Estados de forma inversamente proporcional ao valor da UCA.

- e) 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 Operacional 001 do INAMPS e passassem a ser *Municípios Municipalizados*<sup>15</sup>. Estes recursos seriam repassados em duodécimos aos Municípios até o quinto 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.

### *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<sup>16</sup>. Caso o número observado de AIH's fosse inferior ao fixado mensalmente, a diferença em favor do Estado poderia ser usada no mês

<sup>15</sup> 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) constituísse uma comissão de elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para sua implantação.

<sup>16</sup> 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.

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<sup>17</sup>.

A Portaria Nº 19 não respeitou o critério de 0,1 internação por habitante em todos os Estados, acarretando 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, 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 16 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<sup>18</sup>, 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 17 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 17 mostra que a Portaria 32 elevou (talvez artificialmente) a demanda potencial de internações no Norte e no

---

<sup>17</sup> 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 renunciar adicionalmente estes centros sempre que necessário.

<sup>18</sup> Naquela época havia forte aproximação do Governador do Rio de Janeiro Leonel Brizolla ao Presidente Fernando Collor de Mello, promovida particularmente pelo Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, Pedro Valente, que era amigo particular do Ministro Alceni Guerra.

**Tabela 16** - Distribuição 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. (%)
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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
<b>Brasil</b>	1.230.027	0,093	1.296.636	5,4

Fonte: MEDICI (1991c).

Nordeste, reduzindo drasticamente a das demais macro-regiões do país, especialmente no Sudeste e no Sul. Sabe-se que estas regiões detêm algu-



**Tabela 17 - 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
<b>Norte*</b>	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	-	-	-	-	-
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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**	44,9	45,3	62,0	94,0	46,3
DF	7,1	6,7	4,4	4,5	15,3
<b>Brasil</b>	1.049,0	941,4	1.099,8	1.585,5	1.298,6

Fonte: Dados primários obtidos do Relatório do INAMPS, 1985.

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

\*\* Inclui o Estado de Tocantins.

mas características relacionadas à natureza do consumo de serviços hospitalares, cabendo destacar:

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

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

- a) A distribuição do número de AIH's de forma proporcional à 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, entre outros;
- b) 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 privados<sup>19</sup> - iria beneficiar os hospitais públicos, na medida em que os recursos da AIH se somariam

---

<sup>19</sup> 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

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.

- c) 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 à unidade hospitalar (pública ou privada) pelo governo federal, através de depósitos que seriam feitos na conta 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 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 18 e 19. 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 Nor-

---

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.

deste - aumenta sensivelmente no período, acontecendo o contrário com as Regiões de maior desenvolvimento como o Sul e o Sudeste<sup>20</sup>. 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 têm 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<sup>21</sup>. 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.

Com a posse do Ministro Adib Jatene, ocorreram intentos no sentido de recuperar o valor real da AIH, fato que passou a ocorrer no segundo semestre de 1992, sendo mantido no primeiro semestre de 1993<sup>22</sup>. No entanto, com a saída de Adib Jatene e a posse de Jamil Haddad, fatores conjunturais fizeram com que os recursos destinados à saúde passassem a so-

---

<sup>20</sup> Vale destacar, no entanto, que quase 50% dos recursos gastos com AIH se direcionavam para a Região Sudeste, mesmo nos anos mais recentes.

<sup>21</sup> 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 avaliação da série histórica do valor da AIH pode ser encontrada no capítulo de política social na publicação mensal "Indicadores IESP".

<sup>22</sup> 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 FAT. As condições para o financiamento da saúde entre 1991 e 1992 eram adversas, seja em função da crise econômica, que reduz 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.

**Tabela 18** - Evolução dos gastos federais com custeio hospitalar (AIH) por Unidade da Federação, Brasil: 1986-1991 (Em US\$ milhões de dez/90).

Estados	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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
<b>Brasil</b>	1.035,8	1.735,2	2.201,1	3.218,8	3.333,7	4.007,9

Fonte: OLIVEIRA Jr., (1992).

frer fortes restrições, acarretando dificuldades crescentes no relacionamento entre a União, os Governos Estaduais e os prestadores públicos e privados de serviços.

**Tabela 19** - Distribuição percentual dos gastos federais com custeio hospitalar (AIH) por Unidade da Federação, Brasil: 1986-1991.

Estados	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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
<b>Brasil</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: OLIVEIRA Jr. (1992).

A crise financeira da Seguridade Social nos meses de maio/junho de 1993, que será detalhada mais adiante, fez com que fossem paralizados cerca 4500 leitos hospitalares, reduzindo em 80% o atendimento

hospitalar e em 60% o atendimento ambulatorial. Embora tenham sido obtidos empréstimos do FAT para cobrir estas dívidas, a situação do financiamento do atendimento hospitalar público continua precária no segundo semestre de 1993<sup>23</sup>.

### *Os Recursos para o Financiamento das Atividades Ambulatoriais*

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

Segundo 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 eventualmente existentes em cada Unidade da Federação, buscando detectar a presença de casos atípicos<sup>24</sup>.

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 20.

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<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Em julho deste ano existia a perspectiva de que o déficit de financiamento da saúde em 1993 poderia ser da ordem de US\$ 3,5 bilhões.

<sup>24</sup> Ver na nota 14 o texto original da Portaria 01/91 do INAMPS.

<sup>25</sup> 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 & CAMPOS (1992).

**Tabela 20** - 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

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 têm 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.

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<sup>26</sup>.

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 de Informações Ambulatoriais do SUS (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 sobrantes deverão ser convertidos novamente em valores per capita e repassados aos Municípios segundo sua população<sup>27</sup>.

A experiência de alguns municípios segundo 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 sobran-te. Conseqüentemente, a sistemática de financiamento da atenção ambulatorial,

<sup>26</sup> 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 (1990).

<sup>27</sup> 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: Ut = Valor total dos recursos recebidos pelo Estado para atenção ambulatorial no ano; Ue = Valor da UCA do Estado e; Pe = População do Estado e; Pm = População do Município m; Uei = Valor total dos recursos recebidos pelo Estado e para atenção ambulatorial no mês i; Ri = Reembolso das Consultas pagas pelo sistema SIA/SUS no mês i pelo Estado e; Utm = 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; Umi = Valor total dos recursos recebidos pelo Município para atenção ambulatorial no mês i; Um = valor da UCA municipal no mês i para um dado Estado e; tem-se que:

$$\begin{aligned} Ut &= Ue.Pe && (1) \\ Uei &= Ut/12 && (2) \\ Utm &= (Uei - Ri).0,9 && (3) \\ Um &= Utm/pe && (4) \\ Umi &= Um.Pm && (5) \end{aligned}$$

a partir da UCA, tem trazido dificuldades para a saúde financeira de muitos sistemas locais de saúde.

Desde que foi implantado esse sistema, os valores fixados como teto da UCA têm 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 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<sup>28</sup>.

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<sup>29</sup>. 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%).

A Tabela 21 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

<sup>28</sup> Norma foi publicada no Diário Oficial da União de 10 de fevereiro de 1992.

<sup>29</sup> Este assunto será abordado detalhadamente mais adiante.

**Tabela 21 - Valores repassados aos Estados e Municípios através da UCA, 1990-1991 (Em US\$ mil de dez/90).**

Estados	1990	%	1991	%	Crescimento Anual (%)
<b>Norte</b>	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
<b>Nordeste</b>	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
<b>Sudeste</b>	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
<b>Sul</b>	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
<b>Centro-Oeste</b>	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	14.379,6	0,6	21.224,4	1,0	48,3
<b>Brasil</b>	2.293.900,4	100,0	2.122.855,0	100,0	-7,5

Fonte: CARVALHO e col. (1991).

Estados desta Região a aumentar sua margem de auto-financiamento das políticas de saúde.

Assim, a Tabela 21 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.

### *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:

- a) Uma forma negociada, através do PRÓ-SAÚDE;
- b) Outra forma automática, estabelecida com o advento da UCR, criada no momento da reedição da Portaria 001/91 do IN-AMPS, 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<sup>30</sup>. No entanto, o referido plano não definiu as áreas e subsetores onde tais investimentos deveriam ser feitos. Da mesma forma, 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.

---

<sup>30</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991). Este plano, em que pesa o caráter bem elaborado de suas metas e a boa definição de sua abrangência, nunca saiu das prateleiras do Ministério.

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 à 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 seria 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 NOB 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<sup>31</sup>. 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 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.

### *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 NOB 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.

<sup>31</sup> Ver sobre esse ponto OLIVEIRA JR., (1992).

Tentando estimular o processo de criação de Fundos Municipais de Saúde, bem como o cumprimento de outras normas da nova legislação, o INAMPS criou o FEM, que corresponde a um repasse adicional de 5% do valor da UCA mensal ao município que cumprir os seguintes requisitos legais:

- a) 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;
- b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pelas autoridades do Executivo Municipal;
- d) criação da PROS;
- e) comprometimento de recursos não inferiores a 10% do orçamento dos Estados e Municípios com programas e ações de saúde;
- f) apresentação do Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- g) constituição de uma comissão para elaboração do PCCS, com o estabelecimento do prazo de 2 anos para sua implantação.

Os Municípios que cumprirem tais requisitos receberiam até o quinto dia útil de cada mês, os duodécimos adicionais relativos ao 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 têm 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.

## A DISTRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA SAÚDE<sup>32</sup>

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 esferas de Governo no campo da saúde, regulamentando, dessa forma, o exposto no artigo 23, inciso II da Constituição Federal.

### *Atribuições Comuns às Três Esferas de Governo*

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

- a) definição de instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde;
- b) administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados a cada ano para a saúde;
- c) acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- d) organização e coordenação do sistema de informações em saúde;
- e) elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- f) participação na formulação e execução da política e das ações de saneamento básico e proteção ao meio ambiente;
- g) elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

---

<sup>32</sup> 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".



- h) formulação e execução da política nacional de recursos humanos para a saúde;
- i) elaboração da proposta orçamentária anual do SUS;
- j) elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública;
- k) realização de operações externas de natureza financeira e interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal;
- l) requisição de bens e serviços de pessoas físicas ou jurídicas, em situações excepcionais, pagando-lhes para tal a justa indenização;
- m) implementação do sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- n) proposta de celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio-ambiente;
- o) elaboração de normas técnico-científicas de promoção e recuperação da saúde;
- p) promoção da articulação da política e dos planos de saúde;
- q) realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- r) definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- s) fomentação, coordenação e execução de projetos estratégicos e de atendimento emergencial..

### *Atribuições exclusivas do Governo 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:

- a) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

- b) participar na formulação e implementação de políticas de controle as agressões do meio ambiente, saneamento básico, de condições e ambientes de trabalho;
- c) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;
- d) definir mecanismos de controle no caso de agravos ao meio ambiente ou prejuízos a saúde humana deles decorrentes;
- e) coordenar a política de saúde do trabalhador;
- f) coordenar e participar da execução da política de vigilância epidemiológica;
- g) estabelecer normas e executar a vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, sendo acompanhada, em caráter complementar, pelos Estados e Municípios;
- h) estabelecer critérios e parâmetros para o controle da qualidade sanitária dos produtos;
- i) promover a formação de recursos humanos em saúde;
- j) 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;
- k) identificar serviços estaduais e municipais de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência a saúde;
- l) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- m) prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- n) elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados para a assistência a saúde;

- o) promover a descentralização da rede e dos serviços de saúde para os Estados e Municípios de abrangência estadual e municipal;
- p) normatizar e coordenar nacionalmente o sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- q) acompanhar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- r) elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em colaboração com Estados e Municípios;
- s) estabelecer sistema nacional de auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação técnica com outras esferas.

### *Atribuições Exclusivas dos Estados*

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

- a) promover a descentralização para os Municípios dos serviços e ações de saúde;
- b) acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- c) prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente as ações de serviços de saúde;
- d) coordenar em caráter complementar e executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- e) participar do controle dos agravos ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde;
- f) participar da formulação e execução das políticas e ações de saneamento básico e de condições e ambiente de trabalho;
- g) em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

- h) identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- i) coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua dependência administrativa;
- j) estabelecer normas em caráter suplementar para controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- k) suplementar o controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- l) colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- m) acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

### *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:

- a) planejar, organizar, controlar, avaliar e gerir os serviços públicos de saúde;
- b) participar, em articulação com o Estado, do planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde;
- c) participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- d) executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- e) executar, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde;

- f) colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- g) formar consórcios administrativos intermunicipais;
- h) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- i) colaborar com a União e com os Estados na vigilância sanitária, dos portos, aeroportos e fronteiras;
- j) celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde e controlar e avaliar sua execução;
- k) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- l) normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde.

### *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 têm sido objeto de discussão, no que se refere à questão das competências em saúde, diz respeito a:

- a) Excesso de duplicação quanto à formulação de políticas de saúde, meio-ambiente e saneamento, sem especificar qual o conteúdo e a forma de participação de cada esfera de competência. Na verdade a lei não especifica, 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.
- b) 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 investimento do se-

tor 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.

- c) Falta da 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?
- d) 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?
- e) 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?
- f) Falta de definição do modelo de atenção a saúde (critérios de hierarquização e uso dos espaços regionalizados, portas de entrada do sistema, e outros). 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?



## 9 OS GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Este capítulo objetiva avaliar o compromisso que as três esferas do Governo, União, Estados e Municípios, têm 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<sup>1</sup>. Os dados sobre gastos estaduais e municipais foram obtidos através de levantamentos do Departamento de Contas Nacionais (DECNA) do IBGE e pelas estatísticas da Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional (DTN)<sup>2</sup> do Ministério da Economia.

<sup>1</sup> Ver sobre este assunto o artigo de PIOLA (1993).

<sup>2</sup> Estes dados foram sistematizados por MACIEL (1993).



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 União<sup>3</sup> para o setor. Sendo assim, as transferências de recursos para Estados e Municípios decorrentes de programas como as AIS, do SUDS e do SUS, sejam elas de natureza ambulatorial (UCA) 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 têm como origem básica as fontes de recursos próprias dessas esferas<sup>4</sup>.

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.

## OS GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE

A análise do gasto com saúde nos anos oitenta e noventa pode ser feita em quatro momentos distintos<sup>5</sup>.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Uma análise destes quatro momentos da política de saúde nos anos oitenta, pode ser visto em MEDICI e col. (1993).

- 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 AIS, seguido do 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.
- 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 convenial.

A Tabela 22 mostra a evolução dos gastos federais ao longo do período 1980-1993.

**Tabela 22** - Evolução dos gastos federais com saúde: 1980-1993. Em US\$ milhões de 1992.

Anos	Gasto Federal	Crescimento Anual	Índice 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.

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.

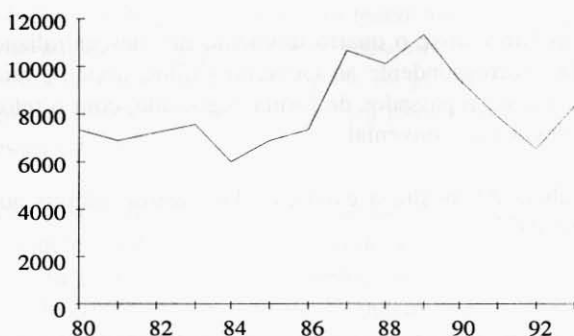


Figura 16 - Evolução dos gastos federais com saúde, 1980-1993. Em US\$ milhões.

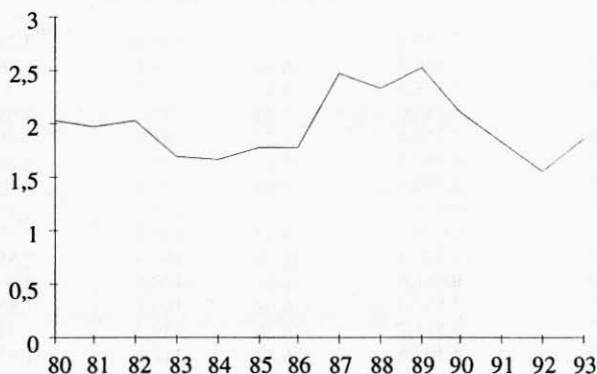


Figura 17 - Gasto federal em saúde como % do PIB, 1980-1993.

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. As Figuras 16 e 17 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.

## OS GASTOS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS COM SAÚDE

À 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.

Começando pela análise dos gastos estaduais com saúde (Tabela 23), 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 para estas esferas no bojo das AIS e de outros programas.

Já em 1983 e 1984, mesmo com a intensificação dos programas de transferência de recursos, observa-se 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 23, o movimento dos gastos estaduais líquidos com saúde, isto é, a diferença entre os gastos estaduais totais e as transferências federais para o setor mostram que:

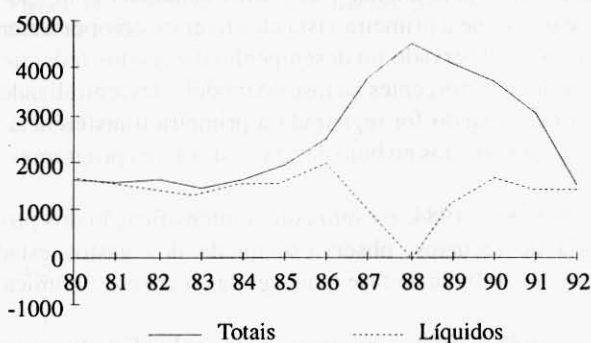
- a) Entre 1980 e 1983, os gastos das esferas estaduais, líquidos de transferências, sofrem queda contínua, caindo, inclusive enquanto proporção do PIB.

**Tabela 23** - Evolução dos gastos estaduais com saúde: 1980-1992. Em US\$ milhões de 1992.

Anos	Gastos Estaduais (1)	Transferências Federais (2)	Gastos Estaduais Líquidos (3)=(1)-(2)	Taxas de Crescimento (3) em (%)	Gastos Estaduais Líquidos como % do PIB
1980	1666,3	-	1666,3	-	0,45
1981	1560,1	-	1560,1	-6,4	0,45
1982	1633,8	254,8	1379,0	-11,6	0,39
1983	1488,8	197,8	1291,0	-6,4	0,38
1984	1645,4	175,4	1470,0	13,9	0,41
1985	1923,7	370,1	1553,6	5,7	0,40
1986	2485,5	522,6	1962,9	26,3	0,47
1987	3811,6	1905,2	906,4	-53,8	0,21
1988	4510,5	4569,5	-59,0	-	0,00
1989	4086,7	2927,5	1159,2	-	0,26
1990	3703,5	2082,4	1621,1	39,8	0,38
1991	3053,9	1670,4	1383,5	-14,7	0,32
1992	1545,2	202,5	1342,7	-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.



**Figura 18** - Gastos dos Estados com saúde, 1980-1990. Em US\$ milhões.

- 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 naquele 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 total declínio dos gastos estaduais com saúde, o que em parte foi contrapartida do crescimento brutal das transferências federais de recursos para estas esferas por conta 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 23. 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 (Tabela 24), pode-se observar, em que pese o declínio dos gastos líquidos destas esferas em 1981, 1983, 1987 e 1989, que eles tiveram um comportamento menos irregular do que o relativo aos Estados, cabendo destacar as seguintes características ao longo da década:

- 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.

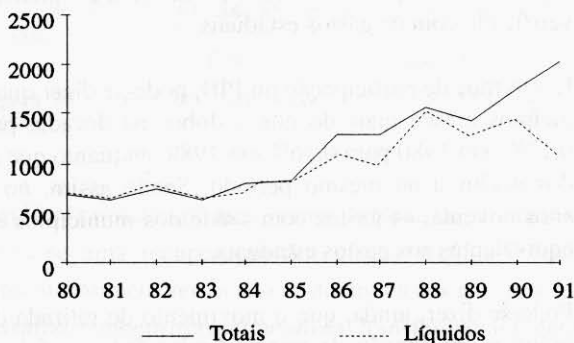
**Tabela 24** - Evolução dos gastos municipais com saúde: 1980-1992. Em US\$ milhões de 1992.

Anos	Gastos Municipais (1)	Transferências Federais (2)	Gastos Municipais Líquidos (3)=(2)-(1)	Taxas de Crescimento (3) em (%)	Gastos Municipais 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	2025,5	944,5	1080,9	-24,1	0,25

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

Obs: Os dados 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.

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 contrastado pelo aumento das transferências da União para Estados e Municípios em função do aumento dos recursos alocados nos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos municípios (FPM), por determinação constitucional.



**Figura 19** - Gastos dos municípios com saúde, 1980-1990. Em US\$ milhões de dez/90.

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 Produtos Industrializados - para as esferas locais de Governo, passou de 33% em 1987 para 43,5% em 1990<sup>6</sup>.

## 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 25, 26, 27, 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.

**Tabela 25** - Gasto público em saúde consolidado nas três esferas de governo - Brasil: 1980-1990. Em US\$ milhões de 1992.

Anos	Total	União	Estados	Municípios
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	*1165,9

\* Estimativa.

<sup>6</sup> Ver sobre este ponto o texto produzido pela área fiscal do IESP/UNDAP (WATSON, 1992).



**Tabela 26 - Gasto público total em saúde como % do PIB - Brasil: 1980-1990.**

Anos	Total	União	Estados	Municípios
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: Dados obtidos da Tabela 25.

**Tabela 27 - Distribuição percentual do gasto total em saúde por esfera de competência: Brasil, 1980-1990.**

Anos	Total	União	Estados	Municípios
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: Dados obtidos da Tabela 25.

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

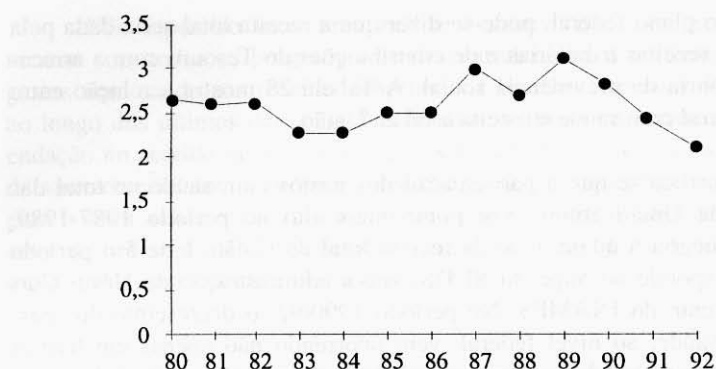


Figura 20 - Gastos totais em saúde como % do PIB, 1980-1992.

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 27.

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 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.

## 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 28 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.

**Tabela 28** - 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 *a	Gastos Líquidos c/ saúde *b	*b/*a (%)
1980	39183,7	20751,7	59935,4	7356,3	12,3
1981	39183,7	21277,4	60461,1	6846,3	11,3
1982	40816,3	25320,6	66136,9	7148,3	10,8
1983	37919,7	21353,9	59273,6	5715,6	9,6
1984	27867,7	19370,4	47238,1	5956,6	12,6
1985	40265,4	21069,0	61334,4	6857,3	11,2
1986	48793,9	24435,9	73229,8	7340,9	10,0
1987	45287,2	24590,7	69877,9	10624,4	15,2
1988	40158,4	21730,4	61888,8	10030,3	16,2
1989	43773,4	19722,4	63495,8	11320,3	17,8
1990	46770,6	21866,9	68637,5	9451,6	13,8
1991	36346,7	19973,9	56320,6	7847,0	13,9
1992	36786,2	22365,0	59147,2	6571,2	11,1

Fonte: Dados obtidos dos diversos números das publicações: Revista Conjuntura Econômica, Indicações IESP e Balanços Gerais da União.

A análise dos gastos com saúde como proporção das receitas estaduais revela, no entanto, uma realidade ainda mais drástica, como demonstra a Tabela 29. 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.

**Tabela 29** - Gastos estaduais em saúde como proporção da receita estadual total. Brasil: 1980-1990. Em US\$ milhões 1992.

Anos	Receita Tributária Própria	Transferência Constitucional FPE, e outros	Receita Total *a	Gastos Líquidos c/ saúde *b	*b/*a (%)
1980	20701,0	2944,6	23645,6	1666,3	7,0
1981	19263,7	2955,0	22218,7	1560,1	7,2
1982	20442,8	3746,9	24189,7	1379,0	5,7
1983	17809,8	3863,7	21673,5	1291,0	6,0
1984	18449,2	3967,7	22416,9	1470,0	6,6
1985	21948,9	5606,6	27555,5	1553,6	5,6
1986	29110,7	6624,9	35735,6	1962,9	5,5
1987	24184,5	6287,0	30471,5	906,4	3,0
1988	21653,0	6447,0	28100,0	-59,0	-
1989	26819,1	7197,5	34016,6	1159,2	3,4
1990	29770,8	7872,8	37643,6	1621,1	4,3

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

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 30.

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 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.

**Tabela 30** - Gastos com saúde como proporção dos gastos totais nos municípios. Brasil, 1980-1990 (Em US\$ milhões de 1992).

Anos	Gastos Municipais Totais - *a	Gastos Municipais com saúde - *b	*a/*b (em %)
1980	10922,5	687,5	6,3
1981	10742,3	641,7	6,0
1982	12176,7	755,1	6,2
1983	9826,6	632,1	6,4
1984	9737,9	728,5	7,5
1985	13372,8	827,5	6,2
1986	17426,8	1061,7	6,1
1987	15755,1	982,2	6,2
1988	15483,8	1535,0	9,9
1989	16425,4	1260,4	7,7
1990	17400,8	1424,0	8,2

Fonte: Área Social do IESP/FUNDAP.

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 têm 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 universalização 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.

## CONSIDERANDOS FINAIS

Ao longo dos anos setenta e oitenta, pode-se observar que as políticas de saúde federais e a descentralização dessa política para os Estados e Municípios foi financiada com uma série de fundos sociais. O principal deles, no entanto, foi o 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 FAS, durante os anos setenta e oitenta foi a principal fonte de financiamento dos programas de investimento em saúde. Entre 1975 e 1987<sup>7</sup>, 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,

---

<sup>7</sup> Ver sobre este ponto LIMA (1988).

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 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"<sup>8</sup>.

Independentemente das fontes que financiam o orçamento do Ministério da Saúde, os canais regionais de acesso aos fundos nessa área dependem basicamente das autoridades do 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 8.080 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 NOB 03/93, de maio de 1993.

O primeiro destes documentos mostra claramente sua intenção em declarar a dificuldade de cumprir a lei 8.080, 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 à situação atual, este documento diz que o atual fundamento da relação financeira no custeio dos serviços de saúde dos Esta-

---

<sup>8</sup> Dados da Coordenação de Orçamento e Finanças da Secretaria de Administração Geral do Ministério da Saúde.

dos 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<sup>9</sup>.

No que diz respeito à 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 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 prevêm, 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 NOB 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<sup>10</sup>.

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 contri-

<sup>9</sup> Ver sobre este ponto o artigo produzido pelo Grupo Especial para a Descentralização (GED) do MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993a.

<sup>10</sup> Na verdade, estes pré-requisitos são praticamente os mesmos definidos da legislação anterior e comentados exaustivamente neste texto.



buições sobre folha de salários para a saúde e dada 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.

# 10 TENDÊNCIAS RECENTES DO PROCESSO DE DESCEN- TRALIZAÇÃO 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 de competências, mas também de recursos físicos (rede) e financeiros.
- b) Em termos de competências, caberia ao governo central ficar responsável somente por algumas ações transestaduais no campo da saúde pública e de 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 recursos humanos) aos Estados e Municípios, segundo critérios claros e objetivos que não viessem a trazer danos ao patrimônio público acumulado no setor, nem desperdiçassem 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 hemoderivados 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 intermunicipais 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 têm 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"(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993b). Este documento identificou cinco pontos críticos que obstaculizam o processo de descentralização almejado pelo SUS, a saber:

- 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? Como racionalizar os custos da assistência médica e da vigilância em saúde? Como erradicar o desperdício? Como eliminar a corrupção?<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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.

A questão do aumento das receitas num contexto recessivo é respondida pelo documento através da proposta de uma seqüência de ações, tais como:

- programar e executar entre 10% e 15% das receitas próprias da União, Estados e Municípios;
- definir claramente os ítems que compõem 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;
- garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadadas em sua totalidade;
- combater a sonegação;
- evitar anistias e renúncias fiscais;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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 social permitiria melhor controle social.

As atribuições de competência às três esferas de Governo coincidem 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 incipiente*, 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 assumiriam 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, receberiam 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 cus-

teio, submetida a um processo de correção de eventuais distorções. Nessa situação, seriam 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 estariam 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, passariam a receber o repasse financeiro global, direto e automático, nos termos da legislação vigente. Essa situação, no entanto, exigiria que fossem 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<sup>2</sup>.

As premissas colocadas pelo citado documento 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 (NOB) - SUS 01/93.

---

<sup>2</sup> 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 têm sido abordados na literatura recente do Ministério.

A referida NOB 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 pressupõem o diálogo e a negociação.

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 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 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 à população, à capacidade instalada, à complexidade da rede, ao desempenho financeiro e ao desempenho auferido pela auditoria estadual, no ano anterior. Este valor é dividido em duodécimos, sendo cada um deles repassado mensalmente aos Estados.
- b) O 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 um 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 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 FEM, criado na gestão Alceni Guerra.
- d) As atividades hospitalares continuariam a ser financiadas pela AIH, 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 estabelecido anteriormente. Embora este 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 racio-

nalizar 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<sup>3</sup>, 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 às variações do índice

---

<sup>3</sup> 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 MF); Osires de Azevedo Lopes Filho (Secretário da Receita Federal do MF); Gilson de Cássia Marques de Carvalho (Secretário de Assistência à Saúde do MS); Antônio José Guerra (Diretor Executivo do IPEA) e Alvaro Augusto Ribeiro da Costa (Sub-Procurador Geral da República).

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, e outros.

Diante desse diagnóstico foram propostas pelo referido Grupo de Trabalho, algumas medidas de curto prazo para solucionar alguns desses problemas, tais como:

- realização de estudos, com vistas a uma futura revisão constitucional, a serem elaborados por técnicos do Ministério da Fazenda (MF) e Saúde (MS) e coordenados pela Secretaria do Planejamento da Previdência da República (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;
- 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;
- 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;
- prosseguimento da reestruturação do MS, já encaminhada à Secretaria de Administração Federal, a fim de compatibilizá-lo com as atribuições de gestão de um sistema descentralizado de saúde, limitando a expansão da rede federal ao que determina a Constituição;
- 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;
- revisão e aperfeiçoamento do cadastro de estabelecimentos de saúde contratados e conveniados;

- exigência da implantação de sistemas de apuração e análise de custos ao nível dos Estados, municípios e unidades operacionais (hospitais e ambulatórios);
- 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;
- exigência de cumprimento das normas gerais, já editadas pelo MS, para contratação de unidades de prestação de serviços por parte dos Estados e Municípios;
- suspensão, por prazo indeterminado, de modificações em tabelas de AIH/UCA que importam em aumentos de custos, já em vigor;
- implantação efetiva da conta hospitalar única, possibilitando ao cidadão, mediante comprovante/extrato, o controle dos lançamentos/custos correspondentes ao serviço que lhe foi prestado;
- 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;
- realização de experiências piloto em cinco Estados, sendo uma região e 100 Municípios, definidos em razão da NOB 01/93 e na Lei 8142/90, em substituição ao atual sistema de compra de serviços, correspondendo: a) 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; b) implantação de programa de recuperação dos serviços de emergência da rede hospitalar pública desses Estados e Municípios; c) Transferência aos Estados e Municípios citados da responsabilidde de gestão dos serviços de saúde, inclusive daqueles contratados com a iniciativa privada;
- reexame dos quantitativos de AIH/UCA, segundo dados da população residente, aceitos pelo IBGE;

- 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.
- implantação, no prazo de 60 dias, do Sistema Nacional de Auditoria, na forma prevista pelo artigo 16, inciso XIX, da Lei 8080/90;
- implantação, no prazo de 90 dias, de um sistema de processamento de dados descentralizados nos Estados e Municípios, em substituição a atual Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), reservando-se ao MS, apenas as funções de consolidação de uma base de dados estratégicos para o planejamento e controle das ações de saúde ao nível federal.
- Proposição, dentro de 60 dias, de mecanismos de reembolso do SUS dos custos de atendimento prestado aos 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.

# 11 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 à 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?

## A BASE FEDERAL

Os defensores do financiamento da saúde pública, com base em recursos federais<sup>1</sup>, 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 recebem. Não há, portanto, nenhum questionamento quanto ao fato de uma política universal estar sendo custeada por uma contribuição de base restrita, à força de trabalho do mercado formal. Quanto ao automatismo, lembram que as transferências intergovernamentais atualmente existentes são de dois tipos. De um 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"<sup>2</sup>. 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;

<sup>1</sup> 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 VIANNA e col. (1990).

<sup>2</sup> Op. cit., p. 12.

- 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;
- 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, VIANA e col. (1990) têm defendido a proposta de criar alíquotas separadas para saúde na fonte de todas as contribuições sociais que compõem o OSS. Sendo assim, a Contribuição Sobre Folha de Salários seria dividida em duas alíquotas (uma para previdência e assistência e outra para a saúde)<sup>3</sup>. O mesmo se aplicaria às demais contribuições sociais (COFINS, Contribuição Sobre o Lucro e PIS/PASEP)<sup>4</sup> que integram o referido Orçamento. Manter-se-ia desta forma o conceito de Seguridade Social só que com 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 com-

<sup>3</sup> Pode-se dizer que muitos países no contexto mundial, especialmente na América Latina, têm utilizado alíquotas específicas sobre uma mesma base como forma de financiar separadamente as ações de saúde e de seguro social.

<sup>4</sup> Este critério também é válido para as contribuições sociais que vierem a substituir as atualmente existentes.



petência 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 é pouco superior ao atual montante do gasto federal com saúde. Por outro lado, essa proposta rompe com o OSS, na medida em que o produto da arrecadação seria destinado diretamente ao Fundo Nacional de Saúde.

## 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 têm sido as esferas que menos têm 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 têm 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 têm mais facilidade para resolver questões atinentes ao financiamento da saúde em áreas que têm 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.

## 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 aqueles que defendem a manutenção da base federal<sup>5</sup>. Decorre da centralização dos recursos na esfera federal o estabelecimento, por parte do Governo Federal, de critérios padronizados para a realização dos repasses, a ausência de normas que assegurem o automatismo das transferências, os atrasos na liberação, a manipulação dos valores a serem pagos pelo 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 aquelas relativas a direitos ainda não pagos e ao abono de Natal.

Contudo, mesmo a garantia da destinação de uma percentagem 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 im-

<sup>5</sup> Sobre o financiamento da saúde a partir de recursos municipais, ver REZENDE (1992).

pacto da adoção das propostas de garantia de recursos e regularização das transferências seja desprezível"<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>.

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 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"<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>. 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

<sup>6</sup> REZENDE (1992), p. 15.

<sup>7</sup> Op. cit., p. 19.

<sup>8</sup> Op. cit., p. 19.

<sup>9</sup> Como bem diz REZENDE (1992), a municipalização do financiamento da saúde implicaria no completo desvinculamento dessa área com relação ao sistema previdenciário.

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 (1992), 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.

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, REZENDE (1992) 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"<sup>10</sup> ou para manter "um pata-

---

<sup>10</sup> Op. cit., p. 19.

mar mínimo de oferta dos serviços nos casos em que a cobrança de tributos locais for claramente insatisfatória"<sup>11</sup>.

## 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, e 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.

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.

---

<sup>11</sup> REZENDE (1992), p. 15.

# 12

## ALGUNS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS PROPOSTAS EM CURSO

As propostas de financiamento à saúde e suas estratégias de redistribuição dos recursos para os municípios esbarram em alguns problemas que merecem ser enumerados.

### VINCULAÇÃO X 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.

## VINCULAÇÃO DE PERCENTUAL X 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 então 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<sup>1</sup>.
- 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 fa-

<sup>1</sup> 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.

turamento 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.

## CUSTEIO X 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 ne-



gociação, 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, à realização dos investimentos previstos e ao alcance das metas de cobertura.

Uma fonte razoável para financiar investimentos em saúde constitui na taxação 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 FAS. Estes recursos, por sua vez, poderiam se consituir 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.

## DESCENTRALIZAÇÃO ESTADUAL X MUNICIPAL

Outra questão importante a ser discutida diz respeito a natureza do processo de descentralização. Durante a vigência dos SUDS operou-se uma transformação de descentralização hegemônica pelos Estados. Se por um lado, tal relação implicou 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 por ele imposta 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.

## MUNICIPALIZAÇÃO DO CONTRIBUINTE

A proposta de REZENDE (1992) 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 5.100 municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes. Com isso, a dependência destes das transferências federais do FPM é muito elevada. Não existem condições de geração de receitas próprias para esses 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 acirrará a guerra fiscal entre os municípios e contribuirá 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 haveria 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 às 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.

## 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 Imposto de Circulação de Mercadorias (ICMS), que é a principal fonte de recursos dos Estados. Existe, portanto, grande risco dos Governos Estaduais rechaçar em bloco essa proposta.

Mesmo que ela venha a ser aprovada, seu questionamento judicial é fácil, ainda mais no clima de contestações 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.

# 13

## OS DESAFIOS DE CURTO PRAZO (À GUIZA 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 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 SUS. No entanto, desde o início dos anos noventa, três fatores têm impedido 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 compõem 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 FAT.

Em 1993, os gastos federais com saúde voltaram a crescer, atingindo um patamar 26% mais elevado do que o de 1992<sup>1</sup>. 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 do presente capítulo é avaliar as perspectivas do financiamento do setor saúde, respondendo basicamente à quatro questões:

---

<sup>1</sup> Ver sobre este ponto, MEDICI & MARQUES (1994).

- a) O OSS é adequado como mecanismo de financiamento das três áreas que o compõem?
- 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?

## PERSPECTIVAS DO ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Criado com a finalidade de garantir estabilidade financeira para o financiamento das áreas que o compõem, o OSS apresenta alguns problemas considerados, por alguns analistas, como estruturais. O primeiro deles diz respeito à dinâmica temporal das citadas áreas. Seguro Social, além de representar um fluxo fixo e regular de recursos, tende a apresentar alterações em sua composição de gasto no 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 têm 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 Orçamentária 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 tributária.

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 Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (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, além de outros) 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 à 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 (MARQUES & MÉDICI, 1994). 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.

## **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 itens 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 orçamentária 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 vêm sendo enfrentados, vêm advogando soluções que lhes permitam maior autonomia. Uma delas 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 Esta-

dos/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 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 têm 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.

## 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 têm 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 recusos 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.

## 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. No ano de 1986 essa participação foi menor (70,8%) e em 1988 ela foi maior (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 percentagem 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 percentagem 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 percentagem 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 têm 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 deles.

Tomando-se como base os dados de 1990, se os Estados e Mu-

nicípios 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 tributária, 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. Aspectos conceituais das relações financeiras inter-governamentais. *Rev. Estud. Econ.*, **22**(1): 5-34, 1992.
- AROUCA, A.S.S. O dilema preventivista: crítica a medicina social no Brasil. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado - Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP].
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: invertir en salud*. Washington, D.C., 1993.
- BELTRÃO, K.I.; LUSTOSA, B.J.; OLIVEIRA, F.E.B.; PASINATO, M.T.M. Fontes de financiamento da seguridade social brasileira. Rio de Janeiro, 1993. [Trabalho elaborado para o convênio Ministério da Previdência Social e CEPAL]
- BERTONE, A.A.; GEVAERD, S.; CORDONI JÚNIOR, L. Um enfoque político-administrativo das mudanças ocorridas no setor saúde nos anos oitenta. *Saúde Deb.*, (27): 67-9, 1989.
- BRAGA, J.C.S. & GÓES DE PAULA, S. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRAGA, J.C.S. & MEDICI, A.C. Políticas sociais e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão. *Plan. Polít. Públicas*(10): 33-89, jul.-dez. 1993.
- CAMPOS, A.C. de. *Saúde: o custo de um valor sem preço*. Lisboa, Ed. Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

- CARVALHO, G. et al. *Estudo da evolução dos repasses federais de recursos para o custeio*. São José dos Campos, Secretaria Municipal da Saúde, 1992.
- FLEURY, S. Avaliação comparativa das ações integradas de saúde. *Divulg. Saúde Deb.* (3): 78-81, 1991.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): suplemento especial sobre acesso aos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, 1986.
- GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
- LIMA, M.A. Financiamento do Sistema Único de Saúde: reflexões doutrinárias e interpretações sobre a participação do FINSOCIAL e do FAS. In: Seminário Internacional sobre Financiamento do SUDS, São Paulo, 1988. *Anais*. São Paulo, 1988.
- LOBO, M.T. Política social e descentralização: a experiência do BNDES/FINSOCIAL pós-1985. In: Ministério da Previdência e Assistência Social/CEPAL. *Projeto A - política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília, CEPAL, 1989. v. 3, p.481-534.
- MACIEL, M.C.N.P. *Estrutura e evolução dos gastos sociais dos governos estaduais e municipais no Brasil*. São Paulo, IESP/FUNDAP, 1993.
- MARQUES, R.M. & MEDICI, A.C. Política social e trabalho. *Indicadores IESP*, 3(33): 19-24, out. 1994.
- MEDICI, A.C. et al. *Relatório do Grupo Técnico de Financiamento da Comissão Nacional de Reforma Sanitária*. Brasília, Ministério da Saúde, 1987. (CNRS, Relatórios Técnicos, 3).
- MEDICI, A.C. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e financiamento*. Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 1990a. (Relatórios Técnicos ENCE/IBGE, 02/90).
- MEDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. *Plan. Polít. Públicas* (4): 83-98, dez. 1990b.
- MEDICI, A.C. Descentralização e informação em saúde. *Plan. Polít. Públicas* (5):5-29, jun. 1991a.
- MEDICI, A.C. *Perspectiva do financiamento à saúde no Governo Collor de Mello*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1991b. (OPAS - Série Economia e Planejamento, 2).
- MEDICI, A.C. & BRAGA, J.C.S. Políticas sociais e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão. *Pesq. Plan. Econ.* (10):33-89, dez. 1993.
- MEDICI, A.C. & CAMPOS, M.R. *Brasil: padrões de morbidade e utilização de serviços de saúde: uma análise da PNAD 1986*. Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 1992. (Relatórios Técnicos ENCE/IBGE, 08/92).

- MEDICI, A.C. & MARQUES, R.M. Saúde: entre gastos e os resultados. *Bol. Conjunt. Polít. Soc.* (14): 41-3, jul./ago. 1994.
- MEDICI, A.C.; SILVA, P.L.B.; VIANNA, A.L. *Desenvolvimento e crise no setor saúde nos anos oitenta e noventa*. São Paulo, IESP/FUNDAP, 1993.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *SUDS: coletânea de legislação básica*. Brasília, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a saúde no Brasil Novo*. Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Especial para a Descentralização (GED). Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde Deb.* (38):19-20, mar. 1993a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Especial para a Descentralização (GED). Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Inf. Epidemiol. SUS*, 2 (nº esp.): 3-48, jul. 1993b.
- MUSGRAVE, R. & MUSGRAVE, P.B. *Public finance in theory and practice*. New York, MacGraw Hill, 1973.
- OLIVEIRA JR., M. Problemas atuais e propostas para a revisão do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde, 9ª, Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. v.2, p.77-98.
- PEREZ, M.Q. & HERRERA, L.G. *De Carranza a Salinas: otras razones en el ejercicio del poder en Mexico*. Mexico, DF, Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.
- PIOLA, S.F. Gasto federal em áreas sociais: resultados de 1992. São Paulo, 1993. [Texto preparado para o IESP/FUNDAP].
- REZENDE, F. Novas alternativas para o financiamento dos encargos do Governo. *Pesq. Plan. Econ.*, 4(3): 671-86, dez. 1974.
- REZENDE, F. *Financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do Estado e do Sistema Tributário Brasileiro*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1992.
- RUBIO, V.O. *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Barcelona, Ed. EUGE, 1990.
- SEIXAS, J.C. Interiorização dos serviços de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 6ª, Brasília, 1977. *Anais*, Brasília, Ministério da Saúde, 1977.
- VALVERDE, J.M.; TREJOS, M.A.; MORA, M. *Integración o disolución socio-cultural: el nuevo rostro de la política social*. San José, Ed. Porvenir, 1993.
- VIANNA, S.M.; PIOLA, S.F.; GUERRA, A.J.; CAMARGO, S.F. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para*



*transferências de recursos federais para estados e municípios.* Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1990. (OPAS - Série Economia e Financiamento, 1)

WATSON, A. *As finanças dos estados durante o período 1980-1989.* São Paulo, IESP/FUNDAP, 1992.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AFFONSO, R. A ruptura do padrão de financiamento do setor público e a crise do planejamento no Brasil dos anos 80. *Pesq. Plan. Econ.* (4): 37-66, 1990.
- CASTRO, M.H.G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. *Plan. Polít. Públicas* (5): 105-22, jun. 1991.
- ENTHOVEN, A.C. *Theory and practice of managed competition in health care finance*. Amsterdam, North Holland, 1988.
- ENTHOVEN, A.C. *What can Europeans learn from Americans health care systems in transition: the search of efficiency*. Paris, OECD, 1990.
- HOYLER, S. Avaliação da mão de obra em hospitais. São Paulo, 1991. [Pesquisa encomendada pela FENAESS].
- JÖNSSON, B. What can American learn from Europeans? In: *Health care systems in transition: the search of efficiency*. Paris, OECD, 1990.
- MEDICI, A.C. *Sem régua e compasso: população, emprego e pobreza no Brasil dos anos oitenta*. Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 1991. (Relatórios Técnicos ENCE/IBGE, 06/91).
- MEDICI, A.C. *A política de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro, IPEA, 1991. (Documentos de Política, 6).
- MEDICI, A.C. *A política de saúde no Brasil: subsídios para uma reforma*. Rio de Janeiro, IPEA, 1992. (Documentos de Política, 3).

- MEDICI, A.C. *Considerações sobre o sucateamento das redes pública e privada de saúde*. Rio de Janeiro, IPEA, 1992. (TD, 267).
- MEDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado em saúde. *Rev. Adm. Pública*, 26(2):79-115, 1992.
- MEDICI, A.C. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*. São Paulo, FUNDAP/IESP, 1992. (TD/IESP, 7).
- MEDICI, A.C. & OLIVEIRA, F.E.B. *A dimensão do setor saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, IPEA, 1992. (Documentos de Política, 5).
- MEDICI, A.C.; OLIVEIRA, F.E.B.; BELTRÃO, K.I. *Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, IPEA, 1993. (TD, 316).
- MEDICI, A.C. & VIANNA, M.L.T. *Pesquisa sobre orçamento social, IEI/UFRJ. Parte II: descentralização e políticas de saúde*. Rio de Janeiro, IEI/UFRJ, 1988.
- PORTO, S.M. Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas. *Plan. Polít. Públicas* (5):123-42, jun. 1991.
- POSSAS, C.A. *Saúde e trabalho no Brasil: a crise na previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, 8).
- PRETECEILLE, E. *La décentralisation: pour qui, pour quoi?* Paris, Ed. IRESCO, 1987.
- RON, A.; ABEL-SMITH, B.; TAMBURI, G. *Health insurance in developing countries: the social security approach*. Geneva, ILO, 1990.
- SATO, A.K. *Descentralização: um tema complexo*. Brasília, IPEA, 1993. (Textos para Discussão, 314).
- SOARES, L.T. Descentralização e municipalização em Regiões Metropolitanas: uma experiência da Baixada Fluminense. *Plan. Polít. Públicas* (5):53-87, jun. 1991.
- TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Plan. Polít. Públicas*, (5):31-52, jun. 1991.
- UGÁ, M.A.D. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Plan. Polít. Públicas* (5):87-104, jun. 1991.
- VIANNA, S.M. & PIOLA, S.F. Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde - SUS. *Plan. Polít. Públicas* (5): 143-60, jun. 1991.

## 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
- AVAQ ..... Anos de Vida Ajustados segundo a Qualidade
- BIRD ..... Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento - Sigla em Português do Banco Mundial, enviada no momento em que surgiu o referido banco, no ano de 1949
- 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 tripartite, 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

CBIA.....	Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
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"
CEF .....	Caixa Econômica Federal
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
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
CONASEMS.....	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP .....	Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
CONASS.....	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
COPLAMAR .....	<i>Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados;</i>
CRIS.....	Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
CSP .....	Coordenadoria de Saúde e Previdência do IPEA
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)
DECNA.....	Departamento de Contas Nacionais do IBGE
DIVEM .....	Divisão de Estados e Municípios do Departamento do Tesouro Nacional (Ministério da Economia e Fazenda)
DRG .....	<i>Diagnosis Related Groups</i> ou grupos de diagnóstico relacionados

- DTN ..... Departamento do Tesouro Nacional do Ministério da Economia e Fazenda
- ENCE ..... Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE
- ENDEF ..... Estudo Nacional da Despesa Familiar - Pesquisa realizada pelo IBGE entre 1974 e 1976
- 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 da 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
- FEE ..... Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul;
- FEGE ..... Fator de Estímulo à Gestão Estadual
- FEM ..... Fator de Estímulo à Municipalização
- FIDEPS ..... Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
- 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)
- FIOCRUZ ..... Fundação Instituto Oswaldo Cruz
- FMI ..... Fundo Monetário Internacional
- FNS ..... Ver FUNASA
- FPAS ..... Fundo de Previdência e Assistência Social - Entidade contábil que integrava as receitas e despesas do SINPAS. Criado em 1976, seria teoricamente ex-

- tinto em 1988 quando, com a nova Constituição, foi criado o OSS
- FPE.....Fundo de Participação dos Estados
- FPM .....Fundo de Participação dos Municípios
- FSESP ..... Ver SESP
- 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 (ou FNS).Fundação Nacional de Saúde - órgão criado em 1990, a 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
- GIH ..... Guia de Internação Hospitalar
- HMO ..... *Health Maintenance Organizations*
- IAMSP ..... Instituto de Assistência Médica dos Servidores do Estado de São Paulo
- 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 Comerciais
- IAPI ..... Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
- IAPM.....Instituto de Aposentadoria dos Marítimos

IAPTEC .....	Instituto de Aposentadorias dos Técnicos e Comerciais
IASERJ.....	Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
IBGE .....	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
ICMS .....	Imposto de Circulação sobre Mercadorias e Serviços
IESP .....	Instituto de Economia do Setor Público, órgão de pesquisa ligado à FUNDAP
IFF.....	Instituto Fernandes Filgueiras - hospital e centro de saúde de referência no campo da pediatria, pertencente a FIOCRUZ
IMSS .....	Instituto Mexicano de Seguridade Social
INAMPS.....	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - Criado em 1976 como um dos três desdobramentos do INPS. Ligado em sua origem ao Ministério da Previdência Social, o INAMPS foi, em 1990, transferido para o Ministério da Saúde sendo extinto em 1993, 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 Estado - O último IAP a ser criado
IPEA.....	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - órgão de pesquisa e consultoria ligado a Secretaria de Planejamento da Presidência da República



IPI.....	Imposto sobre Produtos Industrializados
ISAPRES .....	<i>Instituciones de Salud Provincial</i> - Chile
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
MF.....	Ministério da Fazenda
MPAS.....	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS.....	Ministério da Saúde
NEPP.....	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP
NOB .....	Norma Operacional Básica do SUS
OECD .....	Organização Econômica para Cooperação e Desenvolvimento - Organização internacional que congrega as principais decisões econômicas dos países ricos, tendo em vista a assinatura de acordos e delineamento de perspectivas para a economia mundial
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
OPAS .....	Organização Pan-Americana 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
PEAS.....	Países de Economia Antes Socialistas
PEMC.....	Países de Economia de Mercado Capitalista
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)
POLONORDESTE .....	Programa de Desenvolvimento do Nordeste
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
PRONASOL.....	<i>Programa Nacional de Solidariedad</i> - México
PROS.....	Programação e Orçamentação de Saúde
PRÓ-SAÚDE .....	Programa de Investimentos em Saúde. Este programa foi criado no Governo Collor, tendo em vista a distribuição dos recursos aos Municípios mediante prévia
PROTERRA .....	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
SAS/MS .....	Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde
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 sanitarista-

- 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 DATA-PREV, 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 das Cooperativas Médicas - Instituição de pré-pagamento que oferece planos de saúde privados para famílias e empresas
- US ..... Unidade de Serviço



## **SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO**

Av. Dr Arnaldo, 715

01246-904 - São Paulo - SP

**Fone:** (011) 851.5233 - R: 2211/2245

**Fone/Fax:** (011) 280.9163

**E.mail:** [bibfspd@cat.cce.usp.br](mailto:bibfspd@cat.cce.usp.br)

[adsaude@cat.cce.usp.br](mailto:adsaude@cat.cce.usp.br)

*"Há que se reconhecer o sucesso parcial de muitas experiências municipais de implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUS). Mas muitos percalços ainda existem no caminho da universalização do acesso e na equidade do sistema de saúde no Brasil."*

**André Cezar Medici**



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA