

Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas

Werner Baer[§]
Antonio Carlos Campino[¶]
Tiago Cavalcanti[§]

RESUMO

Este artigo descreve a situação da saúde da população do Brasil, o sistema de saúde brasileiro, e suas implicações para o processo de desenvolvimento. Embora tenha havido melhorias substanciais nas últimas décadas, o Brasil ainda tem um padrão epidemiológico onde as doenças infecciosas e parasitárias apresentam uma importância bastante significativa, devido à deficiência da infra-estrutura sanitária adequada. Este padrão está rigorosamente associado à alta concentração de renda no Brasil. Enquanto as classes de renda média e alta podem comprar planos de saúde e usar o tipo de serviço de saúde similar ao que é usado em países industriais avançados, a pobreza urbana e a população rural têm acesso limitado aos serviços públicos de saúde, que são, na maior parte, bens precários.

Palavras-chave: políticas de saúde, Brasil, desenvolvimento econômico e social, política governamental, bens públicos, recursos humanos.

ABSTRACT

This article describes the health situation of Brazil's population, the Brazilian health system, and their implication for the development process. Although there were substantial improvements in the last decades, Brazil still has an epidemiological pattern where infectious and parasitic diseases, due to lack of adequate sanitary infrastructure, are still prevalent. This pattern is closely associated with Brazil's highly concentrated income distribution. While the middle and upper income classes can buy health plans and use the type of health care which is similar to that used in advanced industrial countries, the urban poor and the rural population have limited to public health services, with are mostly quite precarious.

Key words: health policy, Brazil, economic development, government policy, public goods, human resources.

JEL classification: I18, H41, O15.

§ Universidade de Illinois.

¶ Universidade de São Paulo.

Um dos principais objetivos do desenvolvimento econômico é melhorar o padrão de vida do cidadão médio de um país. Além de atingir rendas *per capita* mais altas dentro de um sistema de razoável equidade (i.e., evitando uma excessiva concentração de renda), um importante objetivo é trazer também para o cidadão médio um padrão decente de escolaridade e saúde. Naturalmente, existe uma quantidade substancial de controvérsia sobre o sentido da causalidade: uma renda *per capita* mais alta é o resultado de melhor educação e saúde, ou melhor educação e saúde é o resultado de renda *per capita* mais alta?

Estudos recentes (Behrman, 1996; Levinger, 1992; and Martorell, 1993) têm mostrado que saúde e nutrição estão positivamente associadas com ganhos em escolaridade e produtividade, que, por sua vez, se traduzem em conquistas no processo de crescimento econômico de longo prazo, como prediz a Teoria do Capital Humano. (Mushkin, 1962, and Schultz, 1962) Assim, saúde e educação são os canais básicos da formação do capital humano e deveriam ser vistos como investimentos que produzem retornos contínuos no futuro. Embora seja fácil medir retornos para educação, pois anos de escolaridade completos é uma boa *proxy* para escolaridade, é mais difícil medir os retornos para investimentos em saúde, porquanto nenhum índice similar para a saúde dos indivíduos está disponível.¹ Isto explica, em parte, por que a pesquisa econômica básica sobre investimento em capital humano, via programas de saúde, recebeu menor atenção do que os retornos sobre investimento em educação, a despeito de sua importância para o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo.

Ademais, um aumento da expectativa de vida, por meio de uma melhoria na saúde, reduz a taxa de depreciação e aumenta o retorno do investimento em educação e em programas sociais criados pelo governo. A morte prematura de um indivíduo implica um retorno menor sobre os investimentos públicos nesta pessoa. Do ponto de vista de um país, é também muito difícil avaliar a morte prematura de um cientista ou de um chefe político. Por exemplo, “...*qual teria sido a perda se Einstein tivesse morrido durante a epidemia de gripe após a I Guerra Mundial, ou se o último trabalho de Keynes fosse seu Treatise on Money?*” (Mushkin, 1962, p. 131)

Mesmo que os dados estatísticos mostrem que, juntamente com o crescimento econômico e com o aumento da renda *per capita*, há uma melhoria geral nas condições de saúde, uma importante questão diz respeito ao grau de participação nessas melhorias de todos os grupos

1 De fato, há vários índices para saúde, mas nenhum deles é superior aos demais e eles são intrinsecamente complementares. Por razões óbvias, não podemos usar gastos com saúde como uma *proxy* para o *status* de saúde dos indivíduos.

de renda. Da mesma forma que a distribuição de renda influencia o perfil da demanda de uma sociedade, pode também influir na maneira como os recursos são gastos no serviço de saúde. Isto é muito importante nas sociedades em desenvolvimento, com distribuição de renda enviesada, onde o poder político e o *status* social guiam os fatores institucionais formais e informais que conformam a provisão dos serviços sociais, tais como o serviço de saúde.

Especialistas reconheceram que saúde é um conceito ilusório. Embora todos possam concordar que saúde é a ausência de doença e enfermidade, observou-se que “... *infecção com parasitas intestinais ou desnutrição de primeiro grau (moderada), que são entendidas como doença em países com altos padrões de saúde, podem ser tão comuns em países com padrões mais baixos que nem mesmo são reconhecidas como anomalias.*”(Gillis *et al.*, 1996, p. 273) Além disso, as estatísticas sobre saúde freqüentemente deixam a desejar, “...*não somente pela ausência de uma definição clara de doença, mas porque muitas pessoas doentes nos países pobres nunca consultam um médico ou entram num hospital, e assim não entram em contato com o sistema estatístico.*”(Gillis *et. al.*, 1996, p. 273)

É dentro deste contexto que examinaremos como o crescimento e o desenvolvimento econômico do Brasil se manifestaram na saúde e no sistema de proteção à saúde. Primeiro, desenvolveremos um quadro de referência básico com o objetivo de entender a saúde no processo de desenvolvimento. Em seqüência examinaremos a evolução dos dados sobre saúde do Brasil. Isto será seguido por um levantamento da alocação de recursos para os serviços de saúde do País e da evolução do sistema de oferta desses serviços.

Saúde e desenvolvimento

Nesta seção apresentaremos nossa abordagem analítica para investigarmos a saúde no processo de desenvolvimento. No nível agregado, assumimos que o produto total de um país pode ser representado pela seguinte função de produção:

$$Y = F(K, N, H, \xi; t), \quad F_1, F_2, F_3 > 0 \quad \text{e} \quad F_{ij} > 0 \quad \text{para} \quad i \neq j \quad (1)$$

onde K representa o capital físico, N a força de trabalho, H o nível de capital humano, ξ as instituições que regem as regras do jogo na economia (leis, papel do Estado na formação do capital humano, abertura comercial etc.) e t representa o tempo (a presença de t na função de produção permite mudanças tecnológicas.).

A variável H , que é uma “*proxy*” da “qualidade” de mão-de-obra, é uma função basicamente de investimentos em educação², E , saúde³, S , e também da oferta de bens e serviços sociais e de infra-estrutura pelo Estado, G (tais como investimento em saneamento e oferta de água encanada). A seguinte equação representa essa relação:

$$H = H(E, S, G; t), \text{ onde } H_1, H_2, H_3 > 0 \text{ e } H_{ij} > 0 \text{ para } i \neq j \quad (2)$$

É importante notar que o retorno de investimento em saúde depende do nível da educação da população do país sob investigação e vice-versa. Assim, embora investimento em saúde tenha um impacto positivo na formação de capital humano e, em consequência, na renda *per capita* de um país, é difícil isolar esse impacto. Consideremos, por exemplo, uma criança cuja saúde esteja debilitada para freqüentar uma escola. Agora, suponhamos que o governo provenha serviços sociais sob a forma de uma melhor nutrição e cuidados com saúde para essa criança. Certamente, no futuro, esta criança terá uma probabilidade maior de ter um melhor emprego e ascensão profissional do que uma criança que não tenha recebido os mesmos investimentos em saúde. No entanto, que parte dessa melhoria em oportunidades profissionais se deve à melhora na saúde e que parte é devido à educação obtida por essa criança? Qualquer tentativa de isolar esses efeitos está sujeita a erros de mensuração e efeitos espúrios. Mais ainda, investimentos em infra-estrutura (saneamento e água encanada), esportes e recreação têm também efeitos positivos na qualidade da saúde da população de um país, tornando-se mais difícil mensurar o impacto do investimento em saúde no processo de desenvolvimento.

Ademais, diferenças em níveis de saúde e educação entre países vêm se reduzindo mais rapidamente nos últimos anos do que as reduções em disparidades de renda.⁴ Isto implica que outros fatores, tais como organização institucional, expliquem diferenças de renda entre países. As instituições, em particular, são muito importantes para o processo de desenvolvimento do Brasil, pois a distribuição de renda, como veremos adiante, foi um fator decisivo no tipo de oferta de serviços e bens sociais, como cuidados em saúde e nutrição, fornecidos pelo Estado. Como consequência, as instituições influenciaram no modo como as causas de morte e nível de saúde estão distribuídos entre os diferentes grupos de renda no Brasil. Finalmente, uma vez que o nível de saúde não é homogêneo entre diferentes grupos

2 Ver, por exemplo, Lucas (1988).

3 Ver Mushkin (1962) e Becker (1993).

4 Ver Behrman e Deolalikar (1988).

sociais no Brasil, análises da média sobre toda a população levam a inferências imprecisas, o que vem justificar nossa abordagem para investigar a relação entre saúde, instituições e distribuição de renda no Brasil. A seguir nos concentraremos nas evidências empíricas.

Informações sobre saúde

A saúde da população do Brasil melhorou substancialmente ao longo do século 20. A Tabela 1 mostra que a expectativa de vida ao nascer cresceu de 43 anos na década de 30 para quase 68 anos na década de 90. Entretanto, o Brasil ainda está atrás tanto dos países industrializados como da média da América Latina, enquanto houve variação regional considerável dentro do Brasil, com o Nordeste apresentando uma situação de atraso mais acentuada relativamente ao Sudeste do País. A Tabela 2 mostra também um declínio dramático da mortalidade infantil, de 158 por mil nos anos 30 para 40 por mil nos anos 90. Entretanto, apesar desta melhoria, o Brasil continua substancialmente atrás dos países industrializados, e abaixo da média da América Latina. O Sudeste do Brasil, mais uma vez, apresentava taxas de mortalidade infantil menores que a média da América Latina. Uma estimativa feita pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, e relativa às condições de saúde da América Latina, poderia também aplicar-se ao caso específico do Brasil quando conclui que “...a América Latina e o Caribe experimentaram claramente melhorias na mortalidade infantil, expectativa de vida e cobertura nos últimos trinta anos. Mesmo assim, dados os seus níveis de educação e renda, a região deveria estar desfrutando de condições de saúde muito melhores. Em vez disso, tais países têm sérios problemas no referente à cobertura limitada, qualidade do serviço baixa ou declinante e custos crescentes.”⁵

Tabela 1
Expectativa de Vida ao Nascer

	1930/40	1940/50	1950/60	1960/70	1970/80	1998
Brasil	42,74	45,90	52,37	52,67	60,08	67,91
Nordeste	37,17	38,69	43,51	44,38	51,57	
Sudeste	44,00	48,81	56,96	56,89	63,59	
América Latina				55,2		69,0
Países Industrializados				68,6		73,8

Fonte: IBGE, *Estatísticas Históricas do Brasil*, 1986; *Brasil em Números*, 1997, UNPD, *Human Development Report* (1997).

5 Inter-American Development Bank (1996, p. 301).

Tabela 2
Mortalidade Infantil (por mil)

	1930/40	1940/50	1950/60	1960/70	1970/80	1998
Brasil	158,3	144,7	118,1	116,9	87,9	40,0
Nordeste	178,7	174,3	154,9	151,2	121,4	63,1
Sudeste	152,8	132,6	99,9	100,2	74,5	26,8

1996: Estados Unidos - 13; Alemanha - 5; Suécia - 4; Reino Unido - 6; México - 32; América Latina - 38.

Fonte: Mesma da Tabela 1, e World Bank, *World Development Report*.

As melhorias que aconteceram estavam, em parte, ligadas à evidente modernização da infra-estrutura sanitária do País. Houve uma expansão substancial na proporção da população com acesso à água tratada: de 33% em 1970 para 72% em 1995. O acesso ao saneamento, entretanto, que era de 26,6% em 1970, ainda se encontrava em apenas 40% em 1995, taxa consideravelmente mais baixa do que a dos países industrializados ou na média da América Latina (Tabela 4). Por outro lado, a população por médico e por enfermeiro, no Brasil, era substancialmente mais alta do que nos países industrializados ou na Argentina (Tabela 3).

Tabela 3
Indicadores de Saúde

	População por Médico	População por Enfermeiro	Prevalência de desnutrição (% de crianças menores de 5 anos)
Brasil	847	3,448	7
Chile	943	3,846	1
Argentina	329	1,786	2
México	621		14
Canadá	446		
Suécia	395		
Dinamarca	360		
Estados Unidos	470(1984)	70	
Alemanha	380(1984)	230	

Fonte: World Bank, *World Development Report*.

Tabela 4
Infra-estrutura Sanitária (% da população)

	Acesso a Tratamento de Água		Acesso a Saneamento	
	1980	1995	1980	1995
Brasil		72		41
Estados Unidos		90	98	85
Reino Unido		100		96
Alemanha				100
México		83		66
América Latina	60	75		61

Fonte: World Bank, *World Development Report*; UNDP, *Human Development Report*, 1997.

A estrutura de mortalidade foi mudando ao longo da segunda metade do século 20, refletindo o padrão epidemiológico associado a mudanças na estrutura demográfica da população. Com a expectativa de vida ao nascer aumentando, há um crescimento de doenças relacionadas às condições degenerativas crônicas. Entretanto, quando comparado às regiões economicamente mais avançadas ou às Américas como um todo (ver Tabela 6), pode-se observar que uma grande proporção das causas de morte no Brasil nos anos 90 ainda estava associada a um menor padrão de vida de uma parcela considerável da população, tais como doença pulmonar obstrutiva, doenças do aparelho digestivo, condições perinatais etc.

Tabela 5
Gastos Públicos com Saúde como % do PIB
(dado mais recente disponível do ano no período 1990-7)

Brasil	1,9%
Argentina	4,3%
Estados Unidos	6,6%
Reino Unido	5,7%
Suécia	7,2%
México	2,8%

Fonte: World Bank, *World Development Report 1999/2000*.

Tabela 6
Principais Causas da Mortalidade (%)

	Brasil (1994)	Américas (1998)	Europa (1998)
Doença Cardíaca	7,7%	17,9%	25,5%
Doença Cérebro-vascular	9,3%	10,3%	13,7%
Infecção respiratória menos aguda	9,1%	4,2%	3,6%
HIV/AIDS	4,5%	1,8%	0,2%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	7,1%	2,8%	2,7%
Diarréia	4,2%	2,0%	0,7%
Condições Perinatais	4,2%	2,6%	1,2%
Tuberculose		1,0%	0,6%
Câncer de traquéia/brônquios/pulmão		3,2%	4,2%
Acidentes rodoviários	3,3%	3,1%	1,9%
Outras*	49,4	51,1	45,7
Total	100,0	100,0	100,0

* No caso do Brasil, as seguintes causas estão incluídas sob "Outras": Homicídios 3,7%; Outros acidentes e efeitos adversos de drogas e medicamentos - 2,3%; doenças hipertensivas - 2,0%.

No que diz respeito à hospitalização, verificou-se que 25,8% das internações estão relacionadas à gravidez e às complicações do parto. Doenças respiratórias (16%), doenças do aparelho circulatório (9,96%) e doenças parasitárias e infecciosas (8,79%) são responsáveis pelas frequências subseqüentes, fornecendo "... *um quadro do padrão epidemiológico brasileiro, onde doenças degenerativas crônicas coexistem com doenças parasitárias e infecciosas, devido ao abismo social que ainda prevalece...*"⁶

Em suma, os problemas de saúde no Brasil abrangem tanto as doenças de bebês e crianças (como a diarréia) como as doenças crônicas e degenerativas de uma população idosa. "*Como o País passa pela transição epidemiológica dos padrões de doença do mundo em desenvolvimento para aquela dos países industrializados, ambos os conjuntos de problemas de saúde necessitam de determinado tratamento.*"⁷ Diferenças regionais também agravam o custo desta transição. Enquanto as estatísticas sobre saúde das regiões mais ricas -

6 *Brasil em Números* (1997, p. 89).

7 World Bank (1994, p. 7).

Sudeste e Sul - são similares àquelas do mundo desenvolvido, as regiões mais pobres - Norte e Nordeste - possuem padrões de saúde similares àqueles encontrados nos países africanos pobres.⁸

Saúde e serviço de saúde no Brasil antes de meados da década de 80

No Brasil, a Previdência Social foi criada em 1923, e a partir desse ano começaram a ser ofertados à população urbana inserida no mercado formal de trabalho serviços médico-assistenciais. A população não protegida pela Previdência Social era atendida pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, agências municipais e instituições filantrópicas. O Poder Público era também responsável pelas ações de interesse coletivo, como o controle de endemias e a vigilância sanitária.

Até 1964, apesar do crescimento da cobertura dos serviços previdenciários, apenas 22% da população brasileira tinha acesso aos benefícios da assistência médica da Previdência Social. Nas décadas de 60 e 70 iniciaram-se, com recursos da Previdência Social, ações que visavam universalizar o acesso aos serviços médico-assistenciais.

Em meados dos anos 60, a população rural foi incorporada como beneficiária da Previdência Social, passando a ter acesso a serviços médico-assistenciais. Em 1974, qualquer pessoa, independentemente de vínculo previdenciário, passou a ter atendimento garantido em situações de emergência. (Paulani, 1999)

Essas medidas concorreram para o aumento da cobertura populacional: o número de internações providas pela Previdência Social, que correspondia a 3,2% da população em 1971, passa a 8,8% em 1979, e o número de consultas por habitante/ano, que era de 0,5 em 1971, passa a 1,3 em 1979. (Vianna *et al.*, 1987, p. 21, citado em Paulani, 1999)

Como consequência dessas medidas, os gastos com a saúde no Brasil cresceram, passando de 1% para 2% do PIB nos anos 50 e para cerca de 6% em meados dos anos 80 (comparados a 11% nos Estados Unidos, 9,2% na Alemanha, 9,7% na Argentina e 10% na Suécia). Em termos absolutos, os gastos *per capita* com saúde no Brasil somavam US\$ 80 em 1982, enquanto que os Estados Unidos, à mesma época, gastavam 15 vezes mais. (McGreevey *et al.*, 1989, p. 313)

8 World Health Report (1999).

É preciso destacar que enquanto o governo brasileiro gastava somente 1% do PIB com saúde em 1950, a maioria de tais recursos destinava-se à medicina preventiva e aos programas de saúde pública. Nas quatro décadas seguintes, a maior parte do crescimento dos gastos com saúde ocorreu em medicina curativa individual, de modo que, em 1982, esses gastos foram responsáveis por cerca de 85% dos gastos totais com saúde.⁹ Uma vez que a maioria dos serviços médicos era fornecida pelo sistema de Previdência Social, que cobria principalmente trabalhadores e empregados no setor formal,¹⁰ o governo reforçou a desigualdade, negligenciando os serviços preventivos destinados, primeiramente, a impedir que as pessoas ficassem doentes.¹¹ Portanto, os beneficiários da renda com gastos em saúde foram principalmente as classes de renda média e alta dos centros urbanos no Brasil, que estão concentradas no Sudeste mais rico.

O governo federal ajudou a financiar o sistema médico-hospitalar por meio do INAMPS, financiando os pagamentos dos serviços de saúde pela arrecadação sobre a folha de pagamento e custeando a construção de hospitais privados por meio de empréstimos subsidiados.¹² No início dos anos 80, 90% da população estava supostamente coberta pelo sistema de Previdência Social, que destinava um quarto de seus fundos ao serviço médico e hospitalar. Também um fundo especial para o desenvolvimento social (FAS), criado em 1974, financiou a construção de mais de 30.000 leitos hospitalares, dos quais três quartos estavam no setor privado.¹³ O Ministério da Saúde forneceu ambulatório e serviços preventivos, e seu financiamento caiu substancialmente nos anos 70. É importante assinalar que em tempos de crises econômicas, quando havia necessidade de ajustamentos fiscais, os programas de

9 O sistema individual curativo foi financiado por meio de um imposto federal incidente sobre o total da folha de pagamento, desvinculado do programa de saúde pública do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

10 Uma vez que a massa dos pobres que vive na zona urbana e a população rural não efetuavam pagamentos à Previdência Social, eles foram qualificados somente para os serviços mínimos.

11 Weyland (1995, p. 1701). Um autor mostrou, no início do século 20, que “... medidas de saúde pública, tais como campanhas de saneamento e serviços básicos de saúde, tornaram-se requisitos para a manutenção e a reprodução de uma força de trabalho urbana.” (Atwood, 1990, p. 143). E, em geral, “...antes do golpe militar de 1964 o grande volume de gasto público com saúde foi para o subsistema coletivo-preventivo. Entretanto, desde então, a tendência foi a marginalização progressiva do Ministério da Saúde e o abandono de medidas coletivas-preventivas, com o subsistema individual-curativo ascendendo para a posição dominante dentro do sistema do serviço de saúde.” (Atwood, 1990, p. 144).

12 O INAMPS foi parte do SINPAS (Serviço Nacional da Previdência e Assistência Social), que era financiado pelo salário e impostos do empregador e suplementado por transferências de receitas gerais. Forneceu serviços somente para os assalariados do setor formal. Ver Lewis e Medici (1998, p. 269) e McGreevey *et al.* (1989, p. 315).

13 Estes empréstimos foram bem controversos, visto que muitos foram feitos para hospitais privados, a taxas de juros reais negativas.

serviço de saúde preventiva sofreram, em geral, reduções substanciais. (McGreevey *et al.*, 1989, p. 314) Entre 1980 e 1983 os gastos federais com saúde reduziram-se em 20%. (Lewis e Medici, 1998, p. 270)

Durante todo o período houve uma disputa entre o Ministério da Saúde, que tentava tratar os principais problemas de saúde pública (tais como tuberculose, outras doenças parasitárias e infecciosas, gripe, pneumonia, bronquite, diarreia), e o Ministério da Previdência Social e o INAMPS, que representavam os interesses médicos e hospitalares.

Regionalmente, no início dos anos 80, o governo redistribuiu alguns recursos das regiões mais ricas para as mais pobres. Arrecadou 9% de financiamento para gastos com saúde no Nordeste, enquanto gastava 17,2% naquela região. A despeito desta redistribuição, os gastos federais com saúde eram duas vezes mais altos no Sudeste, mais rico, do que no Nordeste, mais pobre. (McGreevey *et al.*, 1989, p. 317-318) Em 1980, havia 32 milhões de visitas médicas registradas no Nordeste, totalizando menos de uma por pessoa, enquanto no Sudeste havia 1,7 visitas *per capita*. (McGreevey *et al.*, 1989, p. 319)

A precariedade do sistema de saúde no Brasil, nesse período, pode ser aquilatada pelo seguinte fato: em 1973, metade dos 4.000 municípios do País não tinha nenhum clínico residente. A maioria destes municípios estava localizada no Norte e Nordeste do País, mas mesmo no Estado de São Paulo, avançado economicamente, quase um terço dos municípios não possuía clínicos. (Gentile de Melo, 1981, p. 34)

Na década de 80, o sistema médico-hospitalar reuniu a maior parte dos serviços do sistema de saúde. Em 1981, mais de 85% dos gastos hospitalares destinavam-se a estabelecimentos privados; assim, a “...*forma predominante de distribuir serviços médico-hospitalares...(era)...por meio do setor privado com reembolso dos gastos pelo governo por meio do INAMPS*” (McGreevey *et al.*, 1989, p. 322), enquanto que os custos do sistema eram altos e a oferta para os pobres, precária. Isto contrasta com o mais típico arranjo nos países em desenvolvimento, onde uma grande proporção do serviço de saúde é estendida aos estabelecimentos públicos (a Tabela 7 descreve a distribuição dos estabelecimentos públicos e privados no Brasil). (World Bank, 1994) Muitos clínicos brasileiros, especialmente nas grandes cidades, continuam trabalhando como empregados, em regime de tempo parcial, em diversos empregos, uma vez que “...*além de seu trabalho em clínicas públicas, cada médico trabalha normalmente em um estabelecimento privado. Tipicamente, eles usam seu emprego em clínicas públicas como um meio para recrutar pacientes para estabelecimentos privados, onde, do ponto de vista do médico, ele pode oferecer um serviço de melhor qualidade com base em uma remuneração pelo serviço e onde o cliente pode desfrutar de uma maior atenção pessoal....Assim, os estabelecimentos de*

responsabilidade do governo...foram, em 1981, responsáveis por 43% das consultas médicas e dentárias, mas somente por 10% de admissões hospitalares. Clínicos, dentistas e hospitais particulares conduziram 30% das consultas médicas e dentárias e 86% de admissões hospitalares. ...” (McGreevey et al., 1989, p. 323)

Tabela 7
Distribuição dos Estabelecimentos Públicos e Privados no Brasil (%)

	Com Leitos		Sem Leitos	
	Público	Privado	Público	Privado
1978	19%	81%	70%	30%
1980	20%	80%	71%	29%
1988	26%	74%	74%	26%
1990	28%	72%	77%	23%

Fonte: IBGE e World Bank (1994).

Estudos também mostraram que os hospitais públicos eram subutilizados na década de 80. Isto foi atribuído tanto aos estabelecimentos ineficientes e obsoletos como ao fato de que nos acordos do INAMPS com esses hospitais a remuneração era muito inferior àquela paga aos hospitais com fins lucrativos. Ademais, como as consultas iniciais ocorriam em estabelecimentos públicos, os clínicos tendiam a fazer comparações com os hospitais privados. Em geral, o sistema desenvolvido no Brasil encorajava os clínicos a recomendar grande quantidade de serviços, além da consulta inicial. Enquanto o padrão internacional é de 23 exames complementares para cada 100 pacientes consultados, os hospitais privados brasileiros, contratados pelo INAMPS, executaram, em 1981, 130 exames para cada 100 pacientes consultados. Os sistemas público e privado realizaram juntos 95 exames para cada 100 consultas, 80% dos quais, segundo os especialistas, eram provavelmente desnecessários. (McGreevey et al., 1989, p. 325) O grande número de cesarianas reforça este ponto. Cesarianas foram realizadas por todo o Brasil a taxas excessivas, especialmente no Sudeste, que é a região mais rica. O parto por cesariana ocorreu, em média, em 32% de todos os nascimentos nessa região em 1986, aumentando sua freqüência com o nível de renda que, por sua vez, está inversamente relacionado aos riscos maternos.¹⁴

¹⁴ World Bank (1994). A quantidade excessiva de cesarianas também estava relacionada à forma de pagamentos. O SUS pagava mais por cesarianas do que por partos normais. Os pagamentos por este tipo de parto incluíam pagamentos para anestestistas, que não eram utilizados em partos normais. Estes fatos levaram muitos clínicos a recomendar cesarianas. Em 1999, entretanto, o SUS mudou seus procedimentos de pagamento, não pagando por cesarianas para os hospitais cuja taxa deste tipo de parto excedesse à taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

Desde os anos 70, o sistema médico do Brasil tem sido caracterizado por uma rápida expansão de equipamento médico de alta tecnologia, conforme pode ser visto pelos dados a seguir, tomando 1970 como a base 100: as consultas médicas cresceram para 565 em 1981 e as hospitalizações para 469, os exames de raio X expandiram-se para 1.036 e outros exames complementares, para 1.530. O estudo de McGreevey *et al.* afirma que muitos desses exames não eram necessários, mas que “... *existe atualmente no Brasil um avantajado complexo médico-industrial, que vende o filme e produtos relacionados para o sistema de saúde e, assim, tem motivo para repelir mudanças.*” (McGreevey *et al.*, 1989, p. 529) Até a década de 80, o sistema de saúde do Brasil poderia enquadrar-se facilmente na crítica feita ao sistema de saúde da América Latina pelo relatório do BID, no qual se afirmava que “... *para o sistema de saúde da América Latina e do Caribe, as maiores questões são sua organização e suas formas particulares de alocar recursos. Essas encorajam custos crescentes, desencorajam o esforço de provedores, direcionam-se para atividades menos efetivas em relação ao custo e resultam em cobertura desigual entre regiões e classes de renda.*”¹⁵

Neste ponto, podemos observar que, a despeito das altas taxas de crescimento e das melhorias no sistema de saúde no período anterior a meados dos anos 80, a concentração de renda refletiu-se em um sistema de saúde que fornecia, razoavelmente bem, serviços sofisticados para as classes média e alta, mas negligenciava serviços básicos para a população rural e urbana pobre.

Durante esse período, movimentos sociais emergiram, reagindo contra este modelo de serviço de saúde altamente desigual e que implicava o mau uso de recursos. Eles demandavam uma Reforma Sanitária para “...*garantir direitos iguais a todos os cidadãos e mudar a ênfase de medidas curativas para preventivas, tais como vacinação e saneamento.*” ((Weyland, 1995, p. 1701) Essa reforma entrou em vigor em 1984, com as Ações Integradas de Saúde - AIS e, posteriormente, em 1987, com o Serviço Unificado e Descentralizado do Sistema de Saúde - SUDS.

A Constituição de 1988 e seu impacto sobre o sistema de distribuição de saúde no Brasil

A Constituição de 1988 garantiu o direito de “*acesso igual e universal aos serviços...(de saúde)*”¹⁶, qualquer que seja a renda ou ocupação da pessoa, promoveu a integração do

15 Inter-American Development Bank (1996, p. 299-300).

16 *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988, Título VIII, “A Ordem Social,” Artigo 196.

INAMPS e Ministério da Saúde, criou o SUS (Serviço Único de Saúde) e determinou que todos os serviços deveriam ser fornecidos pelos municípios, com assistência técnica e financeira do governo federal e dos Estados.¹⁷ O Sistema Único de Saúde (SUS) é visto como uma consolidação dos esforços que começaram com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado do Sistema de Saúde (SUDS). Alguns atribuem ao SUS (World Bank, 1994) uma melhoria na coordenação e eficiência devido ao fato de este efetivar e estimular a descentralização (municipalização), elemento este muito importante em um país do tamanho do Brasil. Com o SUS, espera-se que os governos municipais constituam um “sistema único”, sendo responsáveis pela administração dos serviços de saúde pública, deixando as tarefas mais gerais para o governo central. (Campino *et al.*, 1999) Identificamos, portanto, duas implicações maiores da Reforma da Saúde Brasileira: primeiro, a cobertura foi estendida a todos os cidadãos; e, segundo, a provisão do serviço de saúde foi descentralizada.

A Constituição é vaga, entretanto, quanto à fixação da exata responsabilidade de cada esfera do governo, mas altamente específica sobre a distribuição dos fundos federais entre as três esferas. Estima-se que a participação do governo federal declinou de um pouco mais de 50% do final dos anos 70 para 36,5% ao final de 1993, enquanto a participação dos estados aumentou um pouco e a dos municípios passou de 14% para 22%. Se esta é uma bonança ou um ônus para os governos locais vai depender do fato de suas responsabilidades aumentarem para menos ou para mais relativamente às suas receitas. Foi observado que embora a Constituição de 1988 estabelecesse as bases para um sistema descentralizado, “... *a pouca clareza sobre as responsabilidades associadas com ... (a transferência de recursos do governo federal para o local) ... deixam o sistema aberto para o abuso e o caos. Não está claro que entidade ou esfera do governo tem autoridade máxima para controlar o sistema ou seus custos. Todas as esferas do governo continuam envolvidas com financiamento e distribuição do serviço.*” (Lewis e Medici, 1998, p. 273)

No início dos anos 90, havia 5.500 municípios no Brasil e era dada à maioria mais autoridade sobre saúde do que eles poderiam administrar. Grandes municípios (com populações de mais de 1 milhão de habitantes) beneficiaram-se do sistema por meio de economias de escala e da presença de burocracias mais competentes e responsáveis, enquanto municípios menores (5.000 a 30.000 habitantes) não tinham nem competência administrativa nem recursos para controlar e distribuir serviços de saúde de maneira efetiva. Por este motivo, em muitos casos os governos estaduais permanecem como administradores e mesmo como provedores.

17 Tudo isso foi obtido pela Lei 8 080 de 1990. Para detalhes, veja World Bank (1994, p. 23).

Nos primeiros quatro anos da municipalização dos serviços de saúde no Brasil ocorreu um *boom* de construção de clínicas públicas, especialmente em municípios menores. A maioria nunca foi concluída devido à insuficiência de fundos. Assim, a idéia de que maior responsabilidade com gasto público resultaria da descentralização, pois os governos locais estariam sujeitos a maior responsabilidade, foi colocada em dúvida. Lewis e Medici concluíram que “... *dados os incentivos com que se defrontam os prefeitos, é provável que eles gastassem exatamente nos projetos caros de construção, tais como hospitais e clínicas, deixando os problemas de custos operacionais para os futuros prefeitos.*” (Lewis e Medici, 1998, p. 274) A descentralização também induz pequenos municípios a ter seu próprio hospital, o que, dados os altos custos fixos para construção e manutenção, pode gerar um número maior de hospitais do que o necessário para atender às necessidades da população.

Durante toda a década de 70 e início da de 80 os custos do INAMPS subiram muito, na medida em que aumentaram os contratos particulares e havia pouco controle sobre o consumo do serviço de saúde. Apesar das tentativas de melhorias no sistema de auditoria, havia crescentes problemas de administrar a prestação de contas, de prever gastos em nível federal e hospitalar e havia acusações correntes de fraude. Isso levou à criação de uma comissão de especialistas, que estabeleceram parâmetros-chaves para um novo sistema. Foi dada prioridade para: a) permitir acesso dos pacientes aos serviços de sua escolha; b) definir padrões para a participação dos hospitais no sistema; c) definir mecanismos para reajustar pagamentos para os provedores; d) determinar critérios para a admissão dos pacientes no hospital; e) separar pagamentos de hospital e de clínico; f) facilitar a supervisão e o controle financeiro; e g) ligar os pagamentos à performance do hospital. Sob o novo sistema, os provedores recebiam uma quantia fixa, de acordo com o diagnóstico, usando custos médios e códigos da Organização Mundial da Saúde para fixar os níveis de pagamento. (Lewis e Medici, 1998, p. 275) Para complementar o financiamento à internação de pacientes, o governo federal, em 1990, instituiu um sistema prospectivo de pagamento para paciente de ambulatório, UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial -, que incluía serviço de emergência e cuidados ao paciente de ambulatório, sob um sistema de pagamentos separados. A idéia era suprimir incentivos para hospitalização e reembolsar os hospitais pela atenção aos pacientes ambulatoriais bem como aos pacientes internados.

Ao final de 1991, o sistema SUS admitia 1,2 milhão de pacientes por mês com permanência média de 6,4 dias. Esse dado foi considerado baixo quando comparado a outros países desenvolvidos e em desenvolvimento. O uso do hospital, entre 1987 e 1991, cresceu 53%, enquanto a população crescia menos de 2% ao ano. Lewis e Medici (1998, p. 277-278) afirmam que “... *parte do crescimento é devida à abertura do sistema a todos os cidadãos, o restante é atribuído à fraude em contas “fantasmas” e à sofisticação*

crescente de residentes urbanos que querem serviços hospitalares.” Este aumento no uso dos hospitais, pela universalização e o aumento na expectativa de vida, colocou em dúvida a capacidade de o governo enfrentar esta demanda crescente pelos serviços de saúde.

Contribuições do setor público e do setor privado para o serviço de saúde do Brasil

O setor privado poderia participar da estrutura SUS de maneira complementar, como provedor. A relação entre administradores públicos e provedores privados era dada pelos contratos e pagamentos feitos sob a forma de “pagamento por serviço” (“*fee for service*”).

A maioria do sistema de atenção à saúde do Brasil é particular, devido ao fato de o crescimento dos serviços, nos anos 80, ter sido atendido principalmente pela construção de hospitais privados, os quais se beneficiaram de empréstimos subsidiados pelo Estado. O setor privado dominou a oferta de pacientes internados, enquanto o setor público construiu a maior parte da infra-estrutura do serviço ambulatorial. Em 1987, o INAMPS financiou 64% de todas as permanências em hospitais (internações hospitalares), das quais menos de 20% eram em hospitais públicos; o INAMPS também pagou mais de 70% dos serviços com pacientes ambulatoriais, sendo metade em estabelecimentos públicos. Nos anos 90, 80% dos leitos hospitalares eram particulares, enquanto o setor público forneceu 70% do serviço ambulatorial. O governo federal é a principal fonte de recursos financeiros dos gastos com saúde pública (cerca de 65%), enquanto Estados e municípios contribuem com 20% e 15%, respectivamente. É claro que o governo é o principal pagador de serviços de saúde, especialmente serviços de hospital, que é a parte mais onerosa. Os gastos com saúde pública nos anos 90 somavam somente cerca de 1,9% do PIB (ver Tabela 5), enquanto 1,5% provinham do setor privado.

A distribuição da proteção à saúde

Dada a continuidade de problemas nos serviços de saúde fornecidos pelas instalações públicas (tais como filas, carência de médicos em serviços básicos, carência de padrões de conforto mais altos), o sistema privado começou a crescer, provendo serviços para as classes média e alta, que compram planos de saúde, e para as pessoas empregadas no mercado de trabalho formal, para quem os empregadores pagam planos de saúde. A Tabela 8 mostra a distribuição de pessoas que compram planos de saúde por quintil da distribuição de renda. Observamos que quando a renda aumenta a porcentagem de indivíduos com planos de saúde também aumenta (passa de 1,4% no quintil mais baixo para 63,4% no quintil mais alto).

Tabela 8
Distribuição de Planos de Saúde (%)

Plano de Saúde?	Quintil de Renda				
	1	2	3	4	5
Sim	1,40%	5,00%	16,80%	34,50%	63,40%
Não	98,60%	95,00%	83,20%	65,50%	36,60%

Fonte: Campino *et al.* (1999).

O setor privado oferece serviços primários e de internação. Entretanto, para serviços que requerem tecnologia mais sofisticada, mesmo os grupos de renda mais alta usam os serviços públicos de saúde devido à sua menor disponibilidade no setor privado. Assim, paradoxalmente, “... *as classes de renda mais baixa e as pessoas do mercado de trabalho informal têm poucas oportunidades de acesso a esses tipos de serviços públicos. Em muitos casos, eles não têm a informação necessária sobre suas necessidades para esses serviços e, mesmo se a tivessem, não têm os meios para entrar em contato com os mesmos.*” (Campino *et al.*, 1999, p. 10) Foi estimado que em meados da década de noventa cerca de 37 milhões de habitantes usaram o sistema privado (ao redor de 23% da população).

O estudo sobre o setor saúde na América Latina, publicado em 1996 pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, chegou a conclusões que facilmente se adequam ao Brasil. O estudo verificou que há “... *um imenso setor privado que administra cerca de metade de todas as visitas médicas e aproximadamente um quarto de permanências hospitalares. O sistema é de propriedade privada e tende a ser financiado diretamente pelos usuários, que têm pouco controle sobre os serviços e que assumem inteiramente o risco. A regulamentação do governo é mínima....Para a população com maior capacidade de pagar, os serviços de saúde tendem a ser mais integrados e controlados por arranjos financeiros independentes.*”¹⁸ Na América Latina, os governos têm estado cada vez mais envolvidos com os serviços de saúde por meio de provedores públicos. Estes serviços de saúde têm sido geralmente financiados por impostos gerais. Os limites de financiamento eram vagos e existia uma pobre coordenação entre os vários tipos de serviços. A alocação de recursos tem pouca conexão com a demanda, mas está vinculada à disponibilidade de insumos. A centralização desses últimos freqüentemente dificulta a

8 Inter-American Development Bank (1996, p. 305).

obtenção, pelos hospitais ou clínicas, da combinação necessária de insumos no tempo certo. Empregados nos serviços de saúde do governo têm estabilidade no emprego a um salário fixo e pouco incentivo para fazer satisfatoriamente seus trabalhos. Muitas vezes os clínicos, que também estão vinculados a serviços públicos e privados, usam sua posição no primeiro “... para obter acesso aos estabelecimentos públicos, enquanto oferecem serviços privados que asseguram pagamento adicional para cada visita....e...Desde que o uso de um sistema de preço é proibido, os estabelecimentos públicos estão inundados de pacientes, a ponto de a qualidade do serviço declinar e a espera em filas tornar-se longa.”¹⁹

Condição da saúde no Brasil

Uma pesquisa especial, realizada em 1996-97 nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, revelou desigualdades substanciais no sistema de saúde do País.²⁰ Foi constatado que a saúde melhora quando o nível de renda aumenta. Os entrevistados pela pesquisa foram classificados em dois grupos: aqueles que declararam que sua saúde era boa ou muito boa e aqueles que indicaram que sua condição de saúde era inadequada. Verificou-se que 80,9% da população estava no primeiro grupo e 19,1% no último. O exame dos resultados por quintil da distribuição de renda mostrou que aqueles cuja condição de saúde era boa ou muito boa aumentaram de 76% no quintil mais baixo para 87% no quintil mais alto. Verificou-se, também, que com rendas crescentes há um aumento na proporção de pessoas com problemas cardíacos, hipertensão e diabetes, enquanto há um declínio dos problemas do aparelho digestivo e doenças neuro-psiquiátricas.

Demanda por serviços de saúde

A demanda por serviços de saúde pode ser dividida em três tipos: por tratamento de problemas crônicos, por problemas passageiros (serviços curativos) e por prevenção. Na pesquisa mencionada verificou-se que quando a renda aumenta há um aumento na proporção de pessoas que usam serviços médicos e fazem exames periódicos. Além disso, a demanda

19 *Ibid.*, p. 305-306.

20 A pesquisa intitulou-se “PPV Pesquisa de Padrão de Vida” e foi realizada pelo IBGE, em colaboração com o Banco Mundial, no período de março de 1996 a março de 1997, cobrindo as Regiões Metropolitanas de Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e as regiões urbana e rural restantes do Nordeste e Sudeste.

por serviços curativos de saúde aumentou claramente com os níveis de renda, pois somente 47% das pessoas no quintil mais baixo procuravam esse serviço, proporção que atingia 69% no quintil mais alto.

A pesquisa revelou que os grupos de renda mais baixa estavam obtendo atendimento nos hospitais ou centros públicos de saúde e as classes mais ricas em estabelecimentos privados (hospitais, clínicas e consultórios médicos) (ver Tabela 9). Merece ser observado, entretanto, que muitas pessoas dos grupos de renda mais alta receberam atendimento em hospitais públicos quando sua doença exigia tratamentos mais onerosos, de alta tecnologia, que não estão necessariamente disponíveis em hospitais privados (e.g. INCOR - O Instituto do Coração de São Paulo).

Tabela 9
Distribuição do Acesso aos Serviços Hospitalares

	Quintil de Renda					Total
	1	2	3	4	5	
Centros e Hospitais Públicos	80,70%	80,40%	67,60%	42,50%	18,70%	54,70%
Clínicas e Hospitais Privados	9,70%	13,50%	25,80%	52,90%	76,60%	39,80%
Outros	9,60%	6,10%	6,60%	4,60%	4,70%	5,50%

Fonte: Campino *et al.* (1999).

Gastos com saúde

A pesquisa mostrou também que os gastos com saúde cresceram com os níveis de renda. O crescimento foi bem substancial entre os quintis 4 e 5 (157%). Os gastos no quintil 5 foram quase 6,5 vezes maior que o de pessoas no quintil 1. No primeiro quintil, apenas 1,4% possuía algum tipo de seguro saúde, comparado aos 34% no quintil 4 e 63,4% no quintil 5.

Dados os maiores recursos financeiros e de seguro dos grupos de renda mais alta, não é surpreendente que os indivíduos nos quintis mais altos revelem mais problemas crônicos de saúde do que aqueles dos quintis mais baixos. Duas são as prováveis explicações: ou os indivíduos dos grupos de renda mais baixa estão menos cientes de seus problemas de saúde ou, como um resultado de seu perfil demográfico, apresentam poucos problemas crônicos.

A pesquisa verificou que há sinais consistentes de desigualdade em relação à utilização dos serviços de saúde em favor dos indivíduos nos níveis de renda alta.

Financiamento do serviço de saúde

Há, atualmente, quatro fontes básicas de financiamento do serviço de saúde no Brasil. Essas fontes incluem dois tipos de impostos indiretos, uma contribuição de um imposto sobre transações financeira e recursos do Fundo de Estabilização Fiscal.

O artigo 198 da Constituição do Brasil afirma que o SUS (Sistema Único de Saúde) deve ser financiado por recursos do orçamento da Previdência Social do governo federal, dos Estados (incluindo o Distrito Federal) e dos governos municipais. A Constituição não indica as fontes específicas por meio das quais cada esfera do governo financiaria suas contribuições para saúde. Em 1995, último ano para o qual há informação consolidada, a contribuição do governo federal somou 63%, dos Estados 21% e dos municípios 16%. A parcela do governo federal veio de contribuições sociais ligadas ao orçamento da Previdência Social. Nos anos 90, havia cinco fontes de financiamento:

- 1) Contribuição sobre o lucro líquido das empresas (CSLL), cuja parcela da receita total do Ministério da Saúde, em 1994, foi 12,8% e nos anos 1995-97 foi 9,27%.
- 2) CONFINS, criado em 1982, que incide sobre o faturamento das empresas. A base de cálculo é a renda operacional ou os lucros das empresas. Os recursos desta fonte corresponderam a 49,08% da receita do Ministério da Saúde em 1995 e 25,05% em 1998.
- 3) CPMF, que foi instituída em 1997 como um imposto temporário sobre transações financeiras. Os recursos desta fonte corresponderam a 27,8% da receita do Ministério da Saúde em 1997 e 33,9% em 1998.
- 4) Fundo de Emergência Social, criado em 1994, quando sua parcela foi 36,8% da receita do Ministério da Saúde, declinando para 12% em 1998.
- 5) Outras fontes: a composição de seus recursos variou de ano para ano, mas sua principal fonte foi constituída pelos recursos ordinários do Tesouro e operações de crédito interno. Sua parcela foi, em média, de 18% em meados dos anos 90.

Estudos sobre o sistema tributário do Brasil mostraram que entre os principais impostos que financiam a saúde o único que dá indicações claras de não-regressividade é a CSLL. O

imposto financeiro CPMF gerou alguma controvérsia sobre seu grau de regressividade. Uma escola de pensamento argumentou que o imposto é progressivo porque as pessoas com rendas baixas não se utilizam do sistema bancário. Outros reivindicam, entretanto, que atrás das transações financeiras há o funcionamento da economia real, que utiliza o sistema bancário como intermediário para suas trocas e, assim, o imposto permeia todas as transações econômicas.

Conclusão

Neste artigo descrevemos a situação da saúde da população do Brasil, o sistema de saúde brasileiro, e suas implicações para o processo de desenvolvimento. Embora haja melhorias substanciais nas últimas décadas, o Brasil ainda tem um padrão epidemiológico onde ainda prevalecem doenças infecciosas e parasitárias (tais como, cólera, malária etc.), devido à inadequação de infra-estrutura sanitária. Este padrão está rigorosamente associado à alta concentração de renda do Brasil. Enquanto as classes de renda média e alta podem comprar planos de saúde e usar o tipo de serviço de saúde similar ao que é usado em países industriais avançados, a população urbana pobre e a população rural têm acesso limitado aos serviços públicos de saúde, que são, na maior parte, bem precários.

Nas duas últimas décadas do século 20, principalmente depois da introdução da Constituição de 1988, o Brasil implementou uma reforma institucional no sistema de saúde para promover igualdade e eficiência na provisão dos serviços. Esta reforma teve sucesso apenas limitado. Os objetivos oficiais das novas instituições divergiram acerca de seu impacto real devido à deficiência na adequação de execução por parte do governo federal. Por exemplo, as imprecisões na legislação levaram a uma dissipação de recursos quando sua distribuição tornou-se cada vez mais descentralizada.²¹ Ironicamente, o objetivo dessa descentralização foi aumentar a eficiência na oferta de serviços de saúde.

Mostramos, ademais, que a melhoria no perfil da saúde de um país em desenvolvimento depende não somente da proporção de seus recursos destinados à saúde, mas também de como esses recursos são gastos e quem tem acesso a eles. A alta concentração de renda do Brasil resultou em uma distorção dos gastos com saúde, enfatizando a medicina curativa em

21 Por exemplo, há um grande número de hospitais públicos desnecessários, construídos com fins eleitorais.

prejuízo da medicina preventiva, e a população das classes de renda mais alta foi capaz de usar a infra-estrutura da saúde do País em vantagem própria, muitas vezes em detrimento dos grupos de renda mais baixa.

Bibliografia

Atwood, Angela. Health policy in Brazil: the state's response to crisis. *In: The political economy of Brazil: public policies in na era of transition*. Austin: University of Texas Press, 1990.

Becker, G. *Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*. 3rd edition. The University of Chicago Press, 1993.

Behrman, Jere R. The impact of health and nutrition on education. *The World Bank Research Observer*, v. 11, n. 1, p. 23-37, 1996.

Behrman, Jere R. and Deolalikar, Anil B. Health and nutrition. *In: The handbook of development economics*. V. 1, Editado por H. Chenery and T. N. Srinivasan. Elsevier Science Publishers, 1988.

Campino, Antonio C. C. *et al.* Equity in health in LAC - Brazil. São Paulo: FIPE/USP, 1999, *mimeo*.

Gentile de Melo, Carlos. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: HUCITEC, 1981.

Gillis, Malcolm, Perkins, Dwight H., Roemer, Michael e Snodgrass, Donald R. *Economics of development*. Fourth Edition. New York: W.W. Norton & Company, 1996.

IBGE. *Estatísticas históricas do Brasil*, 1986.

_____. *Brasil em números*, 1997.

Inter-American Development Bank. *Economic and social progress in Latin America: 1996 Report*. Seção Especial: "Making Social Services Work", 1996.

Levinger, Beryl. Nutrition, health and learning: current issues and trends. *School of Nutrition and Health Network Monograph Series*, Nº1, Newton, Mass.: Education Development Center, 1992.

Lewis, Maureen e Medici, Andre. Health care reform in Brazil: phasing change. *In: Saco, Maria Amparo Cruz e Mesa-Lago, Carmelo (eds.), Do options exist? The reform of pension and health care system in Latin America*. University of Pittsburg Press, 1998.

- Lucas, R. On the mechanism of economic development. *Journal of Monetary Economics*, 22, p. 3-42, 1988.
- Martorell, Reynaldo. Enhancing human potential in Guatemalan adults through improved nutrition in early childhood. *Nutrition Today*, p. 6-13, 1993.
- McGreevey, William P., Piola, Sergio e Viana, Solon Magalhães. Health and health care since the 1940s. In: Bacha, Edmar L. e Klein, Herbert S. (eds.), *Social change in Brazil 1945-1985*. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico Press, 1989.
- Mushkin, Selma J. Health as an investment. *Journal of Political Economy*, v. 70, n. 5, p. 129-157, 1962.
- Paulani, L.M. The public health system. São Paulo, 1999, *mimeo*.
- Schultz, Theodore W. Reflections on investment in man. *Journal of Political Economy*, v. 70, n. 5, p. 1-8, 1962.
- UNDP. *Human Development Report 1997*.
- Weyland, Kurt. Social movements and the state: the politics of health reform in Brazil. *World Development*, v. 23, n. 10, p. 1699-1712, 1995.
- WHO. *World Health Report, 1999*.
- World Bank. *World Development Report*, vários anos.
- World Bank. *The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s*. Report N. 12655 - BR, Brazil, Washington, D.C, 1994.