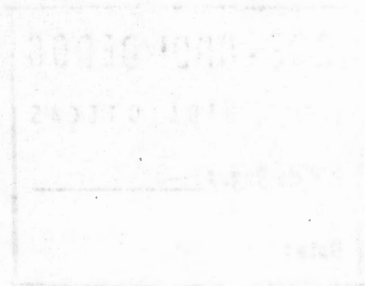


INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE
ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS - ENCE



R E L A T Ó R I O S T É C N I C O S

Nº 04/92

A DIMENSÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

André Cezar Médici
Francisco E. B. de Oliveira

FEV/92

Ge 11704-4

IBGE - CDDI/DEDOC

REDE DE BIBLIOTECAS

N.º de Reg. : 588

Data: 33.08.92

31(047.3)

R382n

4/92

Doc

A DIMENSÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

**André Cezar Medici
Francisco E.B. de Oliveira**

**RIO DE JANEIRO
FEVEREIRO DE 1992**

INDICE

Introdução.....	2
Qual é a Magnitude da Rede de Assistência Médica no Brasil?.....	4
Como se Distribui Regionalmente esta Rede?.....	17
Qual a Magnitude da Rede Privada que Depende do Setor Público?.....	21
O Número de Hospitais nem Sempre é o Melhor Indicador do Tamanho da Rede. Há que se Conhecer o Número de Leitos.....	23
A Produção de Serviços é Eficiente e Adequada?.....	31
Médicos e Profissionais de Saúde Absorvidos pelo Setor.....	34
A Rede de Serviços Existentes Atende às Necessidades Mínimas da População?.....	36
Quem e Como se Paga a Conta?.....	56
Considerações Finais.....	71
Anexo Estatístico.....	73

Introdução

No último quartel de século, muitas mudanças se processaram na estrutura e na dinâmica do sistema de saúde no Brasil. Alguns segmentos da sociedade tem atribuído essas transformações ao papel exuberante que o Estado detém na sociedade brasileira. Foi o Estado que impulsionou a criação das CAP'S e dos IAP's nos anos vinte e trinta. Foi ele que, em 1967, procedeu a unificação de todos os IAP's num único instituto - o INPS. Foi ele, ainda, que estabeleceu as regras de unificar e descentralizar os sistemas públicos de saúde nos anos oitenta, com a criação das AIS, do SUDS e do SUS.

Participar do Estado, na área de saúde, tornou-se, para muitos, sinônimo de ser "protagonista da história". A saúde, ao longo dos anos oitenta e noventa tem sido um valor cultivado nos discursos dos políticos e nos relatórios dos burocratas. Os "mass media" divulgam em áudio e vídeo a máxima de que saúde é direito de todos e dever do Estado e mostram frequentemente os êxitos e fracassos associados a estas estratégias.

A defesa da saúde através do Estado tem eleito parlamentares, prefeitos e vereadores. Tem gerado cargos e movimentado vultosos recursos. O discurso da saúde nas universidades substitui crescentemente a ética e a técnica pela política, entre aqueles que aspiram, através de bandeiras e retórica, ingressar neste turbilhão de poder, dinheiro e

prestígio.

No entanto, longe do foco dos holofotes onde se apinham aqueles que passam a vida entre promessas, denúncias e utopias, encontram-se os protagonistas desconhecidos da história da saúde nesse país. São aqueles que não sabem que são cidadãos, ou que vivenciam o frequente descompromisso do Estado com seus deveres. Para esses, que correspondem a maioria da população, a falta de saúde é uma contingência fora de seu controle, como o são também as cheias, as secas e a morte.

São ainda protagonistas afastados desta história, as empresas e os trabalhadores formais que, ao perderem o pouco de assistência médica que ainda recebiam do INAMPS nos anos setenta, resolveram buscar alternativas próprias para a proteção a sua saúde e de suas famílias. Tais alternativas, baseadas em estratégias totalmente à margem do Estado, já atendem quase um quarto da população brasileira.

Sendo assim, boa parte da prestação de serviços de saúde no Brasil não depende do setor público. Outra parte, ainda que financiada com recursos públicos, é adquirida da rede privada. A dimensão social e econômica do setor saúde no Brasil extravasa, dessa forma os limites do Estado, mostrando que a sociedade pode encontrar suas próprias formas de organização e atendimento à saúde quando fracassam, em todo ou em parte, as estratégias governamentais.

O objetivo deste trabalho é caracterizar, de forma breve, a dimensão do setor saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito a magnitude de sua rede física, ao pessoal ocupado, a produção de serviços e ao volume de recursos que ele movimenta. Serão cotejadas informações relativas aos setores públicos e privados, constantes no anexo estatístico ou nos eventuais quadros e gráficos utilizados ao longo do texto.

Espera-se, dessa forma, contribuir com informações técnicas no debate sobre as modalidades de organização dos serviços de saúde no Brasil que ainda se caracteriza pelo desbalanceamento entre ideologia e pragmatismo.

Qual é a Magnitude da Rede de Assistência Médica no Brasil ?

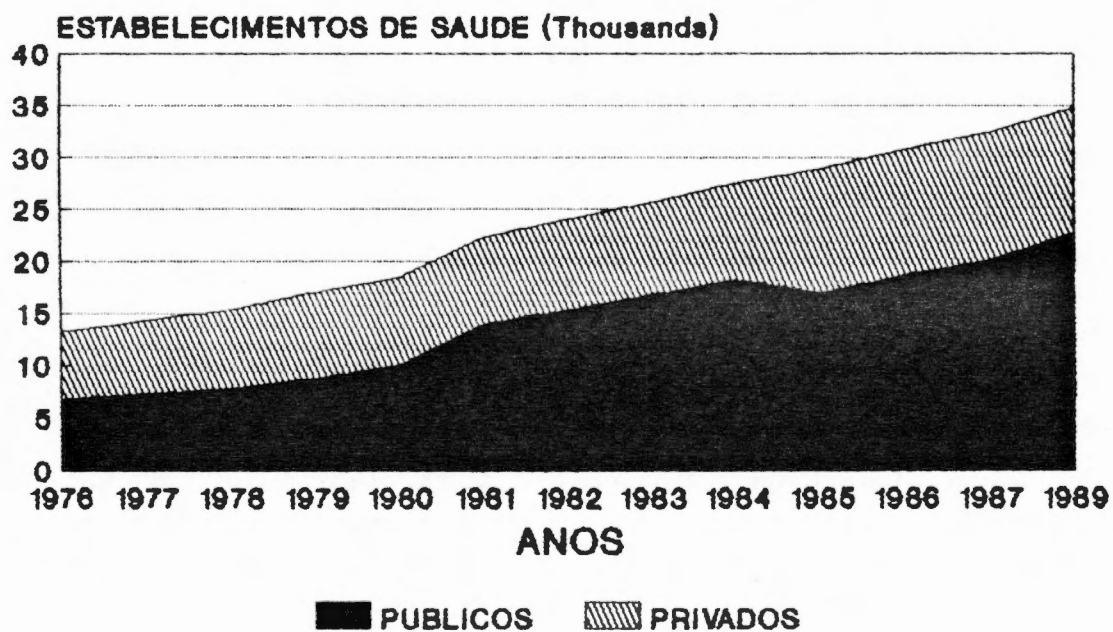
A rede de saúde no Brasil era composta, em 1989, por 34.831 estabelecimentos de saúde, entre hospitais, postos, centros de saúde e prontos-socorros. A maioria destes estabelecimentos - cerca de 79,5% - era de caráter ambulatorial, ou seja, não tinha dependências para internação de pacientes em suas instalações. O restante - em torno de 20,5% - era composto por estabelecimentos de natureza hospitalar.

Entre 1976 e 1989, o número de estabelecimentos de saúde em atividade no Brasil apresentou um geométrico anual de 7,8% ao ano, crescimento bastante elevado para um intervalo de tempo de 13 anos dos quais pelo menos seis situaram-se em plena conjuntura recessiva. Entre 1980 e 1984, período no qual se situam os anos mais duros da recessão, o crescimento geométrico anual do número de estabelecimentos foi de 10,5%. Entre 1984 e 1986, período onde ocorreu uma forte recuperação da economia, esse crescimento, paradoxalmente, reduziu-se para 5,8% ao ano. Entre 1986 e 1989 essa taxa baixou para 4,1% ao ano. Assim, existe uma tendência ao declínio do crescimento dos estabelecimentos de saúde na passagem para os anos noventa.

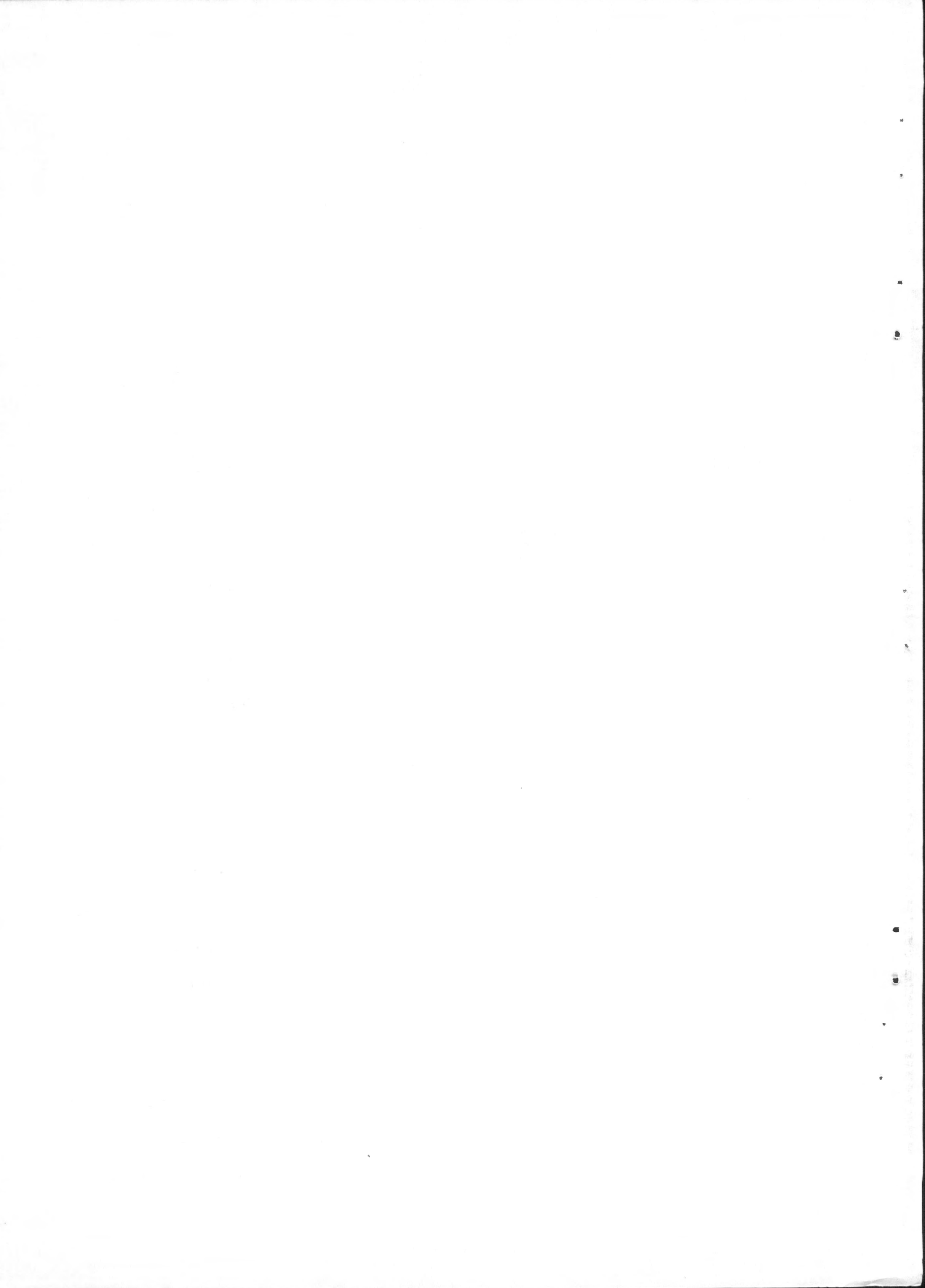
No bojo desse crescimento, vale destacar que o setor público foi o que apresentou as maiores taxas de crescimento. Em 1976, o setor público já respondia por 51% dos estabelecimentos. Em 1986 tal participação alcançava 61% e em

1 - ESTAB. DE SAUDE

EVOLUCAO: 1976-1989



FONTE: AMS

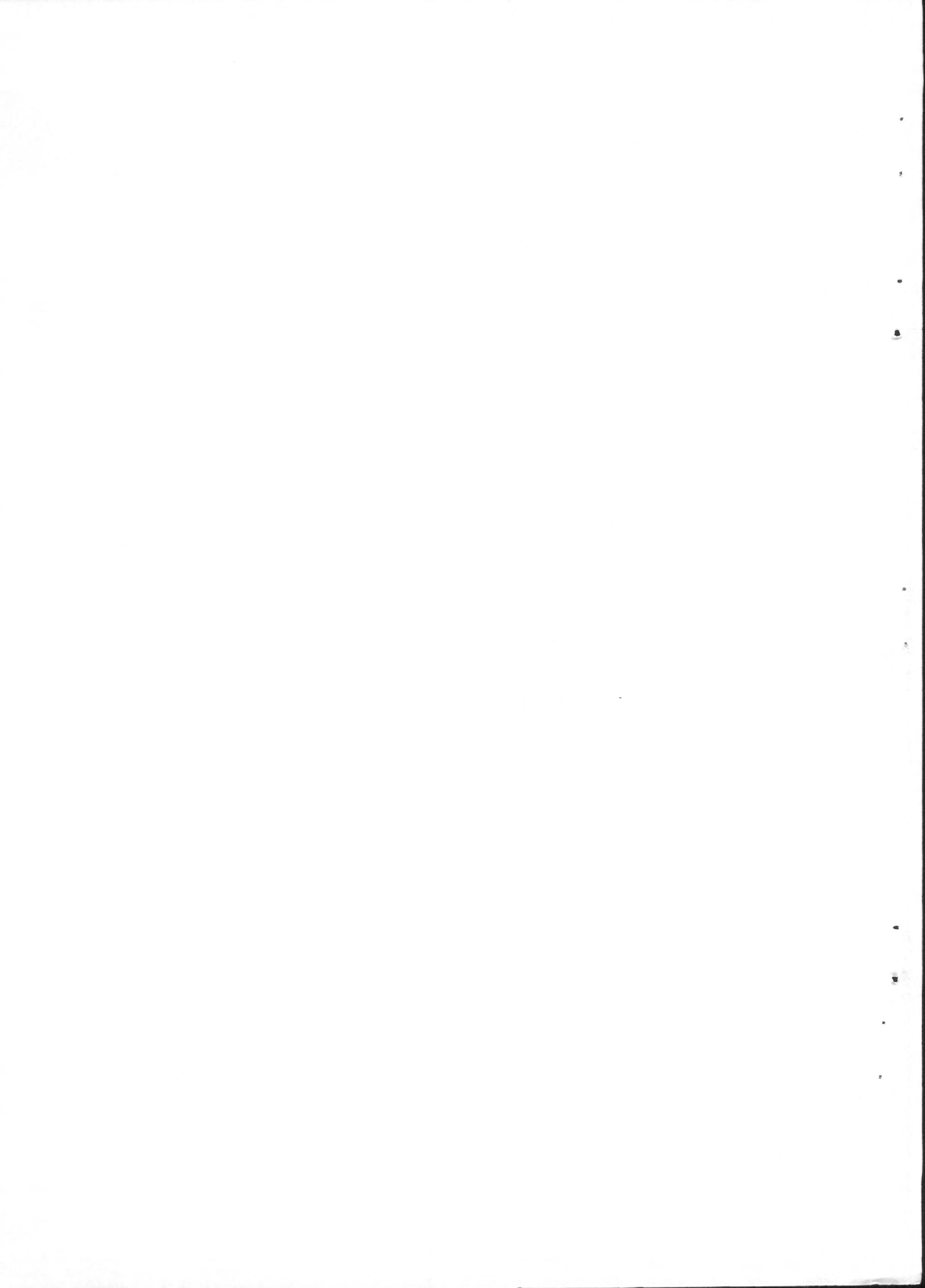


1989, 65%. Esse forte crescimento do setor público está, certamente, associado ao a chamada rede ambulatorial (ou rede de estabelecimentos sem internação).

Entre 1976 e 1989, a rede ambulatorial passou de 7.823 para 27.704 estabelecimentos, o que equivale a um crescimento bruto superior a 250%. O crescimento geométrico dessa rede entre 1980 e 1984 foi de 13,7% ao ano, destacando-se o forte incremento do setor público (17,5%) com relação ao privado (8,9%). No interior do próprio setor privado, os setores não lucrativos (filantrópico e beneficente), apresentaram um decréscimo de 4,1% e 20,6% em termos geométricos anuais no período. Enquanto isso, o setor privado lucrativo aumentou o número de estabelecimentos sem internação a uma taxa de 15,2% ao ano, ou seja, quase comparável ao incremento experimentado pela rede pública.

Entre 1984 e 1986, a rede de estabelecimentos sem internação (ou de caráter ambulatorial) seguiu crescendo à taxa de 7,6%; crescimento inferior ao registrado nos períodos anteriores. Esta tendência ao declínio das taxas de crescimento desta rede manifesta-se ainda no período 1986-1989, atingindo taxas ligeiramente inferiores a 5% ao ano.

Assim, com tal processo de transformação, o setor público, que respondia por 74,2% da rede ambulatorial do país em 1976, passou a deter 81% dessa mesma rede em 1984. Apesar da



perda de participação do setor privado, o segmento lucrativo também apresentou incremento de participação (de 9,7% para 13,3%) no período.

Dados mais recentes, como os de 1989 mostram uma aparente reversão dessa tendência, na medida em que a participação do setor público na rede ambulatorial cai para 72,8%. Na verdade, isto decorre de um equívoco na classificação dos ambulatórios ligados a sindicatos, os quais desde 1981 passam a ser classificados como estabelecimentos públicos federais. Somente a partir de 1985 este erro foi corrigido, sendo tais estabelecimentos reclassificados como privados (ver tabelas 3, 3.1 e 3.2 do anexo estatístico). Vale lembrar que os estabelecimentos ligados a sindicatos representavam quase 40% da rede ambulatorial privada e 12,3% do total de ambulatórios no país existentes no ano de 1986.

No interior do setor público, vale destacar que os Estados detêm a maior fatia da rede sem internação. Em 1986, 39,2% dos estabelecimentos ambulatoriais pertenciam ao poder estadual.

O crescimento da rede ambulatorial teve como ponto de partida as mudanças no enfoque da questão saúde por parte do Governo, introduzidas a partir da segunda metade dos anos setenta. A avaliação do Governo e de parte do movimento de profissionais de saúde pública, seja na Universidade ou nos

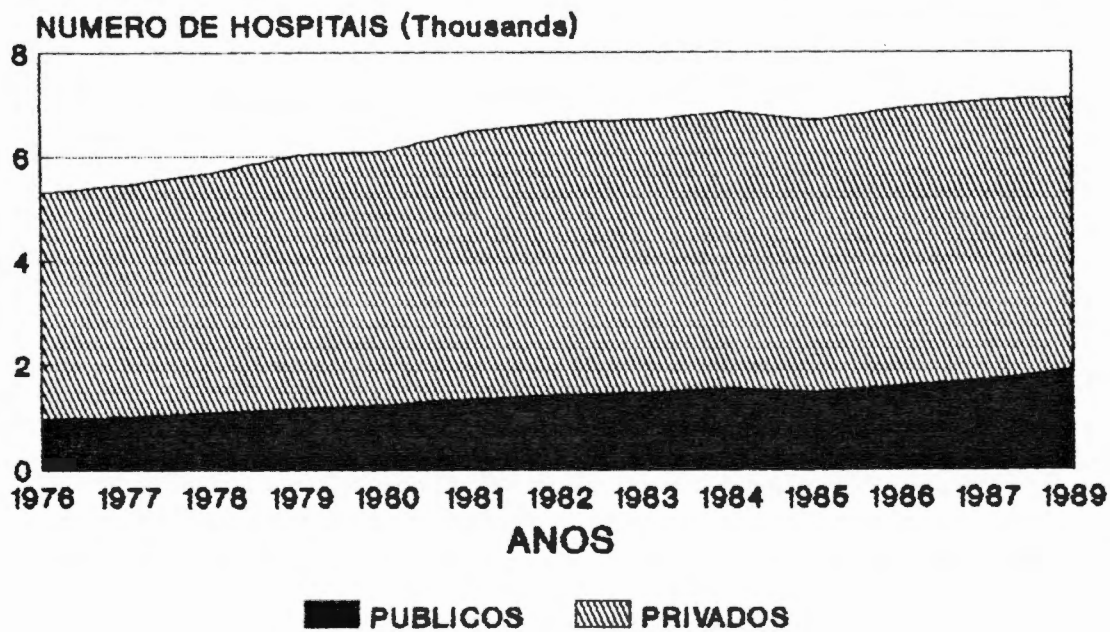
serviços, partia do ponto de vista de que a medicina no Brasil estava baseada num modelo hospitalocêntrico e especializante, o qual trazia poucos resultados na solução dos problemas de saúde da grande maioria da população, dado seu alto custo, sua baixa cobertura e sua distância do quadro nosológico real.

Este modelo, voltado para as camadas médias urbanas, não propiciava o efetivo acesso aos serviços de saúde para os segmentos mais carentes da população.

Ao mesmo tempo, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) divulgavam, como solução adequada aos países do terceiro mundo, a estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS), dado seu baixo custo e sua adequação às populações de mais baixa renda, onde a morbidade e a mortalidade poderia se reduzir a partir da simples expansão de cobertura, de cuidados simplificados, da educação médico-sanitária e da expansão do acesso a água e esgoto e dos cuidados básicos a determinados segmentos como crianças, gestantes e nutrízes, grupos de risco nutricional, etc.

O "locus" para essa estratégia não seria, obviamente o hospital, mas sim o posto de saúde ou o centro de saúde; um local que integraria a prestação de serviços a saúde com o convívio comunitário. Foi assim que a orientação das políticas de saúde no final dos anos setenta e início dos oitenta voltou-se plenamente para a expansão das políticas de corte

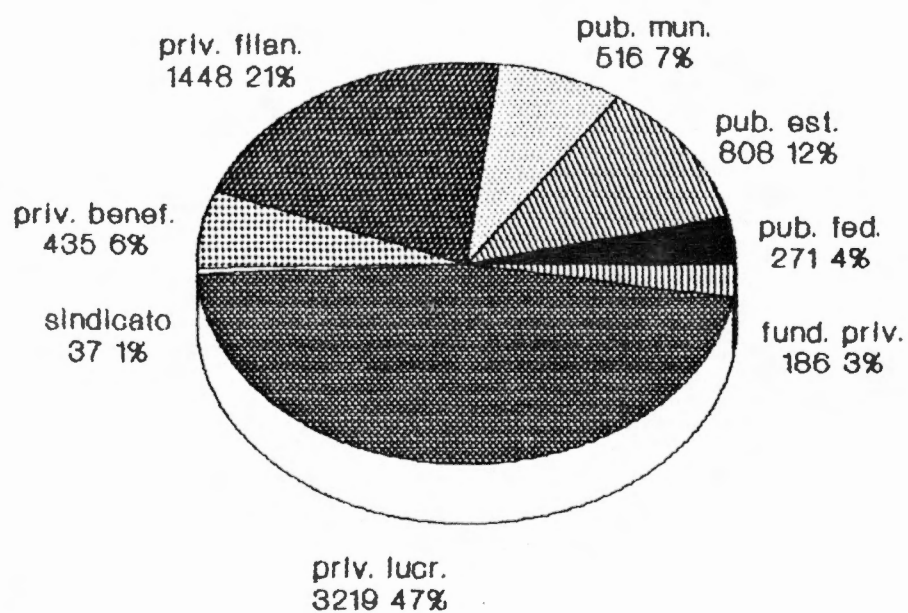
2 - HOSPITAIS EVOLUCAO 1976-1989



FONTE: AMS

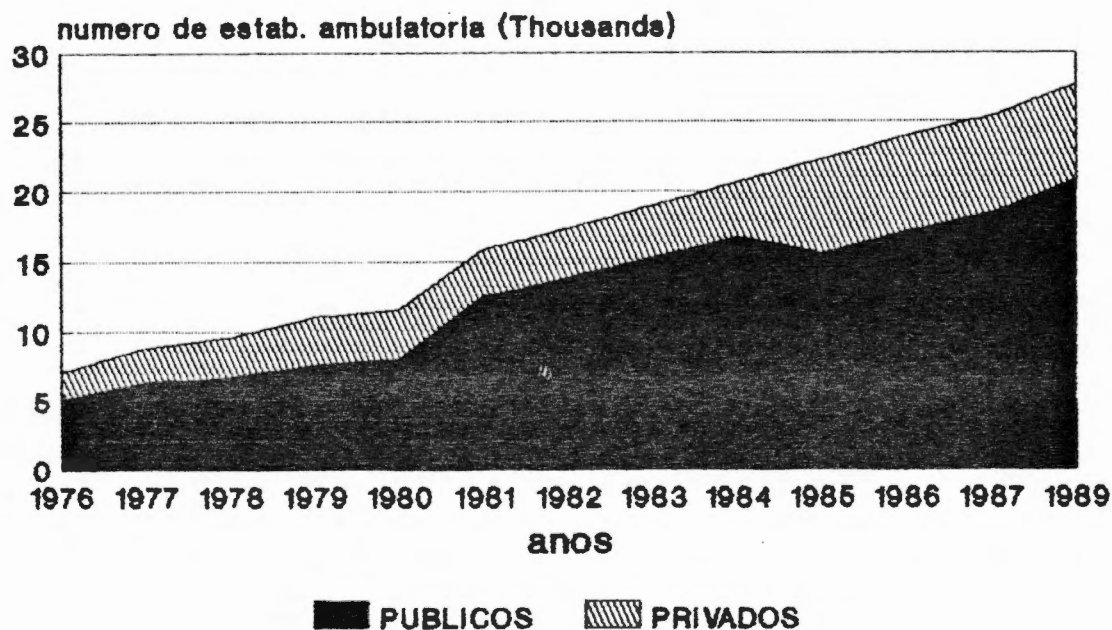
3 - HOSPITAIS

DISTRIBUICAO POR CATEGORIA - 1986



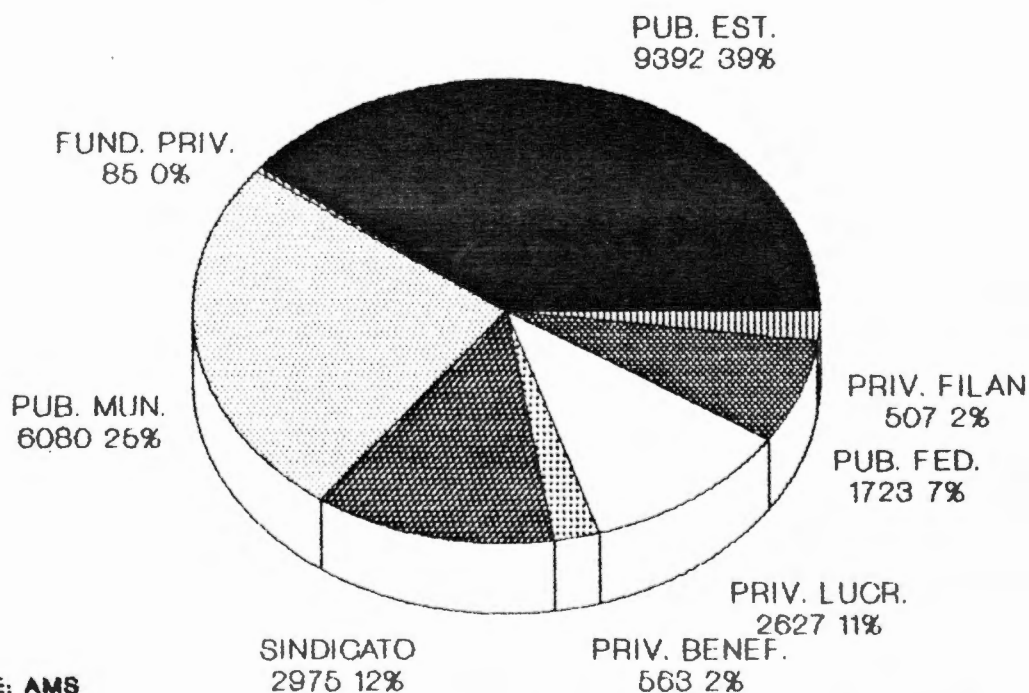
fonte: AMS

4 - EST. AMBULATORIAIS EVOLUCAO - 1976-1989



FONTE: AMS/IBGE

5 - ESTAB. AMBULATORIAIS DISTRIBUICAO POR CATEGORIA - 1986



FONTE: AMS

ambulatorial, num contexto onde prevalecia, em simultâneo, uma estratégia de descentralização dos serviços.

Parte do elevado crescimento da rede federal, particularmente nos primeiros anos da década de oitenta, pode ser explicada pelos investimentos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e pelo crescimento da rede ambulatorial do INAMPS. Com o tempo, os estabelecimentos da rede PIASS, que estavam em condições operacionais, foram repassados para os Estados, propiciando o crescimento da rede estadual. O crescimento dos estabelecimentos municipais ficou abaixo da média do setor público, o que pode ser explicado basicamente pela falta de disponibilidade de recursos próprios ou ainda pela fraca capacidade de barganha técnica e política dessas esferas, além da escassez de programas federais de aplicação direta ou de transferência de recursos para as administrações municipais antes de 1984.

A partir de 1984, com a proliferação de programas de descentralização, não só ao nível do INAMPS como do próprio Ministério da Saúde, observa-se elevado crescimento da rede ambulatorial municipal. Em 1986, 25% dos ambulatórios do país já se localizavam nas esferas de competência dos Municípios.

No que diz respeito a rede hospitalar (ou de estabelecimentos com internação), verifica-se fenómeno contrário

ao observado para a rede ambulatorial, cabendo destacar:

a) - Seu baixo crescimento no período. O número de estabelecimentos com internação passou de 5310 para 7127 entre 1976 e 1986, o que denota um crescimento geométrico anual de 3,5% entre 1976 e 1980 e de 3,0% entre 1980 e 1984. No período 1984-1989 tal crescimento foi ainda menor (0,8% ao ano).

b) - A alta participação do setor privado na rede. O setor privado absorvia 81,9% dos estabelecimentos com internação em 1976. Apesar dessa participação ser declinante e denotar um crescimento mais acelerado da rede pública, o setor privado ainda respondia por 73,5% dos estabelecimentos de natureza hospitalar em 1986 (tabelas 2, 2.1 e 2.2).

c) - No setor público, a rede hospitalar cresceu em torno de 6,2% ao ano contra os 2,1% encontrados no setor privado entre 1980 e 1984. Dentro do setor público, o crescimento foi mais ou menos homogêneo, no que diz respeito às redes federal e estadual e um pouco inferior na esfera municipal. Quanto ao setor privado, destaca-se, mais uma vez, o decréscimo da rede beneficente e filantrópica e o crescimento da rede lucrativa. Já o período 1984-1986 pode ser considerado de relativa estagnação no que se refere ao crescimento da rede hospitalar, havendo uma ligeira retomada do crescimento do número de hospitais, no período 1987-1989.

Vale destacar, no entanto, que entre 1976 e 1987 ocorre um processo de redução do tamanho médio dos hospitais no setor público. A tabela 12 mostra que em 1976 os hospitais públicos detinham, em média, 124 leitos, podendo ser considerados de médio para grande porte. Ao longo dos 11 anos seguintes ocorreu uma paulatina redução do tamanho dos hospitais da rede pública, passando estes para um tamanho médio de 68 leitos. No setor privado, o tamanho médio dos hospitais cresce ligeiramente até 1982, reduzindo-se nos quatro anos seguintes. Em média, os hospitais privados permanecem com cerca de 75 leitos entre 1976 e 1987. Curioso é o fato de os hospitais privados em 1987 serem maiores, em média, dos que os públicos (75,4 contra 68,0 leitos).

Que fatores poderiam explicar esse movimento de redução do tamanho dos hospitais públicos e de crescimento do tamanho dos privados? Observa-se que a taxa geométrica de crescimento anual do número de hospitais públicos foi de 5,3% contra 1,4% encontrados no setor privado no período 1976-1989. No entanto, como demonstra a tabela 10, o crescimento dos hospitais públicos concentrou-se em estabelecimentos de pequeno (até 50 leitos) e médio porte (de 50 a 150 leitos). Nestes dois segmentos, as taxas de crescimento do ramo público foram superiores as encontradas no segmento hospitalar privado, no período 1976-1986.

No entanto, neste mesmo período observa-se uma redução do número absoluto de hospitais públicos de grande porte, entendidos como aqueles que detêm mais de 150 leitos. Estes

passam de 189 para 163 entre 1976 e 1986, o que representa um decréscimo geométrico anual de 1,5%. Movimento inverso ocorre com os hospitais privados de grande porte, que passam de 535 para 623 (crescimento anual de 1,5% no mesmo período, respectivamente).

Como os grandes hospitais situam-se, em sua maioria, nas grandes metrópoles e nas capitais estaduais, verifica-se que nestas regiões pode ter havido uma efetiva substituição da atenção hospitalar pública pela privada.

Em termos globais, portanto, no que diz respeito a capacidade instalada, pode-se concluir que:

- 1- A rede ambulatorial teve um crescimento mais intenso do que a rede hospitalar;
- 2- Em ambas as redes, o setor público cresceu mais que o setor privado;
- 3- No interior do setor público, as esferas Estaduais e Municipais tem absorvido, recentemente, a maior parcela do crescimento dos estabelecimentos;
- 4- No interior do setor privado ocorreu uma queima de capacidade instalada dos setores não lucrativos (benéfico e filantrópico);
- 5- O setor privado lucrativo teve um crescimento de sua capacidade instalada ligeiramente inferior ao observado pela rede pública, o que indica a provável troca de natureza jurídica de alguns estabelecimentos privados (de benéficos ou filantrópicos para lucrativos);
- 6- Enquanto que a rede ambulatorial é hegemonicamente mantida pelo setor público (75,1% em 1989), a rede hospitalar é preponderantemente privada, dado que 73,5% dos estabelecimentos com internação em 1989 eram particulares.

7- Observa-se que, tanto no setor ambulatorial como no hospitalar, o número de estabelecimentos cresceu mais no período de crise (1980-84) do que no de recuperação (1984-89), onde se observa uma relativa estagnação, particularmente no setor hospitalar.

8- Por fim, destaca-se que o crescimento hospitalar da rede pública, apesar de ser maior do que o verificado na rede privada restringiu-se aos hospitais de pequeno e médio porte. Com isso, ocorreu uma redução do tamanho médio dos hospitais públicos no período 1976-1986.

Como se Distribui Regionalmente esta Rede ?

As tabelas 4 e 5 mostram que entre 1976 e 1986 houve uma relativa desconcentração regional dos estabelecimentos de saúde no Brasil. As Regiões Norte e Nordeste aumentam sua participação no total de estabelecimentos, enquanto que o Sul e o Sudeste perdem participação relativa. Na região Centro-Oeste, o nível de participação permanece relativamente estável.

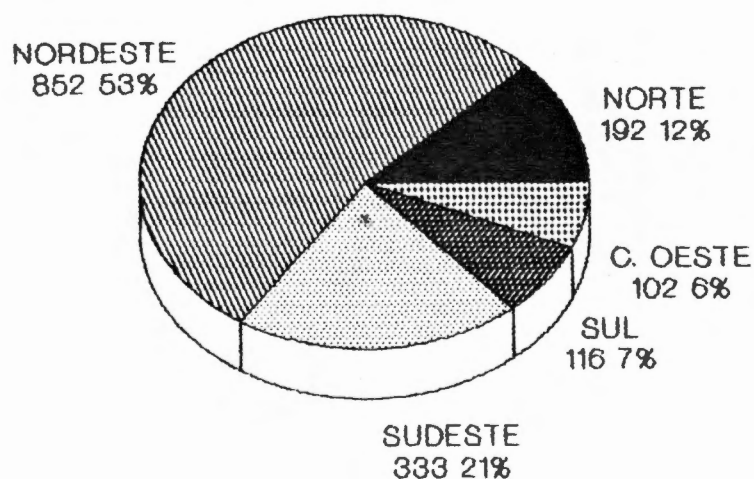
Cabe analisar, no entanto, como se comporta essa divisão regional da capacidade instalada em saúde, no que diz respeito as redes ambulatorial e hospitalar.

Entre 1976 e 1986 ocorreu uma ligeira desconcentração da rede hospitalar ao nível regional. O Norte, que detinha 4,3% dos estabelecimentos com internação, passou a ter 6,6% dessa rede. O mesmo aconteceu com o Nordeste, onde a participação evolui de 24,5% para 29,1%, e com o Centro-Oeste, onde essa participação passa de 8,2% para 11,5%.

Cabe destacar que, tanto no Norte como no Nordeste, a participação do setor público na rede hospitalar é maior do que nas outras Regiões. No Norte, o setor público respondia por 41,2% dos estabelecimentos hospitalares e no Nordeste essa participação chegava a 42,3%, em 1986, respectivamente.

6 - HOSPITAIS PUBLICOS

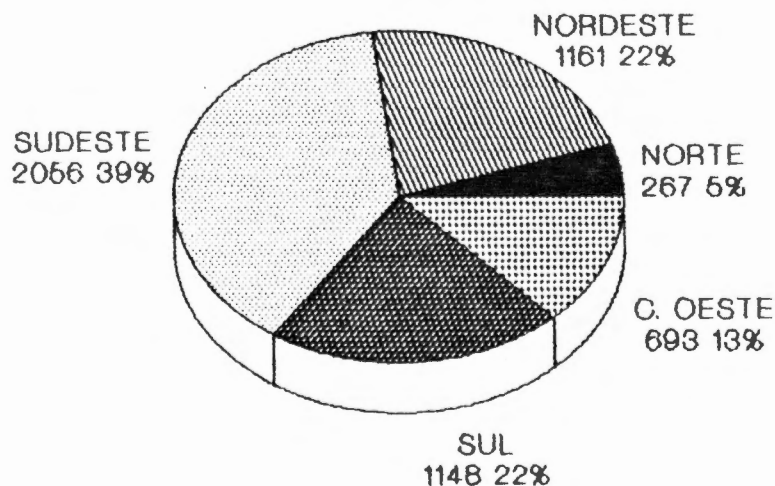
DISTRIB. REGIONAL - 1986



FONTE: AMS

7 - HOSPITAIS PRIVADOS

DISTRIBUICAO REGIONAL - 1986



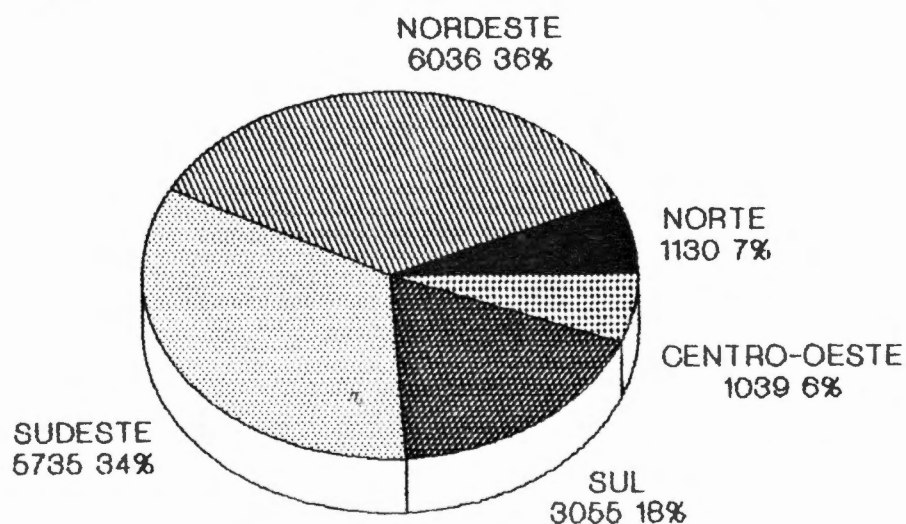
FONTE: AMS

Nesse mesmo período, Regiões como o Sudeste e o Sul, que detinham participações de 40,0% e 23,0% perdem participação para 34,5% e 18,3%. Nestas Regiões, a rede hospitalar privada tem sido absolutamente hegemônica, respondendo por 86,1% e 90,8% do conjunto dos estabelecimentos de natureza hospitalar, em 1986, respectivamente. Ao que tudo indica, a Região Centro-Oeste apresenta a mesma tendência de participação do setor privado.

Quanto aos estabelecimentos sem internação, observa-se a mesma tendência de desconcentração verificada para a rede hospitalar. Apesar do forte peso do setor público, vale destacar que nas Regiões Sudeste e Sul o peso da rede ambulatorial privada é bem mais elevado do que nas outras Regiões, atingindo 37% no Sudeste em 1986.

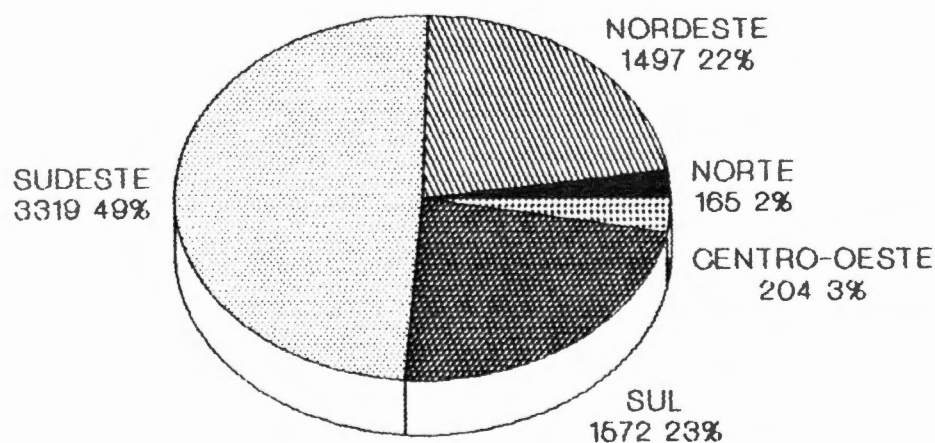
Existe ainda uma tendência ao aumento da participação do setor público no conjunto dos estabelecimentos de saúde em todas as Regiões. Tal tendência, no entanto, não invalida o fato de que há uma forte concentração do setor privado, especialmente na rede hospitalar do Sul e Sudeste, onde as condições de formalização do mercado de trabalho e o nível de renda das famílias permite a existência de contribuições autônomas para o setor privado.

8-ESTAB. PUBLICOS SEM INTERNACAO DISTRIBUICAO REGIONAL - 1986



FONTE: AMS

9-ESTAB. PRIVADOS SEM INTERNACAO DISTRIBUICAO REGIONAL - 1986



FONTE: AMS

Qual a Magnitude da Rede Privada que Depende do Setor Público ?

Uma das estratégias de ajuste utilizadas pelo INAMPS ao longo da crise recente foi, sem vias de dúvida, aumentar a parcela de recursos canalizada para o setor público e desativar o ritmo de compra de serviços do setor privado. Os dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE refletem, em parte, esse movimento.

Em termos gerais a participação dos estabelecimentos conveniados com o INAMPS ou INAMPS/EMPRESA no total de estabelecimentos de saúde permanece estável entre 1978 e 1984, passando de 45,2% para 44,3%, respectivamente. Nota-se, no entanto, que até 1980 essa participação era ascendente, chegando a 49,8% em 1980. A partir de então começa a declinar, atingindo em 1984 o percentual acima referido (tabela 6).

Cabe ressaltar, no entanto, que tal tendência é fruto da combinação de movimentos opostos ocorridos entre o setor público e o setor privado. No setor público, a parcela de estabelecimentos conveniados cresce sistematicamente no período, passando de 23,6% para 37,6% entre 1978 e 1984. Neste particular, destaca-se o crescimento dos estabelecimentos do setor público federal conveniados, que passam de 29,0% para 57,8% do total de estabelecimentos públicos federais no período. Isto, certamente é o reflexo do aumento dos convênios assinados pelos hospitais universitários, hospitais do Ministério da Saúde, Fundação SESP,

etc. No caso da esfera municipal, não se observa no período um aumento significativo da parcela de estabelecimentos conveniados

Apesar do setor privado deter participação declinante, sua parcela de conveniados no total de estabelecimentos é bem mais elevada do que a existente no setor público. Entre 1978 e 1980, os estabelecimentos privados conveniados passam de 67,1% para 70,3% do total da rede privada, movimento que caracteriza resquícios da antiga forma de relacionamento do INAMPS com os prestadores privados de serviços. A partir de 1980 tal participação começa a declinar, atingindo 57,8% em 1984. Este movimento de declínio se verifica tanto no setor privado lucrativo como no beneficente, dado que o setor filantrópico mantém estável sua participação no período.

Essas evidências apontam no sentido de uma inversão, nos anos de crise, da relação contratual que significava repasses mais realistas de recursos do INAMPS para a rede de prestadores privados. Mas pode representar, também, uma desistência da rede privada mais eficiente em manter relações contratuais com o INAMPS com o atual padrão de remuneração de serviços. Deve-se levar em conta que, nos anos oitenta o valor das tabelas de serviços pagos ao setor privado pelo INAMPS passou a sofrer forte compressão, ao ponto de não estimular novos convênios com o setor público por parcela significativa da rede privada.

O Número de Hospitais nem Sempre é o Melhor Indicador do Tamanho da Rede. Há que se Conhecer o Número de Leitos...

Entre 1976 e 1986, a taxa de crescimento do número de leitos hospitalares situou-se abaixo das estimativas de crescimento populacional. Em 1981 existiam 4,17 leitos hospitalares para cada 1000 habitantes no país. Em 1984 essa relação já chegava a 3,77 (tabela 19).

Portanto, apesar do crescimento absoluto do número de leitos de internação no período (de 432,9 mil para 519,7 mil entre 1976 e 1987, conforme tabela 9) ele tem sido aquém da pressão demográfica. Soma-se a esse baixo crescimento a gravidade do estado de deterioração da rede física, provocada por uma política de baixos investimentos públicos no setor hospitalar e pela redução do escopo dos principais programas de financiamento a expansão da rede hospitalar, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Por outro lado, cabe destacar que o setor público vem tendo participação declinante no conjunto dos leitos de internação. Em 1976, esse setor respondia por 27,0% do total de leitos, enquanto que em 1987 essa participação caiu para 22,3%. Tal declínio pode ser observado com maior intensidade nas redes estaduais, dado que na União e nos Municípios, a participação permanece praticamente a mesma. As fortes restrições financeiras enfrentadas pelos Estados certamente dificultaram uma ampliação

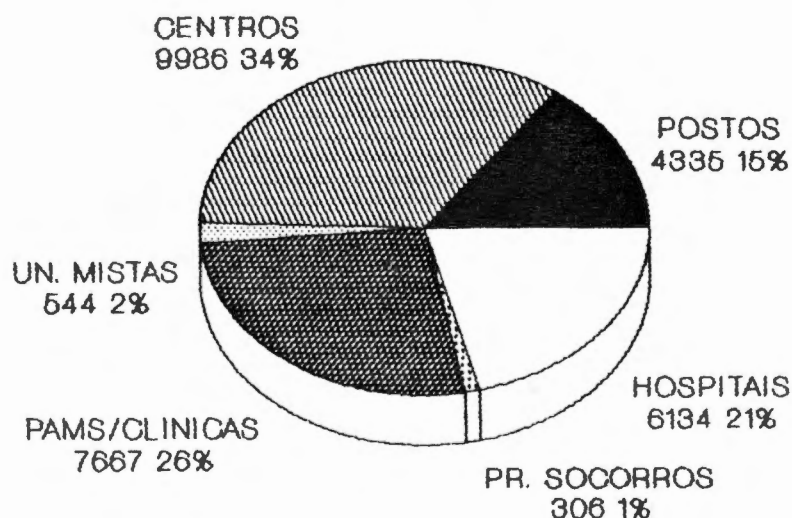
da capacidade hospitalar existente. É possível que em alguns Estados tenha ocorrido até a desativação de leitos pela depreciação e pela incapacidade de custeio. Assim, entre 1976 e 1985 o número de leitos hospitalares estaduais se reduz de 79,4 mil para 65,2 mil.

No caso do setor privado, vale destacar o crescimento da participação do ramo com fins lucrativos. Este que detinha 33,9% dos leitos em 1976 passa a deter 38,7% em 1986. O mesmo não se pode dizer com relação aos ramos não lucrativos (benéficos e filantrópicos), cuja participação relativa se reduz no período. No caso do setor benéfico, até mesmo o número absoluto de leitos se reduz.

Uma análise mais refinada da capacidade instalada dos setores público e privado pode ser feita a partir da evolução dos leitos hospitalares nestes dois setores por especialidade médica (tabela 11). Excluídas algumas especialidades tradicionalmente destinadas à recuperação e à cura de doenças endêmicas, como dermatologia sanitária, fisiologia e doenças infecciosas, o setor privado detém a maioria dos leitos hospitalares em todas as especialidades médicas.

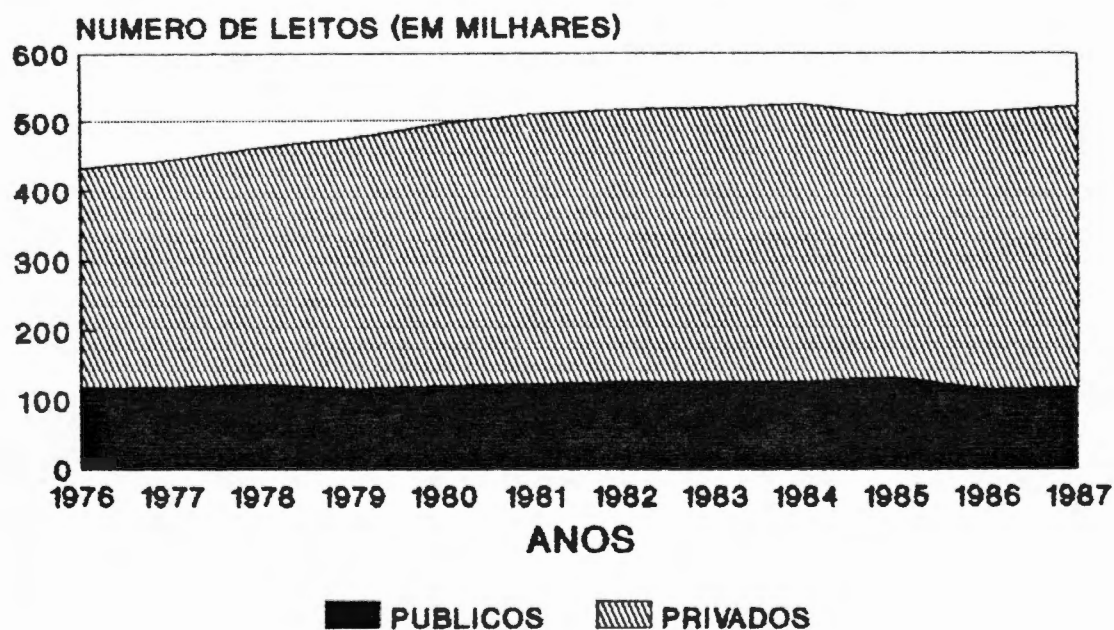
Curioso é que, justamente onde o setor público é hegemônico, ocorreu uma redução absoluta no número de leitos. Em 1976 o setor público detinha 97,3% dos leitos hospitalares de dermatologia sanitária; 56,2% dos leitos de fisiologia e 64,6% dos leitos destinados a doenças infecciosas. Entre 1976 e 1986 estas

10 - ESTAB. DE SAUDE DISTRIBUICAO POR TIPO - 1986



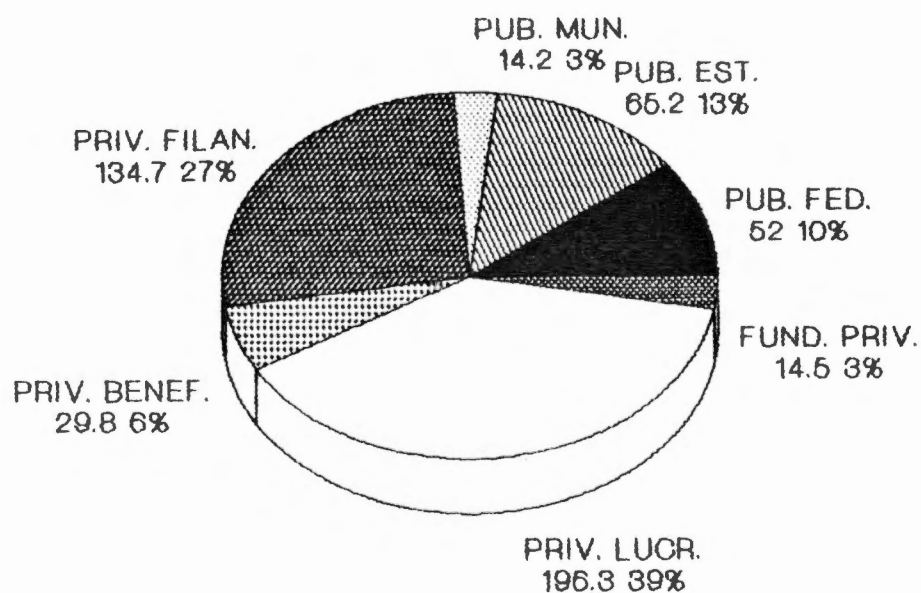
FONTE: AMS

11 - LEITOS HOSPITALARES EVOLUCAO 1976-1987



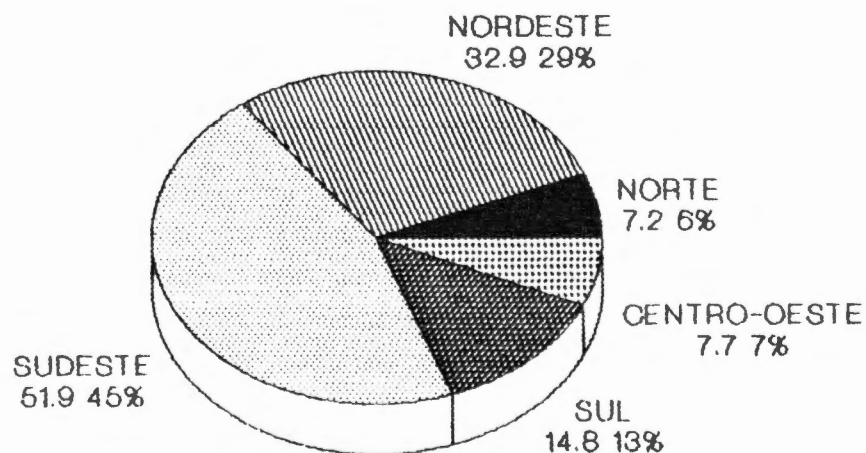
FONTE: AMS

12-LEITOS HOSPITALARES DISTRIB. POR CATEGORIA - 1985



FONTE- AMS

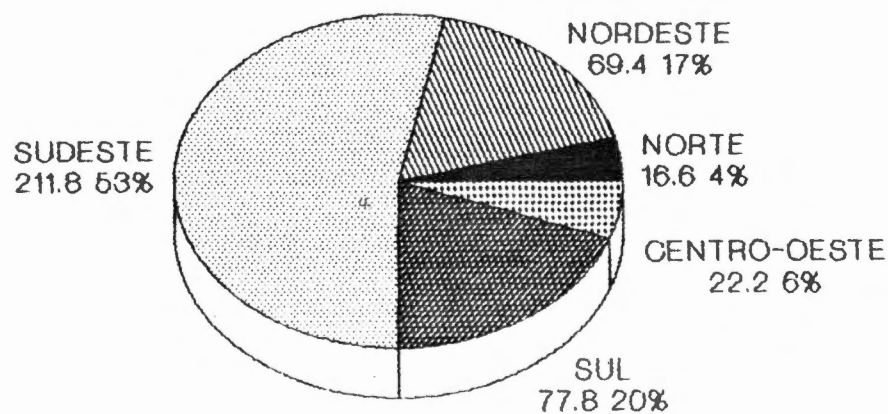
13-LEITOS HOSPIT. PUBLICOS DISTRIBUICAO REGIONAL - 1986



FONTE: AMS

14-LEITOS HOSP. PRIVADOS

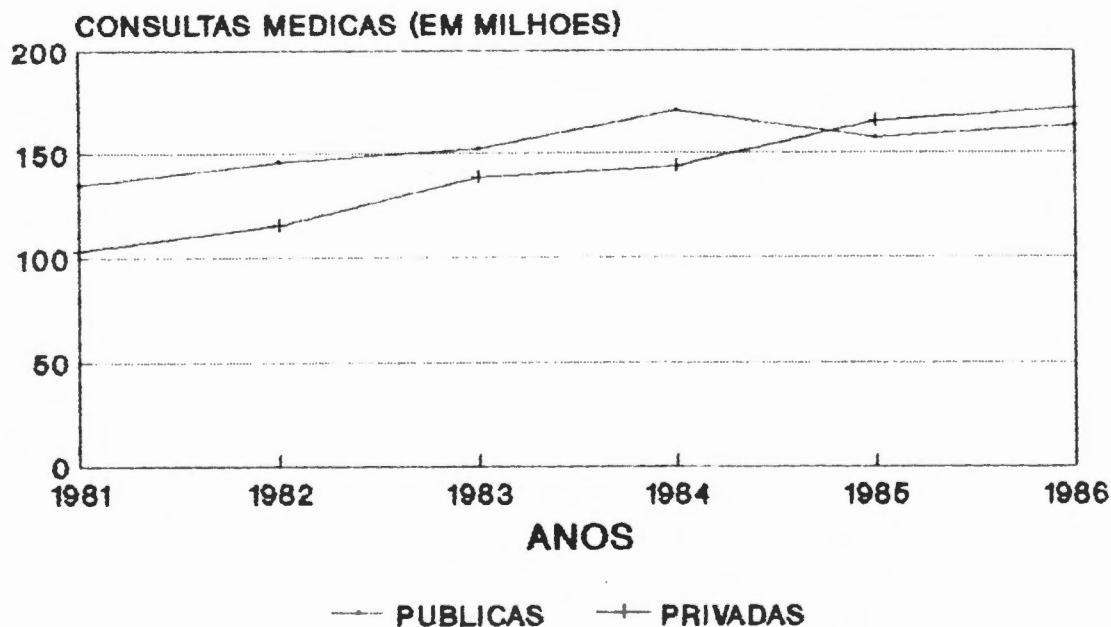
DISTRIBUICAO REGIONAL - 1986



FONTE: AMS

15-CONSULTAS MEDICAS

EVOLUCAO: 1981-1986



FONTE: AMS

três especialidades médicas tiveram decréscimos geométricos anuais no número de leitos hospitalares da ordem de -7,4%; -12,9% e -2,1% respectivamente. Esse programa correspondeu a extinção dos hospitais de tratamento de doenças como tuberculose e hanseníase, por parte do Ministério da Saúde, destinando a estes pacientes cuidados ambulatoriais.

Quedas tão elevadas, em termos da capacidade instalada destas especialidades, estão obviamente atreladas ao rápido processo de urbanização e seus efeitos sobre os padrões de morbi-mortalidade do país. A extensão da cobertura vacinal, a ampliação das redes de água e esgoto, o surgimento de novos processos terapêuticos para doenças endêmicas, onde não é mais necessária a internação, podem ter contribuído para a rápida redução da capacidade instalada nestas especialidades.

Nas demais especialidades, onde é maciça a presença do setor privado, só são detectadas quedas absolutas no número de leitos hospitalares nas especialidades de "clínica médica" e "Ortopedia".

A tabela 11 mostra ainda que a maior parcela dos leitos hospitalares em 1986 concentravam-se nas especialidades de psiquiatria (19,3%); clínica médica (18,9%); pediatria (14,2%); gineco-obstetrícia (11,2%) e clínica cirúrgica (9,5%). Excluída a forte participação dos leitos de psiquiatria, as chamadas "quatro clínicas básicas" predominam em termos de participação no

conjunto de leitos. Essa quatro especialidades, isoladamente, respondiam em 1986 por mais de 53% dos leitos do país.

Outro fato a destacar é o crescimento do número de leitos "indiferenciados", ou seja, que podem servir para múltiplas especialidades. Estes leitos costumam ser encontrados nos estabelecimentos de menor porte. Seu crescimento indica, não só uma redução da tendência a especialização hospitalar como reforça o crescimento dos estabelecimentos de pequeno e médio porte. Uma análise superficial indica também que este tipo de leito é frequentemente encontrado nos estabelecimentos privados lucrativos conveniados com o INAMPS.

A distribuição regional dos leitos de internação é sensivelmente mais concentrada do que a do número de hospitais. Isso se deve ao fato de que os hospitais de grande porte localizam-se, em sua maioria, no Sul e no Sudeste. Dessa forma, apesar de ter ocorrido ligeira desconcentração, o Sudeste continuava concentrando mais da metade dos leitos existentes no país em 1986. Como era de se esperar, os leitos do setor público apresentam-se melhor distribuídos regionalmente do que os do setor privado. No entanto, a diferença entre os dois padrões (público e privado) de distribuição do número de leitos não é muito forte, dado que em 1986 a Região Sudeste concentrava 45,3% dos leitos públicos e 53,2% dos leitos privados.

Cabe destacar que na Região Sudeste ocorreu

redução absoluta do número de leitos públicos entre 1976 e 1986, apesar de quase metade dos leitos hospitalares públicos do país situarem-se naquela Região.

A participação do número de leitos conveniados sobre o total de leitos privados permanece constante em torno dos 89% entre 1978 e 1984. Destaca-se, no entanto, que no setor lucrativo, tal participação é declinante no período. Isso justifica em parte a paulatina diminuição da transferência de recursos do INAMPS para o setor privado, já discutida em sessões anteriores deste relatório. Conforme foi visto, houve uma forte redução da transferência de recursos do INAMPS aos prestadores privados de serviços, o que se expressa, de um lado, na redução do valor da tabela de pagamentos e de outro, pela efetiva redução do número de leitos contratados. Mesmo assim, observa-se que o número de leitos conveniados mostra que a quase totalidade da rede hospitalar privada ainda se encontra - pelo menos formalmente - conveniada com o INAMPS.

A Produção de Serviços é Eficiente e Adequada ?

Algumas mudanças na capacidade instalada tiveram fortes efeitos na produção de serviços assistenciais. Destaca-se, nesse caso, o rápido aumento da produção de consultas. Como mostra a tabela 19, o número de consultas médicas por habitante evoluiu de 1,95 para 2,46 entre 1981 e 1986. Isto se deve, certamente a expansão da rede ambulatorial instalada no período, mas em boa parte, também, a expansão do setor privado.

Em 1981 o sistema de saúde produziu 238,1 milhões de consultas médicas, e em 1986 esse número passou para 333,4 milhões. É certo que a participação público/ privado permaneceu basicamente a mesma. Em média, o setor público produz 60% das consultas e o privado 40%.

A tabela 17 mostra que, apesar desse crescimento, permanecem grandes desigualdades regionais no indicador consultas por habitante/ano. Considerando o parâmetro estabelecido pela portaria No. 3.046 do INAMPS, de 2 consultas médicas por habitante ano, verifica-se que somente no Sudeste e no Sul ele havia sido atingido no ano de 1986. O indicador relativo ao Sudeste (3,22) é o dobro do encontrado no Nordeste (1,60). Isto quando se leva em conta que a cobertura em foco corresponde a soma da produção de consultas dos setores público e privado.

Quando se considera o setor público isoladamente,

verifica-se que em nenhuma Região o referido parâmetro é atingido. Mesmo no Sudeste, ele chega apenas a 1,37 consultas por habitante/ano. É verdade que a rede privada tem atuado de forma supletiva neste processo, a partir da compra de serviços pelo INAMPS.

Observa-se que nas Regiões Sudeste e Sul, a produção de consultas no setor privado supera a registrada no setor público. Na Região Sul a relação consulta/habitante/ano no setor público permanece constante tanto em 1981 como em 1986.

Com relação ao número de internações, esse movimento já não ocorreu no mesmo sentido. Entre 1981 e 1986 o número de internações por 1000 habitantes caiu de 141 para 131. Tal queda parece ter sido mais elevada no setor privado do que no público, em função da política do INAMPS de proceder a uma racionalização da compra de serviços do setor privado. O padrão estabelecido pelo INAMPS (100 internações por habitante ano) tem sido superado, em termos globais no Brasil desde 1976, permanecendo superado nos dez anos seguintes. Foi em função desse fato que o INAMPS incidiu, desde o início dos anos oitenta, um processo de enxugamento do número de consultas, especialmente aquelas produzidas sob contrato do setor privado pelo público.

Mesmo assim, somente 17% das internações eram efetuadas pelo setor público em 1984. No que diz respeito aos estabelecimentos conveniados, a participação do setor público era

ainda menor. Portanto, apesar da política de racionalização de compra de serviços privados do INAMPS, muita coisa ainda há de ser feita no sentido de recuperar a capacidade de prestação de serviços, principalmente de natureza hospitalar, do setor público, pois caso contrário a compra de serviços privados continuará a nortear os recursos voltados à saúde.

Se a distribuição das consultas, em termos per-capita, ao nível regional, já é desigual, a distribuição das internações é também iniqua. A tabela 15 mostra que, apesar do aumento do número de internações por 1000 habitantes nos últimos 10 anos, todas as regiões produziam mais internações do que o Nordeste em 1986. Vale destacar, no entanto, que no que diz respeito ao setor público, a Região Sudeste é a que se encontra em pior situação em termos de internações por 1000 habitantes e o Nordeste é que se encontra em melhor posição. Já no setor privado, a Região Centro-Oeste lidera com 138,7 internações por 1000 habitantes ano, enquanto o Nordeste ficava na última posição (67,4) em 1986, respectivamente.

As internações realizadas pelo INAMPS sofreram forte redução. Entre 1982 e 1986, o volume de internações decresce a uma taxa geométrica anual de -3,47%. Com relação as consultas, apesar destas continuarem a crescer, nota-se uma redução no ritmo de incremento quando se compara o período 1986/82 com o 1982/78.

Médicos e Profissionais de Saúde Absorvidos pelo Setor

Além de todos estes aspectos, a magnitude do setor saúde pode ainda ser vista sob outros ângulos. Um fato a destacar é o forte crescimento do emprego em saúde no Brasil ao longo dos anos oitenta. Entre 1981 e 1986, o número de postos de trabalho no setor saúde passou de 515, 8 mil para 696,7 mil.

Neste processo, aumenta fortemente a participação do setor público na absorção de empregos em saúde, que passa de 48,7% para 54,7% ao longo do período (tabela 20). Hoje o setor público responde por mais da metade do emprego em saúde, embora participe com uma parcela irrisória das internações e com pouco mais da metade das consultas produzidas.

Os dados da tabela 21 indicam, ainda de forma preliminar, que apesar do aumento do número de postos de trabalho, a produtividade do setor público é declinante vis a vis a do setor privado. Assim, em 1981 a cada emprego médico no setor público correspondiam 1566,4 consultas médicas produzidas no ano no setor público contra 1222,7 no setor privado. Em 1986 esta relação passou para 1585,0 no setor público contra 1855,9 consultas ano por emprego médico no setor privado.

O mais interessante é que esta queda de produtividade vem ocorrendo a despeito de ter aumentado a qualificação dos profissionais de saúde, como demonstra a maior participação dos

quadros de nível médio e superior no interior das equipes de saúde (tabela 20).

A Rede de Serviços Existente Atende As Necessidades Mínimas da População ?

Entende-se por cobertura das necessidades de saúde no Brasil os serviços, instalações e disponibilidade de pessoal dispostos na quantidade necessária para alcançar os parâmetros de cobertura dos serviços de saúde no Brasil dentro de uma dada proporcionalidade regional. Analogamente, entende-se por déficit de serviços de saúde a inexistência de cobertura destas necessidades, seja no Brasil seja em uma de suas regiões.

A análise que se segue procurará estudar a existência de déficits ou superávits de serviços de saúde no Brasil e nas cinco macro-regiões fisográficas descritas anteriormente, a parit dos seguintes cortes:

- a) Um corte temático, que procurará analisar separadamente as necessidades de produção de serviços, instalações e disponibilidade de pessoal;
- b) Um corte por grupo especial de população, onde serão analisados em separado programas como o da criança, da mulher ou do adulto;
- c) Por fim, um corte por especialidade médica onde se procurará analisar algumas especialidades e suas condições de atendimento e funcionamento.

Estes três enfoques serão misturados, ao final do capítulo, para efeitos de analisar mais detalhadamente a cobertura regional dos serviços de saúde e alguns balizadores para seu melhor entendimento, tais como a repartição da produção

de serviços de saúde em esferas de Governo e a relação público x privado.

O INAMPS tem trabalhado, ao longo da sua trajetória recente, com dois parâmetros de atendimento relacionados a consultas médicas. O primeiro, de 2,0 consultas médicas por habitante/ano e o segundo, de 2,8 consultas médicas por habitante/ano.

Em ambos os casos, os parâmetros do INAMPS foram construídos visando atender uma clientela que tinha basicamente as seguintes características:

- a) ser preponderantemente urbana;
- b) estar em famílias cujo chefe (enquanto contribuinte principal) ocupava as fileiras do setor formal do mercado de trabalho;

A partir do momento em que passa a ser política expressa do INAMPS e da política nacional de saúde a universalização da atenção médica, constituem-se (em tese) beneficiários do sistema de saúde todas as pessoas, independentemente de sua inserção no mercado (formal ou informal) de trabalho. Pode-se supor que as famílias que estão na dependência do mercado informal de trabalho detêm piores condições de vida o que acarretaria, em tese, numa maior demanda potencial por serviços de saúde.

Quando se considera o parâmetro de 2,8 consultas

por habitante/ano, verifica-se um déficit de 27,5 milhões de consultas médicas no país. Tal déficit só não ocorre na Região Sudeste, onde são produzidas 38,8 milhões de consultas além do necessário, segundo as estimativas feitas. Todas as demais regiões encontrariam-se em déficit, sendo que nas Regiões Norte e Nordeste tais déficits chegariam a quase 50% das necessidades projetadas.

Já ao utilizar-se o parâmetro de 2,0 consultas por habitante/ano, verifica-se um superavit de 77,7 milhões de consultas médicas. Neste caso, apenas as Regiões Norte e Nordeste continuariam apresentando déficits na produção de consultas médicas, só que bem inferiores aos anteriormente encontrados.

Vale ressaltar que somente 49% das consultas médicas em 1985 foram produzidas pelo setor público, fato agravado pela redução da parcela de estabelecimentos privados credenciados ou contratados pelo setor público. Este fato é importante, pois mostra que, além do déficit encontrado, existe uma provável concentração destas consultas nos segmentos de maior renda, e uma consequente baixa cobertura nos segmentos mais pobres da população.

Assim, uma análise mais refinada desta informação deveria privilegiar o cálculo dos déficits de consultas médicas por classe de rendimento e em níveis espaciais mais desagregados, como Estados, Municípios e distritos, ou socialmente melhor recortados como favelas, periferias metropolitanas, áreas de

encortçados, etc.

Um último aspecto a comentar quanto às consultas médicas, refere-se ao fato de que não foram computadas as consultas realizadas em consultórios médicos particulares, dado que a AMS pesquisa somente o âmbito interno dos estabelecimentos de saúde. É possível que ao incorporar este quantitativo de consultas os déficits encontrados em algumas regiões possam ser reduzidos ou até mesmo eliminados. No entanto, as consultas prestadas em consultórios particulares concentram-se mais nas regiões onde circula maior fluxo monetário de riqueza. Tal fato, por si só, mostra que os diferenciais regionais entre o SUL e o SUDESTE e o NORTE e o NORDESTE, quanto ao número de consultas produzidas por ano poderá ficar ainda maior.

Os déficits relativos encontrados no que diz respeito à produção de consultas odontológicas são ainda maiores do que os registrados no campo da produção de consultas médicas. Existia um déficit estimado de 14,3 milhões de consultas odontológicas no país, no ano de 1985. Saldar este déficit significa aumentar a produção de consultas odontológicas quase 28%.

Todas as Regiões do país, segundo estimativas apresentam déficits de consultas odontológicas, sendo o maior déficit relativo encontrado na Região Norte, e o menor na Região Sul. Nas Regiões Sudeste e Nordeste há necessidade de aumentar a

produção de consultas odontológicas em cerca de 20%.

O setor público respondia por quase 80% das consultas odontológicas prestadas nos estabelecimentos de saúde no ano de 1985. Isto porque a maior parte das consultas odontológicas privadas são realizadas em consultórios particulares, e não em estabelecimentos de saúde.

Os mesmos comentários feitos a respeito da concentração regional e por classe de renda para as consultas médicas valem, com maior intensidade ainda, para as consultas odontológicas.

Com relação às internações, estima-se a existência de superávits em todas as regiões do país. Isto tem justificado, por parte do poder público, a proposta de uma política de ambulatorização da atenção médica, ao lado do relativo desestímulo à ampliação do número de hospitais (e consequentemente de leitos) tanto no setor público como no setor privado.

Assim, nos anos oitenta ocorreu uma redução, não só do ritmo de crescimento de novas construções hospitalares, como também na taxa de ocupação dos leitos. Mesmo assim, estima-se para 1985 um superávit de 31% do número de internações, sendo que, regionalmente, este superávit pode chegar até 68%, como é o caso da Região Centro-Oeste.

Vale comentar, no entanto, que mais de 80% das internações são feitas em estabelecimentos privados. Apesar de ser alto o número de internações feitas através de convênios com o INAMPS, existe uma má distribuição das internações quando se considera as variáveis renda e região.

Quando se analisa a questão da capacidade instalada em saúde, deve-se levar em conta que quanto mais desagregada regionalmente for a análise, melhor o cálculo das necessidades a ser feito. Tomemos como exemplo a questão da rede básica. Padrões calculados para o Programa Metropolitano de Saúde de São Paulo colocam como necessária a existência de um centro de saúde para cada 20.000 habitantes. Trata-se neste caso de um centro de saúde com as 4 clínicas básicas. Existe outro parâmetro que estabelece a necessidade de um centro de saúde para cada 5000 habitantes.

A tabela 7 mostra as necessidades de centros de saúde segundo estes dois parâmetros e a estimativa da população brasileira para o ano de 1985, ao lado do número de centros de saúde existentes. Observa-se que quando se considera o parâmetro de 1 centro de saúde para cada 20.000 habitantes, todas as regiões, com exceção da Norte, apresentam superávits no número de centros de saúde. Isto não acontece quando se considera o parâmetro de um centro para cada 5.000 habitantes, quando todas as regiões entram em déficit.

Como o primeiro parâmetro refere-se a um centro que atenda nas quatro clínicas básicas e o segundo destina-se ao atendimento indiferenciado, não é possível calcular o déficit específico relacionado a cada um destes tipos de centro de saúde. Além do mais, a rede de estabelecimentos de saúde brasileira contém outros tipos de estabelecimentos como postos de saúde e clínicas ou postos de assistência médica, que poderiam ser funcionalmente transformados em centros de saúde, evitando-se assim investimentos adicionais na construção de novas unidades. A tabela 6 mostra a distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil e nas macro-regiões, segundo categorias delimitadas.

Outra questão a ser salientada diz respeito a necessidade de leitos de internação. Observa-se pela tabela 15 que, seguindo-se o parâmetro de 1,8 leitos para cada 1000 habitantes, há um superávit médio de 67% em termos de número de leitos no Brasil. Ao mesmo tempo, todas as regiões apresentam superávit, sendo que no Sul e no Centro-Oeste há mais do dobro de leitos necessários para a população daquelas regiões.

Ao que tudo indica, portanto, o Brasil apresenta, em termos médios, uma boa capacidade instalada, face aos déficits encontrados na produção de serviços. Observou-se que a capacidade ambulatorial instalada pode ser, em grande linhas, adaptada para se adequar as necessidades projetadas e que o número de leitos existentes supera em larga medida as demandas potenciais.

Deve-se levar em conta que uma análise regional ou social mais desagregada das demandas de saúde poderá trazer um quadro de carências ainda maior para os segmentos pauperizados da população. Neste particular, destaca-se que 78% dos leitos de internação existentes no país pertencem à rede privada de serviços, como já foi apontado no 1o. relatório deste projeto.

No que diz respeito ao emprego ou pessoal ocupado, estimar necessidades de empregos ou de pessoal na área de saúde não é tarefa fácil. Os parâmetros existentes dizem respeito apenas ao número de médicos ou odontólogos, no campo ambulatorial, onde tem sido possível estimar o número de serviços necessários, associado a parâmetros de produtividade média desses profissionais.

Para profissionais alocados em atividades cirúrgicas ou ainda no acompanhamento de doentes na área hospitalar, não existem padrões fixados de produtividade, o que dificulta projeções do cálculo de necessidades de pessoal.

O mesmo se aplica para profissionais não médicos, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, etc., bem como para os profissionais de nível médio e elementar, cuja demanda varia segundo a natureza do serviço, a estrutura organizacional, o processo de trabalho e o modelo assistencial adotado.

Dadas essas restrições, o cálculo das demandas por

empregos de saúde restringiu-se ao número de médicos e de odontólogos no atendimento ambulatorial, calculados em termos de empregos de 20 horas semanais, ou 1056 horas/ano.

A tabela 23 mostra que existe um superavit estimado em 75% quanto ao número de empregos médicos existentes no país. Em outras palavras, para cobrir o déficit de consultas médicas estimadas para 1985 seriam necessários 87,1 mil empregos médicos de tempo parcial na rede ambulatorial, e não os 152,8 mil atualmente existentes. Isto mostra apenas que a produtividade do emprego médico é muito mais baixa do que o esperado.

Em termos regionais, a única região que apresente um pequeno déficit de empregos médicos (da ordem de 3,0%) é a Norte. Na Região Sudeste, existem 2,3 vezes mais empregos médicos do que seria necessário para cobrir o número necessário de consultas.

A tabela 24 registra o superavit estimado no número de empregos de odontólogos. Considerou-se que, na média, todos os empregos equivaliam a 20 horas semanais, ou ainda 1056 horas por ano.

Observa-se que há, igualmente, um superávit de odontólogos em todo o país, em menores proporções, mas que, em termos regionais só não é registrado na Região Norte.

Levando-se em consideração que dos 152,8 mil

empregos médicos existentes na rede ambulatorial, 77,4 mil são públicos, nota-se que, potencialmente existiria um pequeno esforço adicional para que o setor público pudesse fornecer toda a atenção ambulatorial necessária ao país, em termos de consultas médicas.

No caso dos odontólogos, o esforço seria maior, dado que 14,4 mil dos 25,5 mil empregos são públicos e seriam necessários 20,7 mil empregos para que toda a atenção ambulatorial necessária, no campo odontológico, pudesse ser fornecida pelo setor público.

A análise aqui feita poderia encontrar resultados mais precisos caso fosse refinada com parâmetros específicos de consulta por especialidade médica e odontológica.

No que diz respeito às necessidades associadas a programas específicos, procurar-se-á trabalhar com 3 grupos de populações alvo: criança; mulher e adulto. Os dados da AMS não permitem, no entanto, desagregar informações sobre produção de serviços segundo grupos de idade. Sendo assim, utilizaremos o total de consultas pediátricas para efeitos de cálculo do déficit de serviços ambulatoriais neste campo.

No caso do grupo "mulher", não há possibilidade de separar, nos dados da AMS, as consultas ginecológicas das consultas obstétricas, o que trouxe a necessidade de analisar os

dois grupos de ações de especialidade (ginecologia e obstetrícia) em conjunto.

As necessidades de atenção à saúde da criança serão aqui avaliadas a partir do cálculo dos déficits de consultas pediátricas nas distintas regiões do país.

O parâmetro utilizado para consultas pediátricas estabelece que, de cada 100 consultas médicas 15,5 devem ser ofertadas em pediatria. Este parâmetro, no entanto deveria ser ponderado pela estrutura etária de cada região. Assim, regiões que apresentassem maior participação do grupo 0-14 anos em sua estrutura etária, deveriam ter uma participação relativa maior nas consultas pediátricas, ocorrendo o inverso nas regiões onde é menor a participação deste segmento etário no conjunto da população.

A análise da tabela 25 revela que existe um pequeno déficit de consultas pediátricas no país. No entanto, este déficit deve ser contrabalançado pelos seguintes fatos:

- a) Apenas a Região Sudeste apresenta um Superávit de consultas de pediatria, que por sinal é bastante elevado (da ordem de 34% das necessidades projetadas);
- b) As demais regiões do país revelam déficits superiores a 18%, sendo o mais baixo encontrado na Região Centro-Oeste e o mais elevado verificado no Nordeste.

Tais constatações são ainda agravadas pelo fato de que a Região Sudeste, ao apresentar taxas de fecundidade

fortemente declinantes nos últimos vinte anos, tem uma participação relativa do grupo etário de 0-14 anos bem inferior a média nacional, o que indica que o superávit real de consultas pediátricas deve ser até maior.

Analogamente, regiões como o Norte e o Nordeste, além de apresentarem déficits substanciais de consultas pediátricas (em torno de 32%), detêm padrões elevados de fecundidade e alta participação do segmento 0-14 anos na estrutura etária regional, fazendo com que os déficits reais sejam ainda maiores do que os apresentados.

Por fim, vale comentar que a Região Sul, apesar de apresentar um déficit da ordem de 20% na produção de consultas pediátricas, têm a mais baixa taxa de fecundidade do país. Portanto, o déficit real encontrado nesta região não deve ser tão alto quanto o apresentado.

Da análise feita, depreende-se a necessidade de utilizar parâmetros mais adequados regionalmente, e que leve em consideração a distribuição etária da população.

A atenção à saúde da mulher será feita a partir da análise das necessidades de consultas ginecológicas e obstétricas e da necessidade de leitos para internação nesta especialidade.

Quanto a questão das consultas ginecológicas e

obstétricas, uma primeira constatação, a partir dos dados da tabela 26, revela um grande déficit, não só no Brasil, como também em todas as Regiões. Existe a necessidade de produzir adicionalmente 16,1 milhões de consultas nestas especialidades no país.

Este déficit, em termos relativos, é maior nas Regiões Norte e Nordeste, onde atinge 59% e 48% do total de consultas necessárias. O menor déficit é encontrado na Região Sudeste (18,0%), mas mesmo tal situação pode ser considerada alarmante dado que esta região, além de ser a que detém as melhores condições de atendimento médico do país, apresenta déficits de consultas em pouquíssimas especialidades.

Existem alguns motivos que podem ser considerados como justificativas para este mau desempenho no que tange a oferta de consultas ginecológicas e obstétricas. Primeiramente, o próprio comportamento da demanda. No caso das consultas ginecológicas, as mulheres de baixa renda não costumam procurar tais serviços por razões de natureza cultural. Quanto às consultas obstétricas, vale destacar que o acompanhamento pré-natal da maior parte das mulheres pobres, bem como o acompanhamento do puerpério, deixa muito a desejar, como reconhecem os próprios serviços de saúde.

Sendo assim, esta deve ser considerada uma especialidade prioritária no que diz respeito ao aumento do número de consultas.

Deve-se destacar no entanto, a dificuldade de trabalhar com um mesmo parâmetro para todas as regiões, no que diz respeito ao número de consultas ginecológicas e obstétricas. Dois fatores devem ser levados em consideração para a fixação de parâmetros quanto a este ponto: a proporção de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos), que determinaria o número de consultas ginecológicas, e a taxa de natalidade, que determinaria o número de consultas de "pré-natal" e de puerpério.

No caso das regiões brasileiras, pode-se assumir que estes fatores atuam em sentido contrário. Regiões que apresentam fecundidade mais elevada como o Nordeste tem uma participação menor de mulheres em idade reprodutiva na população do que o Sudeste, onde a fecundidade é mais baixa. Assim, pode-se dizer que estes fatores compensam as possíveis distorções regionais que poderiam ser encontradas no parâmetro do INAMPS que estabelece que 12,7% das consultas médicas deveriam ser dadas nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, ao nível nacional.

Observando-se o número de leitos disponíveis para estas especialidades, verifica-se que há um considerável superávit em relação às necessidades projetadas para o ano de 1985, o qual se concentra nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Analogamente, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam déficits quanto ao número de leitos ginecológicos e obstétricos, sendo que, nesta última região tal déficit chega a 12% das necessidades projetadas.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a atenção à

saúde da mulher carece mais de atendimentos ambulatoriais do que infra-estrutura hospitalar, em que pesem as diferenças regionais que devem ser reduzidas ou extintas.

O parâmetro do INAMPS considera que 15% do total de consultas médicas devem ser "consultas de urgência". A análise do caso brasileiro mostra que, para o total do país, quase 19% das consultas médicas são de urgência, acarretando em um superavit de 8,8 milhões de consultas, como mostra a tabela 27.

Este superavit, no entanto, concentra-se nas Regiões Sudeste e Sul (onde ele é superior em mais de 50% às necessidades de consultas dessa natureza), estando associado aos serviços privados conveniados e não conveniados com o INAMPS, que costumam atender sob a denominação de "urgência médica" consultas comuns em "clínica médica". O setor privado respondia, em 1985, por 51% das consultas de urgência produzidas no país.

Nas regiões Norte e Nordeste observa-se que os déficits de atendimentos de urgência são superiores a 50%. Tal situação revela que as consultas de urgência apresentam uma péssima distribuição regional em relação ao padrão esperado.

Como uma das quatro especialidades básicas, a proporção de consultas esperadas em clínica médica é a mais alta de todas as especialidades. O parâmetro estabelecido pelo INAMPS diz que 34,5% de todas as consultas tem que ser oferecidas em

clínica médica.

Pelos dados da tabela 28, o Brasil necessitava em 1985 de 126,9 milhões de consultas nesta especialidade, mas foram produzidas somente 116,6 milhões, o que trouxe um déficit estimado em 10,3 milhões de consultas.

De todas as regiões do país, apenas o Sudeste não apresentou déficits na produção de consultas em clínica médica. O maior déficit relativo foi encontrado na Região Norte (36,2%), enquanto que o menor foi verificado no Sul (1,1%).

Na Região Sudeste observa-se um superavit de mais de 30% sobre as necessidades de consultas em clínica médica. Assim, a excessiva concentração no Sudeste e a má cobertura nas outras regiões indica que a ampliação do número de consultas em clínica médica deve ser encarada como outra prioridade no campo da expansão de cobertura da rede ambulatorial.

No que diz respeito à rede hospitalar, mas especificamente, a capacidade instalada em termos de leitos nesta especialidade (tabela 29), verifica-se a existência de um superavit em função da forte concentração relativa de leitos no Sudeste e no Sul. Esta última Região chega a ter 75% de leitos a mais do que o necessário para atender à população na especialidade "clínica médica".

Em compensação, observa-se a existência de

déficits de leitos no Norte, Nordeste e Centro-Oeste o que, combinado com os déficits já verificados quanto a necessidade de consultas nesta especialidade básica, demonstra a carência de investimentos e de recursos para que possa ser ampliada a capacidade de atendimento em clínica médica, especialmente nestas Regiões.

Segundo os parâmetros fixados pelo INAMPS, a especialidade clínica cirúrgica deveria concentrar 2,3% das consultas que integram a rede ambulatorial. No entanto, no Brasil ela absorve 2,8% destas, com um superavit registrado em 1,3 milhões de consultas no ano de 1985 (tabela 30).

Ocorre com esta especialidade fenômeno similar ao verificado em clínica médica, ou seja, excessiva concentração no Sudeste, com um superavit de 75% em relação as necessidades, e carência relativa nas demais regiões, onde são encontrados déficits de consultas em clínica cirúrgica.

O déficit mais elevado situa-se no Nordeste, onde seria necessário aumentar em 64% o número de consultas para se chegar ao parâmetro fixado. O menor déficit está na Região Sul, onde seria necessário expandir o número de consultas em 8% para se atingir o referido parâmetro.

Em certo sentido, as consultas em clínica cirúrgica destinam-se a avaliar situações pré e pós operatórias.

Sua ausência poderia indicar três possibilidades complementares:

- a) carência de internações cirúrgicas;
- b) ausência de exames prévios às internações;
- c) ausência de acompanhamento pós-operatório.

Como já foi verificado anteriormente, existe um superavit de internações em todas as Regiões analisadas, o que indica que as opções b e c estão mais próximas da verdade.

Em termos de capacidade de atendimento hospitalar nesta especialidade, a tabela 31 indica que somente duas regiões no país (Sudeste e Sul) detêm superavit de leitos em clínica cirúrgica. As demais apresentam deficits que chegam a quase 30% do necessário, como é o caso das Regiões Norte e Nordeste.

Esta tendência reforça a má concentração regional da produção de serviços e da capacidade instalada em "clínica cirúrgica, e indica que os investimentos nesta especialidade deverão ser regionalmente dirigidos.

Os estabelecimentos especializados em psiquiatria (tabela 32) representavam, em 1985, 11% do total de estabelecimentos especializados do país. Respondiam por quase 20% dos leitos e apresentavam um superavit de 88% com relação ao número de leitos fixados segundo os parâmetros do INAMPS.

Porém este superavit fabuloso escondia fortes

discrepâncias regionais quanto a disponibilidade de leitos nesta especialidade médica. O déficit da Região Norte em termos de número de leitos de psiquiatria era de 84,0%. Em outras palavras, para atingir o número de leitos compatível com o parâmetros fixados, o Norte teria que multiplicar por seis o número de leitos de internação de que dispunha.

Analogamente, a Região Sudeste detinha mais do triplo de leitos psiquiátricos necessários para atender sua população. Esta forte discrepância está respaldada no fato de que a atenção médica psiquiátrica no Brasil ainda detém forte orientação hospitalocêntrica. Na maioria dos países desenvolvidos a questão psiquiátrica em sendo resolvida a partir de uma crescente ambulatorização, que se iniciou no início do século com o movimento da anti-psiquiatria.

A tabela 33 revela a existência de um grande déficit de consultas psiquiátricas no país, o qual atinge 45,4% das necessidades esperadas, sendo o mais baixo na Região Sudeste (21,1%) e mais elevado no Norte, onde atinge 85% do valor estimado como necessário. Nesta Região o número de consultas psiquiátricas teria que ser multiplicado por oito para atingir as necessidades esperadas.

Portanto, o que se verifica, em média, no setor de atenção psiquiátrica é um excesso de capacidade instalada para internação, ao lado de uma escassez de consultas médicas. Tal situação reflete um modelo já ultrapassado de atenção

psiquiátrica.

Quem e Como se Paga a Conta ?

Apesar de atingir US\$ 5,6 bilhões em 1990, o gasto público federal com saúde não pode ser considerado alto, haja visto que ele constitui a principal fonte de custeio das ações de saúde no Brasil. Estes US\$ 5,6 bilhões representavam 2,34% do Produto Interno Bruto de 1986.

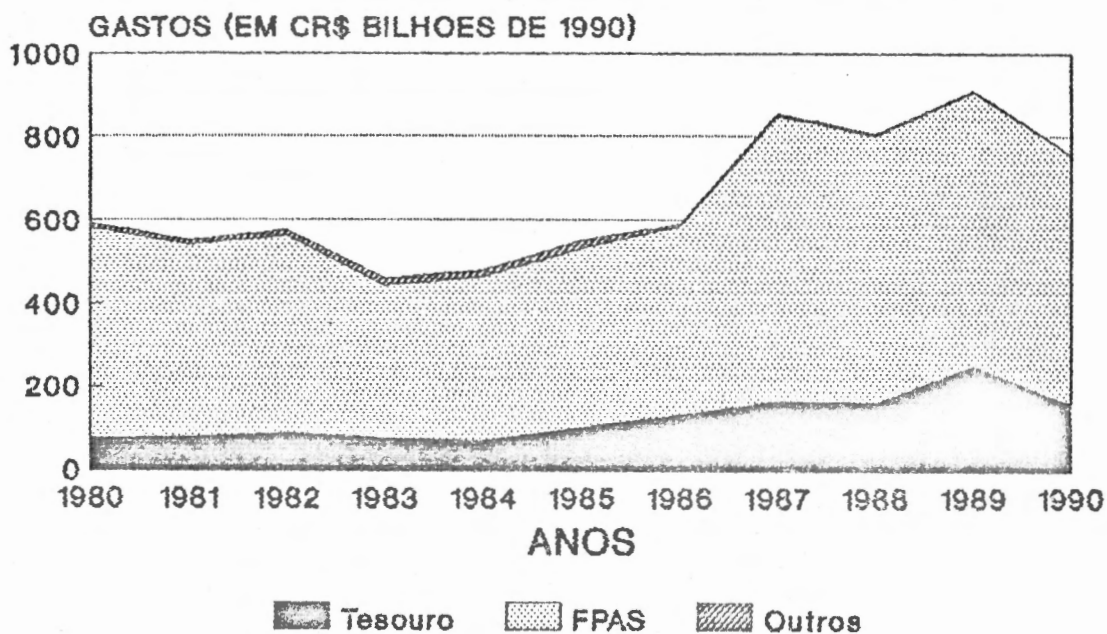
Ao longo da crise que se estende de 1980 a 1986, a participação do gasto federal em saúde nunca foi muito mais elevada do que tal proporção. Como mostra a tabela 37, o máximo que atingiu foi 1,84% do PIB em 1982 e o mínimo foi obtido no ano seguinte (1,56%).

De qualquer forma o gasto federal em saúde per-capita foi declinante entre 1980 e 1983, passando de US\$ 42,51 para US\$ 31,76. em termos anuais entre estes dois anos, respectivamente. Em 1984 inicia-se uma pequena recuperação do montante per-capita gasto com saúde pelo Governo Federal. Tal recuperação, que se prolonga pelos dois anos seguintes, não chega a ser suficiente para repor o patamar de gasto por habitante existente em 1982 (tabela 37). Em 1986 gastava-se US\$ 37,57 por habitante ano com saúde, no nível federal.

Somente a partir de 1987 o gasto per-capita com saúde sofreu forte recuperação, chegando a US\$ 55,92 no ano de 1992, quando o montante total dispendido pelo setor público federal com programas de saúde atingiu quase 3% do PIB. Em 1990,

16- SAUDE

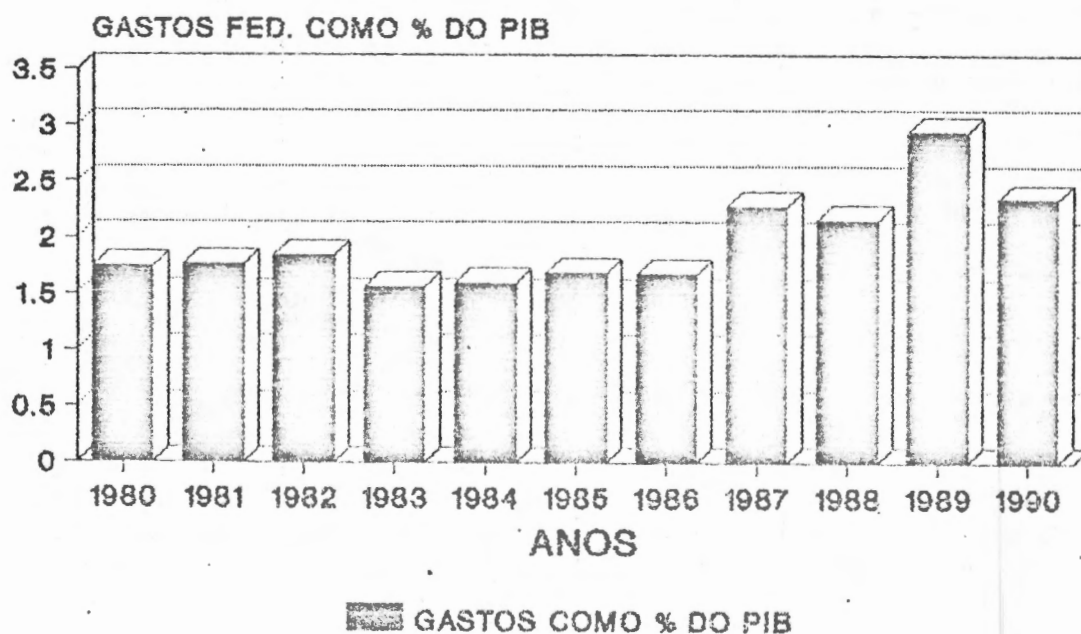
GASTOS FEDERAIS: 1980-1990



IPEA/CSP

17-SAUDE

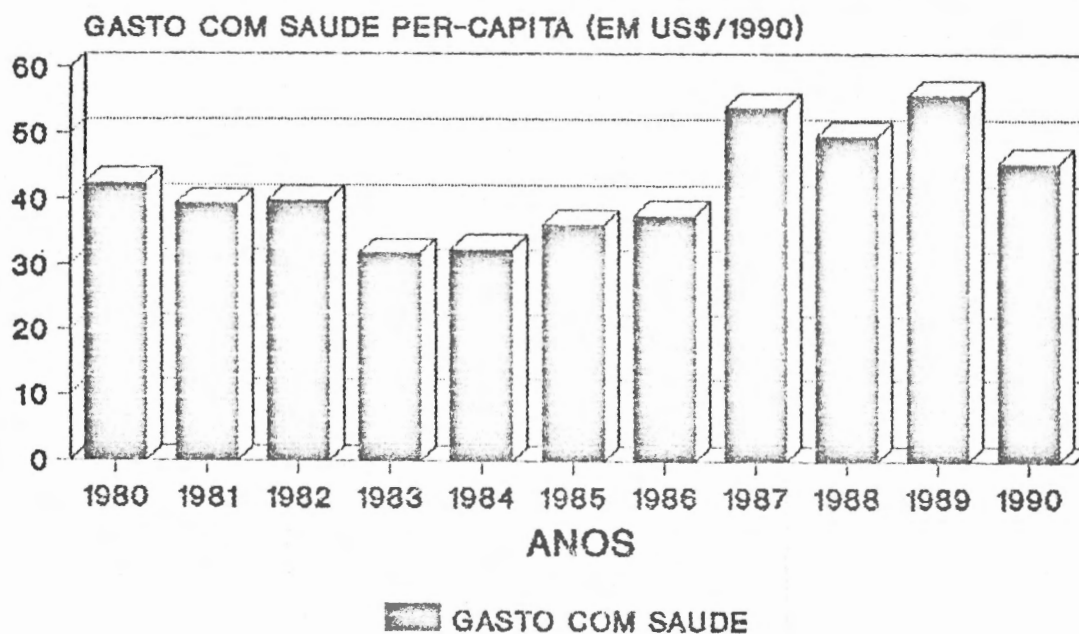
GASTOS FED. C/PROPORCAO DO PIB



PIE/IPLAN/CSP

18-SAÚDE

GASTO FEDERAL PER-CAPITA (EM US\$)

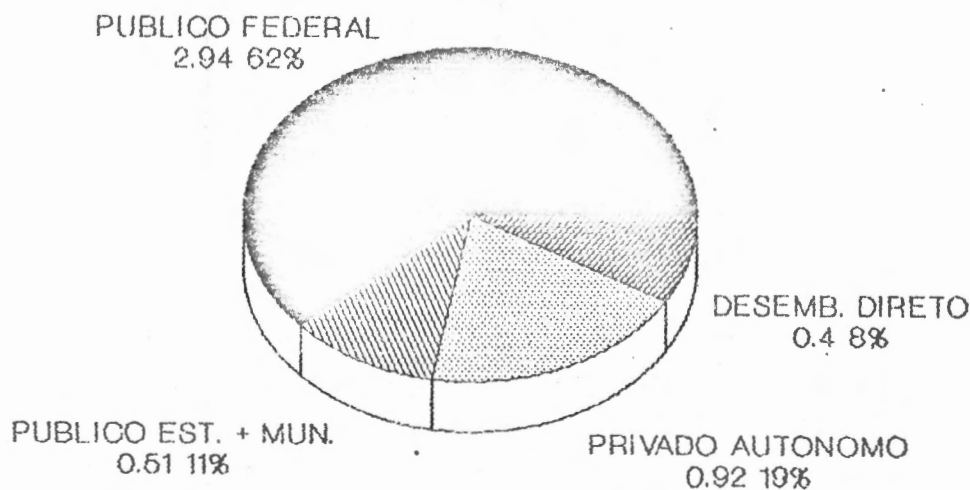


FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

19-GASTO EM SAÚDE/PIB

(PÚBLICO + PRIVADO)

GASTO TOTAL: 4,77% DO PIB
1989



ESTIMATIVA ELABORADA POR ANDRÉ MEDICI

apesar de voltar a cair, o gasto federal com saúde chegou a 2,34% do PIB, representando um montante anual per-capita de US\$ 45,65.

Ao longo dos anos de crise, o gasto federal em saúde sofreu algumas mudanças significativas em sua composição interna. Em 1980 somente 12,9% dos recursos federais provinham de fundos do Tesouro. A maior parcela dos recursos (85,1%) era representada pelos aportes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A partir de então, podem ser identificadas as seguintes mudanças de estrutura

a) - Aumento da participação da fonte Tesouro que, em 1989 já passa a representar 27,6% do gasto federal em saúde, em grande medida favorecida pelos aportes orçamentários do FINSOCIAL, embora em 1990 essa participação tenha se reduzido para 21,1%;

b) - Perda de importância relativa dos recursos do FPAS que, em 1980 correspondiam a 78,9% do total da despesa da União com saúde, contra os 85,1% de participação que detinham em 1980;

c) - Redução gradativa da importância dos recursos do FAS a disposição do setor.

Apesar destas mudanças não terem invertido o peso dos recursos do FPAS como principal fonte de custeio no setor, ao

nível federal, pode-se dizer que elas aumentaram significativamente a participação do Tesouro. Esta, por sua vez, teve como principal fonte adicional de recursos o FINSOCIAL. Os recursos desse fundo ingressam, não somente de forma independente, através do BNDES (como mostra a tabela 36), mas também de forma vinculada ao orçamento ordinário de órgãos como o Ministério da Saúde. Pode-se dizer, ainda, que cada vez mais o FINSOCIAL tem sido responsável por grande parcela dos recursos do Ministério da Saúde.

A crise econômica representou grandes perdas de recursos para o setor saúde. Entre 1980 e 1984, o gasto federal total com saúde se contraiu a uma taxa de 4,3% ao ano, sendo que os recursos ordinários vinculados e os do FPAS foram os principais responsáveis por essa queda. Já no período 1984/1990, ocorre forte recuperação do volume de gastos, com um crescimento anual médio de 7,9% no período.

Ao observar o comportamento do gasto federal (do Tesouro) com saúde, a partir de 1978, nota-se que de 1978 a 1979 ele já era declinante (tabela 38). Em outras palavras, mesmo antes do país mergulhar na crise econômica, que o Governo Federal vinha reduzindo sua parcela de gasto público com saúde, haja vista a participação cada vez mais reduzida do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União.

Mais interessante, ainda, é que nos anos mais duros da crise, ou seja, a partir de 1980, o gasto federal com

saúde recomeça a crescer, embora não tenha atingido, em 1982, o nível existente em 1979. Em 1983 e 1984, a despesa federal com saúde retorna a baixar, só voltando a crescer em 1985 quando atinge, em 1989, os níveis reais mais elevados da história recente. Com efeito, o gasto federal em 1989 foi US\$ 3106,5 milhões; 4,5 vezes mais elevado que o de 1978 que foi o ponto mais alto atingido antes da crise dos anos oitenta.

Tradicionalmente, os recursos do Tesouro na área de saúde tem sido utilizados para financiar as chamadas ações de alcance coletivo, enquanto que os fundos da previdência são voltados para as ações de assistência médica. Tal tradição, no entanto, não correspondeu ao desempenho efetivo do gasto do Tesouro em saúde ao longo da crise.

Ao observar a tabela 39, nota-se que os programas de assistência médica, que já absorviam 33% dos recursos do tesouro desembolsados com saúde em 1976, passaram a absorver em 1984 quase 50% do gasto. Tais programas correspondem ao desembolso com os hospitais militares, os hospitais de referência do Ministério da Saúde, a rede assistencial da Fundação SESP e os hospitais universitários. A partir de 1986 observa-se uma reversão desta tendência, aumentando o peso relativo de programas como "controle e erradicação de doenças transmissíveis" e "produtos profiláticos e terapêuticos".

Assim, a partir de 1985 e 1986 observa-se uma retomada na importância dos programas sobre a coletividade e

sobre o meio. O programa "Controle e Erradicação de doenças transmissíveis, que respondia por 13,9% dos gastos do tesouro com a função saúde em 1984, passa a deter 23,3% do total de recursos. O mesmo acontece com programas como fiscalização e inspeção sanitária" e "produtos profiláticos e terapeuticos", que aumentam não só o montante a sua disposição como o peso relativo no total dos gastos. Ao mesmo tempo, reduz-se a participação relativa da assistência médica na massa de recursos do Tesouro.

Tal fato representa um importante redirecionamento de prioridades esquecidas pelos governos militares no campo da saúde. Mas não invalida a advertência sobre a necessidade de investir mais recursos nesse campo, tendo em vista cobrir o atraso que nos encontramos no controle sanitário de endemias facilmente erradicadas a partir do emprego de técnicas simples e baratas.

Nos anos de crise, a estrutura do gasto do INAMPS não se modificou substancialmente. Como mostram as tabelas 40 e 41, parece ter havido, naqueles anos um ligeiro aumento dos gastos com assistência médica sobre o total dos gastos da instituição, até 1984, tendência que se inverte particularmente nos anos de 1985 a 1989.

Os recursos do FINSOCIAL foram, nos últimos anos, progressivamente incorporados, de forma vinculada, ao Orçamento dos Ministérios Sociais, sem passar pela sua instância gestora,

ou seja, o BNDES. Essa perda paulatina de autonomia do BNDES na gestão dos recursos do FINSOCIAL acarretou num esvaziamento das transferências de recursos negociadas a partir deste fundo.

No que diz respeito aos gastos com saúde, em 1982 foram negociados diretamente com o setor US\$ 365,4 milhões, o que representava 41 % dos recursos do FINSOCIAL. Em 1985, a parcela negociada não alcançou os US\$ 71,0 milhões e isto não chegava a 25% dos recursos do fundo a disposição do BNDES. Em 1986 não foi registrada nenhuma transferência negociada de recursos do FINSOCIAL para o setor saúde (tabela 42).

No que diz respeito aos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), observa-se uma forte contração real dos recursos postos a disposição do setor saúde. Em 1981, tais recursos chegaram a US\$ 87,0 milhões (tabela 43). Já em 1986 eles não passavam dos US\$ 23,1 milhões. Em termos relativos essa redução não foi tão grande. Os recursos do FAS em 1981 chegavam a US\$ 321,1 milhões. Com a crise, tais recursos se reduziram bastante e em 1986 chegavam a apenas US\$ 94,4 milhões. Com isso, a participação relativa dos recursos transferidos para o setor saúde nos dispêndios globais do FAS caiu de 27,1% para apenas 24,4%.

Os recursos do FAS, no campo da saúde, tem sido utilizados prioritariamente no aumento da capacidade instalada, tanto do setor público como do setor privado. Sua redução parece bastante grave, justamente num período onde é necessário injetar

recursos para reaparelhar a rede existente que se encontra em rápido processo de deterioração.

Cabe observar, ainda, que nos últimos anos vem ocorrendo uma forte redução dos recursos repassados a fundo perdido (geralmente associados a projetos do setor público) ao lado de um aumento da parcela de recursos destinados a financiamento. Isto mostra que, mesmo nos anos recentes, o setor público não vem sendo contemplado com recursos adicionais para ampliação e melhoria de sua capacidade instalada.

Uma outra forma de visualizar o decréscimo dos gastos com saúde ao longo da crise é analisá-lo a partir da natureza econômica da despesa. A tabela 44 mostra que o gasto federal global com saúde sofreu um decréscimo real de 19,7% entre 1980 e 1983. Considera-se gasto federal global a soma dos recursos do Tesouro, do FPAS, do FAS, do FINSOCIAL e de outras fontes de menor importância. A partir de 1984 ele começa a se recuperar lentamente, alcançando 4,4 bilhões de dólares em 1986; quantia superior ao desembolso de 1980.

Utilizou-se a seguinte classificação econômica da despesa: despesas de CUSTEIO, destacando-se as de Pessoal e Serviços pagos a Terceiros; as TRANSFERENCIAS CORRENTES, destacando-se as Intragovernamentais (entre níveis diferentes de uma mesma esfera de Governo) e as Intergovernamentais (entre diferentes esferas de Governo); os INVESTIMENTOS, as INVERSOES

FINANCEIRAS e as TRANSFERENCIAS DE CAPITAL.

Entre 1980 e 1986 observa-se uma constante queda relativa das despesas de custeio na massa total de recursos do setor saúde. Estas, que representavam 86,1% do gasto total em saúde em 1980 passam a conter apenas 65,2% desse gasto em 1986 (ver tabelas 27 e 27-A). A principal hipótese relacionada a esta queda refere-se a perda de importância dos serviços de terceiros que é o principal item de gasto no total de custeio.

No setor saúde, os serviços pagos a terceiros respondem pela compra de serviços, através de contratos e convênios do INAMPS com o setor privado. Os serviços pagos a terceiros representavam 63,0% do gasto total em saúde em 1980 mas em 1986, respondiam apenas por 36,1%. Na medida em que o INAMPS é o principal responsável por esta despesa, pode-se dizer que a redução do valor das tabelas de pagamento dos prestadores privados tem sido o principal elemento responsável pela queda das despesas de custeio.

Outro item de grande importância nas despesas de custeio - o item Pessoal - tem tido crescimento quase que constante no período, o que pode estar associado ao rápido aumento da força de trabalho em saúde no setor público. Os gastos em pessoal evoluem de 16,4% para 21,7% do total do gasto federal em saúde, entre 1980 e 1986.

A redução das despesas de custeio tem sido

contrabalançada pelo aumento das despesas com transferências correntes. Estas representavam apenas 9,5% do volume de gastos em 1980, enquanto em 1986 passam a englobar 28,4% das despesas federais com saúde. Este rápido aumento do peso das transferências tem como principais elementos indutores as transferências intra-governamentais e as transferências intergovernamentais.

Em 1980, as transferências intra-governamentais respondiam por 5,5% dos gastos federais em saúde. Em 1986 elas passam a representar 11,3% destes gastos. Este aumento certamente se deve ao aumento das transferências de recursos do INAMPS para os hospitais universitários, para o Ministério da Saúde e para outros órgãos federais, nos marcos das ações integradas de saúde.

No caso das transferências intergovernamentais, cabe mencionar que estas representavam apenas 1,2% dos gastos federais em saúde no ano de 1980. Em 1986, com 10,7% desses gastos, tais transferências respondem pelos repasses de recursos do INAMPS e do Ministério da Saúde às redes estaduais e municipais, tendo em vista as estratégias de descentralização que se iniciaram com o programa de Ações Integradas de Saúde. Assim, é possível que nos próximos anos, (desde que continue a estratégia de estadualização posta em marcha pelo INAMPS) as transferências intergovernamentais em saúde assumam proporções cada vez maiores.

Com relação ao investimento, vale destacar que sua participação é irrisória no que diz respeito às necessidades do setor. Estimativas feitas recentemente, indicam que para manter o nível de reposição da capacidade instalada, sem depreciar a rede existente, a taxa de investimento deveria ser de 11,0%. Entre 1980 e 1986, o investimento oscilou entre 2,8% e 2,9% dos gastos globais, o que indica que, além de não estar existindo investimento líquido, o volume de recursos jogados nesta rubrica não é capaz de manter em bom estado a rede atualmente existente.

Tal situação é de extrema gravidade e necessita que sejam tomadas medidas de emergência para que não haja destruição ainda maior do parque hospitalar-ambulatorial existente no país, a partir do setor público.

No que diz respeito às despesas de custeio (tabela 46), observa-se que, apesar de declinante, o INAMPS respondia por quase 90,0% destes gastos em 1986. Isto se deve ao grande peso dos serviços pagos a terceiros, que é praticamente, uma despesa exclusiva do INAMPS, embora se deva também aos gastos de pessoal que em 1986 eram em 83,2% cobertos pelo INAMPS.

Com relação às transferências e aos investimentos, vale dizer que o INAMPS vem detendo participação crescente, embora bastante inferior ao nível de cobertura verificado nas despesas de custeio. O INAMPS cobria apenas 50,0% do investimento em saúde em 1986. Em 1984 esta participação não chegava a 20%. Vale dizer, no entanto, que as transferências do INAMPS a outras

esferas do setor público constitui formas indiretas de financiamento do investimento, notadamente no que diz respeito aos Estados e Municípios.

Portanto, o papel do INAMPS tem sido determinante no que diz respeito ao custeio dos sistemas de saúde no Brasil. Quanto aos investimentos, é necessário que se crie uma estrutura responsável pela canalização de recursos e pela escolha de prioridades nesse campo. Os investimentos feitos no setor até 1984 concentraram-se, basicamente na rede ambulatorial pública, seja no Nordeste (Investimentos do Ministério da Saúde através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS) seja a partir do crescimento geral da rede de Postos de Assistência Médica - PAM's do INAMPS.

Em 1979, o gasto dos Estados com os programas de saúde chegava a US\$ 964,1 milhões. Isto equivalia a 6,04% do dispêndio total daquelas esferas, o que era, sem vias de dúvida, mais do que o desembolsado, em termos relativos, pelo orçamento federal. Com a crise econômica dos anos oitenta, o gasto estadual com saúde se retraiu em 9,4%, passando para US\$ 874,0 milhões em 1984. Naquele ano, isto correspondia a 5,98% do total das despesas das administrações Estaduais.

Portanto, na crise, os gastos estaduais com saúde se reduziram não só em termos absolutos como em termos relativos. Tal redução ocorreu em todos os itens de despesa, destacando-se em particular, as despesas de consumo que caem de US\$ 833,1 para

US\$ 792,5. Mesmo assim, as despesas de consumo, que incluem os gastos com pessoal e encargos, pagamento de serviços a terceiros e material de consumo, correspondiam a quase 91% dos gastos com saúde em 1984. No caso dos Estados, diferentemente do que acontece no Governo Federal, as despesas com pessoal correspondem ao maior item de custos (tabela 29)

A tabela 47 mostra a estrutura dos gastos em saúde dos Estados e Municípios das capitais e Regiões Metropolitanas no ano de 1984. Destaca-se o grande peso dos gastos com administração, especialmente nos Estados. Isto ocorre mesmo quando se sabe que os gastos com pessoal não estão concentrados nessa rubrica, mas distribuem-se segundo os distintos subprogramas.

O programa de saúde que absorve mais recursos ao nível dos Estados é o de Assistência Hospitalar Geral. Tal fato ocorre porque muitos Estados detêm hospitais gerais, que além do atendimento de urgência, recebem qualquer clientela em caráter universal.

No caso dos municípios, o programa de assistência sanitária geral absorve a maior parcela dos recursos (66,1%), o que mostra que estas esferas destinam seus recursos, em maior proporção, para os cuidados de caráter coletivo.

Em termos globais, o gasto dos Estados e

Municípios com saúde chegava, em 1986 a quase 30% do gasto federal consolidado. Isto não representa muito, dado que é nessas esferas que é fornecida a maior parcela dos cuidados gerais com a saúde da população. Na medida em que o sistema de saúde no Brasil passa por um processo de descentralização, é necessário que sejam pensadas formas de aumentar os recursos a disposição das esferas descentralizadas, o que poderia ser feito; ou através de uma reforma tributária que possibilite reverter a atual centralização de recursos nas mãos do Governo Federal, ou através de uma maior transferência de recursos para os programas de saúde estaduais e municipais.

Considerações Finais

A análise elaborada neste texto levou em consideração as características globais do setor saúde no Brasil. Não foram consideradas as segmentações de mercado - tão presentes em nossa estrutura de organização de serviços - que podem realmente separar as pessoas que detêm uma assistência médica adequada, daquelas que dependem única e exclusivamente do setor público.

O Brasil, em 1989, tem um gasto estimado em saúde da ordem de 4,77% do PIB (ver gráfico 19). Destes recursos, 2,94% do PIB corresponderam ao gasto federal; 0,51% do PIB aos gastos dos Estados e Municípios; 0,4% do PIB ao desembolso direto das famílias e 0,92% (quase 1% do PIB) ao gasto privado autônomo comandado pelas empresas e pelo setor autônomo de saúde. Estes dois últimos segmentos cobriam cerca de 32 milhões de pessoas em 1989 - parcela da população que, embora contribua, encontra-se efetivamente fora do âmbito do SUS.

A soma de todos esses segmentos perfazia um gasto per-capita de US\$ 90,00 em 1989. Este valor, na visão de segmentos empresariais da área de saúde, não seria suficiente para dar uma adequada cobertura dos riscos à saúde da população. Segundo alguns desses segmentos, seria necessário algo em torno de US\$ 120,00 para ser possível tal cobertura em patamares mínimos de dignidade.

Sendo assim, acredita-se que o gasto com saúde no Brasil ainda é insuficiente. Deveria ser, pelo menos 25% mais elevado para que a sociedade brasileira tivesse a disposição uma base mínima de recursos voltados ao custeio de uma assistência médica mínima de cobertura universal.

ANEXO ESTATISTICO

TABELA 1
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1989

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS					
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	FUNDA	SINDIC
1976	13133	6765	1198	3923	1644	6368	2051	1339	2978	-	-
1977	14288	7290	1161	4216	1913	6998	1939	1604	3455	-	-
1978	15345	7839	1271	4410	2158	7506	2036	1641	3829	-	-
1979	17079	8748	1487	4801	2460	8331	2092	1992	4247	-	-
1980	18489	10045	1575	5768	2702	8444	2104	1969	4371	-	-
1981	22341	13890	3829	7010	3051	8451	1955	901	5367	228	-
1982	24018	15286	4018	7927	3341	8732	1917	969	5688	218	-
1983	25851	16749	4278	8726	3745	8902	1920	978	5804	200	-
1984	27552	18363	4463	9533	4367	9189	1930	1041	5996	222	-
1985	28972	17076	1970	9916	5190	11896	1947	1032	5729	258	2930
1986	30872	18790	1944	10200	6646	12082	1955	998	5846	271	3012
1987	32450	20174	-	-	-	12276	-	-	-	-	-
1989	34831	22706	-	-	-	12125	-	-	-	-	-

FONTE: IBGE, ANS 1976-1989

ODS: No total dos estabelecimentos privados, estão incluídas as Fundações particulares.

TABELA 2
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1989

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS					
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	FUND.	SINDIC
1976	5310	960	214	496	250	4350	1447	584	2319	-	-
1977	5458	996	226	495	275	4462	1431	575	2456	-	-
1978	5708	1072	239	529	304	4636	1454	584	2598	-	-
1979	6036	1162	261	567	334	4874	1504	596	2774	-	-
1980	6103	1217	269	600	348	4886	1508	567	2811	-	-
1981	6473	1342	303	665	374	5131	1437	497	3059	138	-
1982	6650	1422	312	724	386	5228	1424	487	3175	142	-
1983	6680	1450	327	731	392	5230	1430	493	3164	143	-
1984	6861	1547	342	781	424	5314	1426	485	3245	158	-
1985	6678	1469	272	763	434	5209	1432	456	3105	179	37
1986	6920	1595	271	808	516	5325	1448	435	3219	186	37
1987	7062	1703	-	-	-	5359	-	-	-	-	-
1989	7127	1889	-	-	-	5238	-	-	-	-	-

FONTE: IBGE/ANS, 1976-1989

ODS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as Fundações Particulares.

FONTE: IBGE/AMS, 1976-1989

ANOS: TOTAL	PUBLICO	PRIVADO	TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	FILANTRÓFICO	RENTES	C/LUC	FUND	SINDIC
1976	2,81	3,71	5,61	-0,21	10,01	2,61	-1,11	-1,51	5,91	-	-	-
1977	4,61	7,61	5,71	6,91	10,51	3,91	1,61	1,61	5,81	-	-	-
1978	5,71	8,41	9,21	7,21	9,91	5,11	3,41	2,01	6,81	-	-	-
1979	1,11	4,71	3,11	5,81	4,21	0,21	0,31	4,91	1,31	-	-	-
1980	6,11	10,31	12,61	10,81	7,51	5,01	-4,41	-12,31	8,81	-	-	-
1981	2,71	6,01	3,01	8,91	3,21	1,91	-0,91	-2,01	3,81	-	-	-
1982	0,41	2,01	4,81	1,01	1,61	0,01	0,41	1,21	-0,31	-	-	-
1983	2,71	0,51	4,61	6,81	8,21	1,61	-0,31	-1,61	2,61	-	-	-
1984	-1,21	-5,01	-20,51	-2,31	2,41	-2,01	0,41	-6,01	-4,31	-	-	-
1985	2,11	8,61	-0,41	5,91	18,91	2,21	1,11	-4,61	3,71	-	-	-
1986	2,11	6,81	-	-	-	0,61	-	-	-	-	-	-
1987	1,51	5,31	-	-	-	-1,11	-	-	-	-	-	-
1988	3,51	6,11	5,91	4,91	8,61	2,91	1,01	-0,71	4,91	-	-	-
1989	3,01	6,21	6,81	5,11	2,11	-1,41	-3,81	3,61	-	-	-	-
1990	0,41	1,51	-11,01	1,71	10,31	0,11	0,81	-5,31	-0,41	-	-	-
1991	0,81	4,11	-	-	-	-0,31	-	-	-	-	-	-

TABELA 2.2
TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAIS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CON INTERMÉDIO HOSPITALAR, POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
1976-1989
(Em %)

FONTE: IBGE/AMS, 1976-1989

ANOS: TOTAL	PUBLICO	PRIVADO	TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	FILANTRÓFICO	RENTES	C/LUC	FUND	SINDIC
1976	18,11	4,11	9,31	4,71	81,91	27,21	11,01	43,71	-	-	-	-
1977	18,21	4,11	9,11	5,01	81,01	26,21	10,51	45,01	-	-	-	-
1978	18,81	4,21	9,31	5,31	81,21	25,51	10,21	45,51	-	-	-	-
1979	19,21	4,31	9,41	5,51	80,81	24,91	9,91	46,01	-	-	-	-
1980	19,91	4,41	9,61	5,71	80,11	24,71	9,31	46,11	-	-	-	-
1981	20,71	4,71	10,31	5,81	79,31	22,21	7,71	47,31	-	-	-	-
1982	21,41	4,71	10,91	5,81	78,61	21,41	7,31	47,71	-	-	-	-
1983	21,71	4,91	10,91	5,91	78,31	21,41	7,41	47,41	-	-	-	-
1984	22,61	5,01	11,41	6,21	77,41	20,81	7,11	47,31	-	-	-	-
1985	21,71	4,01	11,31	6,41	78,31	21,01	6,71	47,41	-	-	-	-
1986	23,01	3,91	11,71	7,41	77,01	20,91	6,31	46,51	-	-	-	-
1987	24,11	-	-	-	75,91	-	-	-	-	-	-	-
1988	26,51	-	-	-	73,51	-	-	-	-	-	-	-

TABELA 3
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO
HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1978-1989

ANOS	TOTAL	PÚBLICO				PRIVADO						
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	FUND	SINDIC	
1976	7823	5805	984	3427	1394	2018	604	659	755	-	-	-
1977	8830	6294	935	3721	1638	2536	508	999	1029	-	-	-
1978	9637	6767	1032	3881	1854	2870	582	1057	1231	-	-	-
1979	11043	7586	1226	4234	2126	3457	588	1396	1473	-	-	-
1980	12386	8828	1306	5168	2354	3558	596	1402	1560	-	-	-
1981	15868	12548	3521	6345	2682	3320	518	404	2308	90	-	-
1982	17368	13864	3706	7203	2955	3504	493	422	2513	76	-	-
1983	18971	15299	3951	7995	3353	3672	490	485	2640	57	-	-
1984	20691	16816	4121	8752	3943	3875	504	556	2751	64	-	-
1985	22294	15607	1698	9153	4756	6687	515	576	2624	79	2893	-
1986	23952	17195	1723	9392	6080	6757	507	563	2627	85	2975	-
1987	25388	18471	-	-	-	6917	-	-	-	-	-	-
1989	27704	20817	-	-	-	6887	-	-	-	-	-	-

FONTE: IRGE/ANS, 1978-1989

DBS: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 3.1
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1989

ANOS	TOTAL	PÚBLICO				PRIVADO						
		TOTAL	FEDER	ESTAD	MUNIC	TOTAL	FILAN	BENEF	C/LUC	FUND	SINDIC	
1976	100,0	74,2	12,6	43,8	17,8	25,8	7,7	8,4	9,7	-	-	-
1977	100,0	71,3	11,1	38,8	21,4	28,7	6,8	7,5	14,4	-	-	-
1978	100,0	70,2	10,7	40,3	19,2	29,8	6,0	11,0	12,8	-	-	-
1979	100,0	68,7	11,1	38,3	19,3	31,3	5,3	12,6	13,4	-	-	-
1980	100,0	71,3	10,5	41,7	19,0	28,7	4,8	11,3	12,6	-	-	-
1981	100,0	79,1	22,2	40,0	16,9	20,9	3,3	2,6	14,5	0,5	-	-
1982	100,0	79,8	21,3	41,5	17,0	20,2	2,8	2,4	14,5	0,5	-	-
1983	100,0	80,6	20,8	42,1	17,7	19,4	2,6	2,6	13,9	0,3	-	-
1984	100,0	81,3	19,9	42,3	19,1	18,7	2,4	2,7	13,3	0,3	-	-
1985	100,0	70,0	7,6	41,1	21,3	30,0	2,3	2,6	11,8	0,4	12,9	-
1986	100,0	71,8	7,2	39,2	25,4	28,2	2,1	2,4	11,0	0,4	12,3	-
1987	100,0	72,8	-	-	-	27,2	-	-	-	-	-	-
1989	100,0	75,1	-	-	-	24,9	-	-	-	-	-	-

FONTE: IRGE/ANS, 1976-1989

TABELA 3.2
TAXAS DE CRESCIMENTO DOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
BRASIL: 1976-1989

Em %

ANOS	TOTAL	PÚBLICO				PRIVADO						
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	FILANTRÓPICO	BENEFICENTE	C/LUCRO	FUNDO	SINDICATO	
77/76	12,8	8,4	-5,0	8,6	17,5	25,7	-15,9	51,6	36,3	-	-	-
78/77	9,1	7,5	10,4	4,3	13,2	13,2	14,6	5,9	19,6	-	-	-
79/78	14,6	12,1	18,8	9,1	14,7	20,4	1,0	32,1	19,7	-	-	-
80/79	12,2	16,4	6,5	22,1	10,7	2,9	1,4	0,4	5,9	-	-	-
81/80	28,1	42,1	169,6	22,8	13,9	-6,7	-13,1	-71,2	47,9	-	-	-
82/81	9,4	10,5	5,3	13,5	10,2	5,5	-4,8	4,5	8,9	-15,6	-	-
83/82	9,2	10,3	6,6	11,0	13,5	4,8	-0,6	14,9	5,0	-25,0	-	-
84/83	9,1	9,9	4,3	9,5	17,6	5,5	2,9	14,6	4,2	12,3	-	-
85/84	7,7	-7,2	-58,8	4,6	20,6	72,6	2,2	3,6	-4,6	23,4	-	-
86/85	7,4	10,2	1,5	2,6	27,8	1,0	-1,6	-2,3	0,1	7,6	2,8	-
87/86	6,0	7,4	-	-	-	2,4	-	-	-	-	-	-
89/87	4,5	6,2	-	-	-	-0,2	-	-	-	-	-	-
80/76	12,2	11,0	7,3	10,8	14,0	15,2	-0,3	20,8	19,9	-	-	-
84/80	13,7	17,5	33,3	38,9	13,8	8,9	-4,1	-20,6	15,2	-	-	-
86/84	7,6	1,1	-35,3	3,6	24,2	32,0	0,3	0,6	-2,3	15,2	-	-
89/84	6,0	4,4	-	-	-	12,2	-	-	-	-	-	-

FONTE: IBGE/ANS, 1976-1989

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1986

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1976						
BRASIL	5310	100,0	960	100,0	4350	100,0
NORTE	229	4,3	102	10,6	127	2,9
NORDESTE	1300	24,5	447	46,6	853	19,6
SUDESTE	2125	40,0	253	26,3	1872	43,0
SUL	1219	23,0	109	11,3	1110	25,5
CENTRO-OESTE	437	8,2	49	5,2	388	9,0
1986						
BRASIL	6920	100,0	1595	100,0	5325	100,0
NORTE	459	6,6	192	11,4	267	5,0
NORDESTE	2013	29,1	852	53,4	1161	21,8
SUDESTE	2389	34,5	333	20,9	2056	38,6
SUL	1264	18,3	116	7,3	1148	21,6
CENTRO-OESTE	795	11,5	102	6,4	693	13,0

FONTE: IBGE/ANS, 1976-1986

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1986

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1976						
BRASIL	7823	100,0	5805	100,0	2018	100,0
NORTE	336	4,3	295	5,1	41	2,0
NORDESTE	2184	27,9	1708	29,4	476	23,6
SUDESTE	3537	45,2	2488	42,9	1049	52,0
SUL	1450	18,5	1025	17,7	425	21,1
CENTRO-OESTE	316	4,1	289	4,9	27	1,3
1986						
BRASIL	23952	100,0	17195	100,0	6757	100,0
NORTE	1495	6,2	1330	7,7	165	2,4
NORDESTE	7533	31,5	6036	35,1	1497	22,2
SUDESTE	9054	37,8	5735	33,4	3319	49,1
SUL	4627	19,3	3055	17,8	1572	23,3
CENTRO-OESTE	1243	5,2	1039	6,0	204	3,0

FONTE: IBGE/AMS, 1976-1986

TABELA 6
 PERCENTAGEM DE ESTABELECIMENTOS CONVENIADOS COM O INAMPS
 E/OU COM O INAMPS/EMPRESA POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
 BRASIL: 1978-1984

ANOS:	TOTAL:	PUBLICO			PRIVADO		
:	:	TOTAL:	FEDER:	ESTAD:	MUNIC:	TOTAL:	FILAN:
:	:	:	:	:	:	:	BENEF:
:	:	:	:	:	:	:	C/LUC
1978:	45,2	23,6	29,0	23,8	21,6	67,1	64,5
1979:	47,9	27,0	39,1	23,4	26,5	69,9	75,4
1980:	49,8	32,6	46,5	31,7	26,2	70,3	75,0
1981:	45,5	36,4	54,1	31,9	24,5	60,6	82,5
1982:	45,3	37,5	54,5	34,6	26,0	59,1	72,9
1983:	45,2	37,7	55,8	35,0	23,3	59,2	74,2
1984:	44,3	37,6	57,8	35,2	22,4	57,8	72,9

FONTE: IBGE/AMS, 1978-1984

TABELA 7
 CENTROS DE SAUDE NECESSARIOS E EXISTENTES
 SEGUNDO PARAMETROS ESTABELECIDOS: BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	CENTROS DE SAUDE NECESSARIOS (1)	CENTROS DE SAUDE NECESSARIOS (2)	CENTROS DE SAUDE EXISTENTES	DEFICIT (1)	DEFICIT (2)
BRASIL	6.569	26.200	9.986	+ 3.417	-16.214
NORTE	354	1.416	274	- 80	- 1.062
NORDESTE	1.922	7.689	3.193	+ 1.271	- 4.496
SUDESTE	2.831	11.324	3.805	+ 974	- 7.519
SUL	1.030	4.122	1.931	+ 901	- 2.191
C. OESTE	432	1.729	783	+ 351	- 946

(1) - Com o parâmetro de 1 centro de saúde para cada 20.000 habitantes

(2) - Com o parâmetro de 1 centro de saúde para cada 5.000 habitantes

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SEGUNDO A NATUREZA: BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	NATUREZA DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE						
	TOTAL	POSTOS DE SAÚDE	CENTROS DE SAÚDE	UNIDADES MISTAS	CLINICAS E PANS	PRONTOS SOCORROS	HOSPITAIS
BRASIL	28.972	4.335	9.986	544	7.667	306	6.134
NORTE	1.722	884	274	123	111	5	325
NORDESTE	9.174	2.497	3.193	376	1.575	31	1.502
SUDESTE	10.977	614	3.805	26	3.981	215	2.336
SUL	5.221	211	1.931	3	1.782	45	1.249
C. OESTE	1.878	129	783	16	218	10	722

FONTE: AMS 1985

TABELA 9
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1987
(EM MIL LEITOS)

ANOS	PÚBLICO			PRIVADO		
	TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	TOTAL	FILANTRÓPICO	BENEFICÍO C/ LUCRO
1976	432,91	117,01	27,41	79,41	10,21	315,91
1977	444,01	119,11	28,91	80,91	11,31	324,91
1978	463,11	122,41	27,91	83,01	11,51	340,81
1979	475,41	116,11	29,11	75,41	11,71	359,31
1980	495,61	120,31	29,61	78,21	12,51	375,41
1981	509,21	122,31	29,21	79,61	13,51	386,91
1982	516,91	124,81	29,81	81,11	13,71	391,21
1983	518,61	124,41	30,81	79,31	14,21	394,21
1984	522,81	124,31	31,01	78,61	14,61	398,61
1985	506,71	131,41	52,01	65,21	14,21	375,31
1986	512,31	114,51	-	-	-	397,81
1987	519,71	115,81	-	-	-	403,91

FONTE: IBGE/AMS, 1976-1987

TABELA 9.1
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS LEITOS
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL - BRASIL: 1976-1987

ANOS:	TOTAL:	PÚBLICO				PRIVADO					
:	:	TOTAL:	FEDER:	ESTAD:	MUNIC:	TOTAL:	FILAN:	BENEF:	C/LUC:	FUND:	SINDIC
1976:	100,0:	27,0:	6,3:	18,3:	2,4:	73,0:	30,0:	9,1:	33,9:	-	-
1977:	100,0:	26,8:	6,0:	18,2:	2,6:	73,2:	29,3:	8,7:	35,2:	-	-
1978:	100,0:	26,4:	6,0:	17,9:	2,5:	73,6:	29,0:	8,6:	35,9:	-	-
1979:	100,0:	24,4:	6,1:	15,9:	2,4:	75,6:	29,8:	8,2:	37,6:	-	-
1980:	100,0:	24,3:	6,0:	15,8:	2,5:	75,7:	30,3:	7,6:	37,8:	-	-
1981:	100,0:	24,0:	5,7:	15,6:	2,6:	76,0:	28,1:	6,6:	39,5:	1,8	-
1982:	100,0:	24,2:	5,8:	15,7:	2,7:	75,8:	26,9:	6,3:	40,3:	2,3	-
1983:	100,0:	24,0:	5,9:	15,3:	2,8:	76,0:	27,0:	6,5:	40,2:	2,3	-
1984:	100,0:	23,8:	5,9:	15,0:	2,8:	76,2:	26,8:	6,3:	40,5:	2,6	-
1985:	100,0:	25,9:	10,3:	12,9:	2,7:	74,1:	26,6:	5,9:	38,7:	2,9	-
1986:	100,0:	22,3:	-	-	-	77,7:	-	-	-	-	-
1987:	100,0:	22,3:	-	-	-	77,7:	-	-	-	-	-

FONTE: IRGE/AMS, 1976-1987

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS HOSPITAIS
SEGUNDO O TAMANHO (*)
BRASIL: 1976-1986

TAMANHO DO HOSPITAL (segundo o No. de leitos)	NATUREZA JURIDICA DO ESTABELECIMENTO		
	TOTAL	PUBLICOS	PRIVADOS
1976	100,0	100,0	100,0
ATE 50 LEITOS (PEQUENOS)	57,3	58,3	57,1
DE 50 A 150 LEITOS (MEDIOS)	29,0	22,0	30,6
MAIS DE 150 LEITOS (GRANDES)	13,7	19,7	12,3
1986	100,0	100,0	100,0
ATE 50 LEITOS (PEQUENOS)	62,3	70,7	59,4
DE 50 A 150 LEITOS (MEDIOS)	26,4	19,1	28,9
MAIS DE 150 LEITOS (GRANDES)	11,3	10,2	11,7
86/76 (cresc. geom. anual)	2,7	5,2	2,0
ATE 50 LEITOS (PEQUENOS)	3,5	7,3	2,5
DE 50 A 150 LEITOS (MEDIOS)	1,7	3,7	1,3
MAIS DE 150 LEITOS (GRANDES)	0,6	-1,5	1,5

FONTE: IBGE, AMS 1976-1986

(*) Considerou-se como de pequeno, médio e grande porte, os hospitais que tinham até 50; entre 51 e 150 e mais de 150 leitos, respectivamente.

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES POR ESPECIALIDADE
BRASIL 1976-1986

ESPECIALIDADE MEDICA	ANOS DE REFERENCIA									
	1976					1986				
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO
			(em %		(em %			(em % do		(em % do
	ABSOLUTO	%	do total)	do total)		ABSOLUTO	%	total)	total)	do total)
TOTAL DOS LEITOS	443.888	100,0	26,8	73,2	512.346	100,0	22,3	77,7	1,4	
Clinica Medica	98.477	22,2	15,0	85,0	96.250	18,9	18,0	82,0	-0,2	
Clinica Cirurgica	47.386	10,7	17,2	82,8	48.826	9,5	24,0	76,0	0,3	
Oncologia	3.467	0,8	15,5	84,5	4.539	0,9	13,7	86,3	2,7	
Dermatologia Sanitaria	11.382	2,6	97,3	2,7	5.291	1,0	88,7	11,3	-7,4	
Fisiologia/Pneumologia	19.027	4,3	56,2	43,8	4.794	0,9	72,4	27,6	-12,9	
Doencas Infecciosas	5.714	1,3	64,6	35,4	4.621	0,9	51,2	48,8	-2,1	
Neurologia	3.247	0,7	26,2	73,8	3.354	0,7	25,4	74,6	0,3	
Gineco-Obstetricia	49.271	11,1	20,6	79,4	57.375	11,2	23,6	76,4	1,5	
Pediatria	54.384	12,3	18,8	81,2	72.944	14,2	17,5	82,5	3,0	
Psiquiatria	89.219	20,1	34,7	65,3	98.634	19,3	23,9	76,1	1,0	
Ortopedia	8.691	2,0	26,9	73,1	8.006	1,6	35,1	64,9	-0,8	
Outras Especialidades	53.623	11,9	29,1	70,9	107.712	20,9	19,3	80,7	6,6	

FONTE: IBGE/ANS: 1976 e 1986

OBS: As outras especialidades incluem uma alta percentagem de leitos indiferenciados. Estes respondiam por 65% e por 81% desses leitos em 1976 e 1986, respectivamente. Este fato esta associado a tendencia ao crescimento de estabelecimentos não especializados de pequeno porte.

TABELA 12
NUMERO MEDIO DE LEITOS NOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES
SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE MANTENEDORA (PUBLICA OU PRIVADA)
BRASIL: 1976-1987

ANOS	TIPO DE ENTIDADE MANTENDORA		
	TOTAL	PUBLICA	PRIVADA
1976	83,6	124,0	74,7
1978	83,3	116,2	75,7
1980	83,3	100,9	79,0
1982	81,7	91,1	79,1
1984	78,5	82,4	77,4
1986	74,0	71,8	74,7
1987	73,6	68,0	75,4

FONTE: IBGE, Pesquisa de Assistencia Medico-Sanitária

TABELA 13
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES
POR REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL: 1976-1986

(Em mil leitos)

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL					
	TOTAL		PUBLICO		PRIVADO	
	ABSOL.	%	ABSOL.	%	ABSOL.	%
1976						
BRASIL	432,9	100,0	117,0	100,0	315,9	100,0
NORTE	13,0	3,0	6,9	5,9	6,1	1,9
NORDESTE	71,0	16,4	26,5	22,6	44,5	14,1
SUDESTE	245,3	56,7	63,2	54,0	182,1	57,6
SUL	81,4	18,8	14,5	12,4	66,9	21,2
CENTRO-OESTE	22,9	5,1	6,0	5,1	16,2	5,2
1986						
BRASIL	512,3	100,0	114,5	100,0	397,8	100,0
NORTE	23,8	4,6	7,2	6,3	16,6	4,2
NORDESTE	102,3	20,0	32,9	28,7	69,4	17,4
SUDESTE	263,7	51,5	51,9	45,3	211,8	53,2
SUL	92,6	18,1	14,8	12,9	77,8	19,6
CENTRO-OESTE	29,9	5,8	7,7	6,8	22,2	5,6

FONTE: IBGE/CENS, 1976-1986

TABELA 14.
EVOLUÇÃO DOS LEITOS DO SETOR PRIVADO CONVENIADOS
BRASIL: 1978-1984
(Em mil leitos)

ANOS:	LEITOS CONVENIADOS									
	TOTAL		FILANTROPICOS		BENEFICIENTES		LUCRATIVOS			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%		
1978:	305,3	89,6	122,0	90,7	34,5	86,5	148,8	89,4		
1979:	321,7	89,6	128,6	90,7	34,8	86,7	158,4	89,6		
1980:	338,3	90,1	137,6	91,7	33,8	89,9	166,8	88,9		
1981:	349,0	90,4	131,3	92,3	31,2	92,6	177,9	88,6		
1982:	352,7	91,1	127,8	92,1	30,1	92,3	183,6	88,3		
1983:	352,9	89,5	128,0	91,6	31,7	93,8	191,8	87,3		
1984:	355,7	89,2	127,5	90,9	30,8	93,3	194,6	87,2		

FONTE: IRGE/AMS, 1978-1984

DRS: O percentual acima indicado refere-se ao total de leitos conveniados sobre o total de leitos existentes.

TABELA 15
LEITOS SEGUNDO NECESSIDADES PROJETADAS E CAPACIDADE INSTALADA REAL
BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	LEITOS			
	NECESSIDADES PROJETADAS		CAPACIDADE INSTALADA	
	(A)	(B)	(C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	236.535	394.842	+ 158.307	+ 66,9
NORTE	12.743	15.053	+ 2.310	+ 18,1
NORDESTE	69.203	78.598	+ 9.395	+ 13,6
SUDESTE	101.932	189.295	+ 87.363	+ 85,7
SUL	37.098	79.948	+ 42.810	+ 115,5
CENTRO-OESTE	15.559	31.948	+ 16.389	+ 105,3

TABELA 16
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS(*)
BRASIL: 1981-1986
(Em mil consultas)

ANOS:	CATEGORIA INSTITUCIONAL							
	TOTAL		PÚBLICO		PRIVADO			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1981:	238.088,2	100	134.963,9	57	103.124,3	43		
1982:	260.699,7	100	145.421,8	56	115.277,9	44		
1983:	290.445,5	100	152.106,7	52	138.338,8	48		
1984:	313.581,2	100	170.159,5	54	143.421,7	46		
1985:	322.213,1	100	157.206,9	49	165.006,2	51		
1986:	333.383,9	100	162.592,0	49	170.791,9	51		

FONTE: IBGE/ANS, 1981-1986

(*) Incluem consultas médicas normais e de urgência. Estão excluídas as consultas elementares, de enfermagem e odontológicas.

TABELA 17
EVOLUÇÃO REGIONAL DAS CONSULTAS MÉDICAS
POR HABITANTE/ANO
BRASIL: 1981-1986

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
1981			
BRASIL	1,95	1,11	0,84
NORTE	-	-	-
NORDESTE	1,18	0,77	0,41
SUDESTE	2,63	1,21	1,42
SUL	1,89	1,05	0,94
CENTRO-OESTE	-	-	-
1986			
BRASIL	2,46	1,20	1,26
NORTE	-	-	-
NORDESTE	1,60	0,95	0,65
SUDESTE	3,22	1,37	1,85
SUL	2,12	1,05	1,07
CENTRO-OESTE	1,93	1,19	0,74

FONTE: IBGE/ANS, 1981-1986

ORR: Não foi possível a obtenção de estimativas de população para as Regiões Norte e Centro-Oeste em 1981 e Norte em 1986. Para efeito dos cálculos, as estimativas de população foram extraídas das PNAD's 1981 e 1986.

TABELA 18
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES
REALIZADAS PELO INAMPS
BRASIL: 1981-1990
(Em mil)

ANOS	CONSULTAS MEDICAS		INTERNAÇÕES	
	ABSOLUTO	TAXA GEOM. DE CRESC. ANUAL	ABSOLUTO	TAXA GEOM. DE CRESC. ANUAL
1971	47.799,5	-	2.931,6	-
1974	55.384,7	5,03%	4.082,7	11,67%
1978	145.411,6	27,29%	9.658,1	24,02%
1982	206.248,4	9,13%	13.070,9	7,85%
1986	237.525,2	3,50%	11.394,8	-3,47%
1990	139.652,6	-12,43%	7.619,9	-9,57%

FONTES: De 1971 a 1974, dados do INPS. De 1978 a 1990, dados do INAMPS.

ORR: As taxas Geométricas de Crescimento Anual são relativas aos períodos de intervalo entre os anos constantes na tabela.

TABELA 19
NÚMERO DE LEITOS, CONSULTAS MEDICAS E INTERNAÇÕES
POR HABITANTE: BRASIL - 1981-1986

ANOS	LEITOS POR 1000 HAB	CONSULTAS POR HAB	INTERN./1000 HAB
1981	4,17	1,95	141
1982	4,13	2,09	139
1983	4,05	2,27	131
1984	3,98	2,39	134
1985	3,77	2,40	128
1986	3,77	2,46	131

fonte: IBGE/ANS, 1981-1986

TABELA 20
EVOLUÇÃO DOS EMPREGOS EM SAÚDE
BRASIL: 1981-1986

NATUREZA DO EMPREGO	ANOS DE REFERENCIA					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
TOTAL DE EMPREGOS	515.755	558.856	580.135	618.050	669.576	696.749
DIST. PERCENTUAL:	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
NIVEL SUPERIOR	40,2	40,8	41,5	42,2	42,1	40,6
NIVEL MEDIO	21,5	22,6	22,9	23,4	25,6	25,7
NIVEL ELEMENTAR	38,3	36,6	35,6	34,4	32,3	33,7
MEDICOS	155.885	171.649	180.399	194.152	198.329	194.608
SETOR PUBLICO						
TOTAL DE EMPREGOS	251.123	285.824	306.876	335.172	351.280	381.029
DIST. PERCENTUAL:	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
NIVEL SUPERIOR	42,0	42,5	42,2	42,8	41,4	41,3
NIVEL MEDIO	23,7	23,9	24,0	24,5	27,5	27,0
NIVEL ELEMENTAR	34,3	33,6	33,8	32,7	31,1	31,7
MEDICOS	86.159	84.050	89.321	97.899	95.220	102.582
SETOR PRIVADO						
TOTAL DE EMPREGOS	264.632	272.032	273.259	282.878	318.296	315.720
DIST. PERCENTUAL:	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
NIVEL SUPERIOR	38,4	39,1	40,7	41,6	42,9	39,7
NIVEL MEDIO	19,4	21,1	21,6	22,0	23,4	24,3
NIVEL ELEMENTAR	42,2	39,8	37,7	36,4	33,7	36,0
MEDICOS	84.342	87.559	91.078	96.253	103.109	92.026

FONTE: IBGE/AMS: 1981-1986

OBS: Estão excluídos os empregos de pessoal administrativo. Os dados incluem somente profissionais ligados à produção de serviços de saúde.

TABELA 21
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR EMPREGO MÉDICO/ANO
BRASIL: 1981-1986

ANOS	SETORES		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
1981	1527,3	1566,4	1222,7
1982	1518,8	1729,3	1316,6
1983	1610,0	1702,9	1518,9
1984	1615,1	1738,1	1490,0
1985	1624,6	1651,0	1599,0
1986	1713,1	1585,0	1855,9

fonte: IBGE/ANS, 1981-1986

TABELA 22
EVOLUÇÃO REGIONAL DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES
POR 1000 HABITANTES/ANO
BRASIL: 1976-1986

ANOS E REGIÕES	CATEGORIA INSTITUCIONAL		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
1976			
BRASIL	116,1	18,1	98,0
NORTE	-	-	-
NORDESTE	64,2	21,2	43,0
SUDESTE	126,2	14,6	111,6
SUL	162,0	14,5	147,5
CENTRO-OESTE	-	-	-
1986			
BRASIL	131,3	25,1	106,2
NORTE	-	-	-
NORDESTE	102,9	35,5	67,4
SUDESTE	132,8	16,8	116,0
SUL	152,6	18,4	134,2
CENTRO-OESTE	163,6	24,9	138,7

FORTE: IBGE/ANS, 1981-1986

TABELA 23
EMPREGOS MEDICOS NECESSARIOS E EMPREGOS MEDICOS EXISTENTES
NA REDE AMBULATORIAL
BRASIL E REGIOES
1985

REGIOES	EMPREGOS MEDICOS NECESSARIOS (A)	EMPREGOS MEDICOS EXISTENTES (B)	DEFICIT OU SUPERAVIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	87.108	152.805	+ 65.697	+ 75,4
NORTE	4.493	4.550	- 143	- 3,0
NORDESTE	25.485	29.635	+ 4.150	+ 16,4
SUDESTE	37.538	87.088	+ 49.550	+132,0
SUL	13.662	21.583	+ 7.921	+ 58,0
C. OESTE	5.730	9.919	+ 2.611	+ 73,1

FONTE: Empregos médicos existentes - AMS-85 (soma de empregos médicos de especialistas, de não especialistas e de residentes, que trabalharam diariamente, 1, 2, 3 ou 4 vezes por semana). Considerou-se que, na média, todos os empregos equivaliam a 20 horas semanais, ou ainda 1056 horas por ano.

TABELA 24
EMPREGOS DE ODONTOLOGOS NECESSARIOS E EXISTENTES
NA REDE AMBULATORIAL
BRASIL E REGIOES
1985

REGIOES	EMPREGOS NECESSARIOS (A)	EMPREGOS EXISTENTES (B)	DEFICIT OU SUPERAVIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	20.740	25.501	+ 4.761	+ 23,0
NORTE	1.117	737	- 380	- 34,0
NORDESTE	6.068	7.483	+ 875	+ 14,4
SUDESTE	8.938	11.643	+ 2.705	+ 30,3
SUL	3.253	3.850	+ 597	+ 18,4
C. OESTE	1.364	1.788	+ 424	+ 31,1

FONTE: Empregos de odontólogos existentes - AMS-85 (soma de empregos de odontólogos que trabalharam diariamente, 1, 2, 3 ou 4 vezes por semana). Considerou-se que, na média, todos os empregos equivaliam a 20 horas semanais, ou ainda 1056 horas por ano.

TABELA 25
NECESSIDADES DE CONSULTAS PEDIÁTRICAS
BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	CONSULTAS NECESSÁRIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	57.031.157	56.551.660	- 479.497	- 0,8
NORTE	3.072.590	2.082.764	- 989.826	- 32,2
NORDESTE	16.685.572	11.273.449	- 5.412.123	- 32,4
SUDESTE	24.577.000	32.993.856	+ 8.416.856	+ 34,2
SUL	8.944.607	7.149.952	- 1.794.655	- 20,1
C. OESTE	3.751.388	3.051.639	- 699.749	- 18,6

FONTE: AMS-85

TABELA 26
NECESSIDADES DE CONSULTAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

BRASIL E REGIÕES - 1985

REGIÕES	CONSULTAS NECESSÁRIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	46.728.755	30.586.168	- 16.142.587	- 34,5
NORTE	2.517.542	1.027.021	- 1.490.521	- 59,2
NORDESTE	13.671.406	7.059.141	- 6.612.265	- 48,4
SUDESTE	20.137.284	16.487.682	- 3.649.602	- 18,2
SUL	7.328.807	3.941.589	- 3.387.218	- 46,2
C. OESTE	3.073.716	2.070.735	- 1.002.981	- 32,6

FONTE: AMS-85

TABELA 27.
NECESSIDADES DE CONSULTAS DE URGENCIA
BRASIL E REGIÖES - 1985

REGIÖES	CONSULTAS NECESSARIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	53.191.442	64.021.776	+ 8.830.334	+ 16,0
NORTE	2.973.474	1.253.618	- 1.719.856	- 57,8
NORDESTE	16.147.328	7.500.618	- 8.646.710	- 53,5
SUDESTE	23.784.194	39.212.352	+ 15.428.158	+ 64,9
SUL	9.656.071	13.287.748	+ 4.629.677	+ 53,5
C. OESTE	3.630.374	2.767.470	- 862.904	- 23,8

FONTE: ANS-85

TABELA 28
NECESSIDADES DE CONSULTAS EM CLINICA MEDICA - 1985
BRASIL E REGIÖES - 1985

REGIÖES	CONSULTAS NECESSARIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	1126.940.317	1116.629.168	- 10.311.149	- 0,1
NORTE	6.838.991	4.369.450	- 2.469.541	- 36,2
NORDESTE	37.138.858	25.788.576	- 11.350.282	- 30,6
SUDESTE	54.703.645	59.829.504	+ 5.125.859	+ 34,2
SUL	19.908.963	19.676.144	- 232.819	- 1,1
C. OESTE	8.349.860	6.945.513	- 1.404.347	- 16,8

FONTE: ANS-85

TABELA 29
NECESSIDADES DE LEITOS HOSPITALARES
EM CLINICA MEDICA: BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	LEITOS NECESSARIOS (A)	LEITOS EXISTENTES (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	145.863	173.431	+ 27.568	+ 18,9
NORTE	7.858	6.573	- 1.285	- 16,3
NORDESTE	42.675	34.793	- 7.882	- 18,5
SUDESTE	62.858	83.150	+ 20.292	+ 32,3
SUL	22.877	39.981	+ 17.104	+ 74,5
C. OESTE	9.595	8.934	- 661	- 6,9

TABELA 30
NECESSIDADES DE CONSULTAS EM CLINICA CIRURGICA
BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	CONSULTAS NECESSARIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	8.462.688	9.779.715	+ 1.317.027	+ 15,6
NORTE	455.933	278.290	- 176.963	- 38,8
NORDESTE	2.475.923	1.440.931	- 1.034.942	- 41,8
SUDESTE	3.646.910	6.367.284	+ 2.720.374	+ 74,5
SUL	1.327.264	1.232.192	- 95.072	- 7,2
C. OESTE	556.657	460.288	- 96.369	- 17,3

FONTE: AMS-85

TABELA 31
NECESSIDADES DE LEITOS HOSPITALARES
EM CLINICA CIRURGICA: BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	LEITOS NECESSARIOS (A)	LEITOS EXISTENTES (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	47.307	48.462	+ 1.155	+ 2,4
NORTE	2.858	1.821	- 728	- 26,6
NORDESTE	13.841	10.234	- 3.607	- 26,1
SUDESTE	20.386	24.232	+ 3.846	+ 18,9
SUL	7.420	9.930	+ 2.510	+ 33,8
C. OESTE	3.112	2.245	- 867	- 27,9

TABELA 32
NECESSIDADES DE LEITOS HOSPITALARES
EM PSIQUIATRIA: BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	LEITOS NECESSARIOS (A)	LEITOS EXISTENTES (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	65.704	123.398	+ 57.694	+ 87,8
NORTE	3.450	577	- 2.963	- 83,7
NORDESTE	19.223	17.806	- 1.415	- 7,4
SUDESTE	28.315	90.551	+ 62.236	+ 219,8
SUL	10.305	10.649	+ 344	+ 4,0
C. OESTE	4.322	3.813	- 509	- 11,8

TABELA 33
NECESSIDADES DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS
BRASIL E REGIOES - 1985

REGIOES	CONSULTAS NECESSARIAS (A)	CONSULTAS REALIZADAS (B)	DEFICIT (C)	(C)/(A) (%)
BRASIL	8.094.745	4.422.765	- 3.671.980	- 45,4
NORTE	436.110	64.666	- 371.444	- 85,2
NORDESTE	2.368.274	851.620	- 1.516.654	- 64,0
SUDESTE	3.488.348	2.754.401	- 733.947	- 21,1
SUL	1.269.557	553.360	- 716.197	- 56,4
C. OESTE	532.455	198.698	- 333.757	- 62,7

FONTE: AMS-85

TABELA 34
EVOLUÇÃO DO GASTO
FEDERAL CONSOLIDADO EM SAÚDE POR FONTES
BRASIL 1980-1990

Em US\$ milhões de 1986

ANOS	GASTO EM SAÚDE POR FONTES						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTRAS
		TOTAL	ORD.VINC	IFINSOCIAL			
1980	4.245,2	548,4	548,4	-	3.614,2	67,1	15,5
1981	4.018,6	572,2	572,2	-	3.337,5	87,0	21,9
1982	4.165,3	647,2	647,2	-	3.406,9	80,4	30,8
1983	3.411,4	625,1	559,6	87,6	2.740,1	40,8	5,4
1984	3.561,6	577,8	504,1	73,7	2.919,3	62,0	2,5
1985	4.071,1	829,9	729,8	100,1	3.217,8	23,4	-
1986	4.391,2	955,0	943,3	11,7	3.413,1	23,1	-
1987	6.354,0	1.234,2	1.234,2	-	5.098,2	21,6	-
1988	5.997,3	1.192,6	1.192,6	-	4.765,8	38,9	-
1989	6.755,2	1.864,6	1.864,6	-	4.890,6	-	-
1990	5.632,9	1.188,3	1.188,3	-	4.444,6	-	-

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

ORÇ: Os gastos do Tesouro ordinários vinculados incluem recursos do FINSOCIAL alocados no orçamento do Ministério da Saúde. Já os gastos sob a rubrica FINSOCIAL referem-se apenas aos recursos alocados aos Ministérios para a função saúde através do RNDIS. Os gastos em saúde do FPAS não correspondem somente aos gastos do INAMPS, mas também aos gastos de saúde de outros órgãos da Previdência e repasses da Previdência para gastos em saúde em outras esferas.

TABELA 36
DISTRIBUIÇÃO DO GASTO FEDERAL
CONSOLIDADO EM SAÚDE POR FONTES
BRASIL: 1980-1989

Em %

ANOS	FONTES DE RECURSOS									
	TOTAL		TESOURO		FPAS		FAS		OUTROS	

	TOTAL		OR.VINIFINSCC.							

1980	100,0	12,9	12,9	-	85,1	1,6	0,4			
1981	100,0	14,2	14,2	-	83,0	2,2	0,6			
1982	100,0	15,5	15,5	-	81,8	1,9	0,8			
1983	100,0	18,3	16,4	1,9	80,3	1,2	0,2			
1984	100,0	16,2	14,2	2,0	82,0	1,7	0,1			
1985	100,0	20,4	17,9	2,5	79,0	0,6	-			
1986	100,0	21,8	21,5	0,3	77,7	0,5	-			
1987	100,0	19,4	19,4	-	80,2	0,4	-			
1988	100,0	19,9	19,9	-	79,5	0,6	-			
1989	100,0	27,6	27,6	-	72,4	-	-			
1990	100,0	21,1	21,1	-	78,9	-	-			

FONTE: IPEA/CSP

TABELA 37
RELAÇÕES ENTRE O GASTO FEDERAL
COM SAÚDE, O PIB E A POPULAÇÃO
BRASIL: 1980-1990

Em US\$ de 1990

ANOS	GASTO FEDERAL EM SAÚDE		GASTO FEDERAL EM SAÚDE
	SOBRE O PIB (%)		PER-CAPITA ANUAL (US\$)
1980	1,74	:	42,51
1981	1,76	:	39,30
1982	1,84	:	39,75
1983	1,56	:	31,76
1984	1,59	:	32,36
1985	1,68	:	36,11
1986	1,67	:	37,57
1987	2,27	:	53,98
1988	2,15	:	49,57
1989	2,94	:	55,92
1990	2,34	:	45,65

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA 38
EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS
(TESOURO) COM SAÚDE POR SUBPROGRAMAS
BRASIL: 1978-1989

Em US\$ milhões de 1986

SUBPROGRAMAS	ANOS				
	1978	1979	1980	1981	1982
TOTAL	689,4	648,4	945,2	987,4	1115,1
ASSIST. MEDICO SANITARIA	229,3	202,6	393,3	426,0	524,0
CONTR. E ERRADIC. DE DO- ENCAS TRANSMISS.	143,3	139,2	177,4	120,6	158,5
FISCAL. E INSP. SANIT.	4,1	4,1	6,0	6,6	5,7
PROD. PROFIL. E TERAP.	17,4	13,9	135,4	189,8	182,1
SAUDE MATERNO-INFANTIL	-	-	-	-	-
OUTROS GASTOS	295,3	288,6	233,1	244,3	246,8

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS						
1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
957,3	870,0	1256,9	1637,8	2056,2	1987,0	3106,5
476,5	431,5	524,3	642,4	791,6	746,8	1187,4
120,8	128,4	241,2	382,7	413,0	405,8	700,0
4,2	3,0	8,0	12,8	16,5	8,6	14,0
138,4	125,6	199,5	292,0	263,8	249,4	525,2
-	-	52,8	58,2	64,9	78,6	126,1
217,4	181,8	231,1	249,7	506,4	497,8	553,8

TABELA 39
EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DOS GASTOS
FEDERAIS (TESOURO) COM SAÚDE POR SUBPROGRAMAS
BRASIL: 1980-1989

SUBPROGRAMAS	Em %					
	ANOS					
	1980	1982	1984	1986	1988	1989
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ASSIST. MED. SANIT.	41,6	47,0	49,6	39,2	37,6	38,2
CONT. E ENR. DE D. TRANSM.	18,8	14,0	14,8	23,4	20,4	22,5
FISC. E INSP. SANIT.	0,6	0,5	0,3	0,8	0,4	0,4
PROD. PROF. E TERAP.	14,3	16,3	14,4	17,8	12,6	16,9
S. NAT. INFANTIL	-	-	-	3,5	4,0	4,1
OUTROS GASTOS	24,7	22,2	20,9	15,3	25,0	17,9

FONTE: IPEA/CSP

TABELA 40
 INAMPS: EVOLUÇÃO DAS DESPESAS
 REALIZADAS SEGUNDO O PROGRAMA DE TRABALHO
 BRASIL: 1981-1989

Em US\$ milhões de 1989

PROGRAMAS	ANOS			
	1981	1982	1983	1984
TOTAL GERAL	3.760,3	3.838,5	3.087,2	3.289,1
ADMINISTR.	204,7	199,8	151,9	134,8
ASSIST. MEDICA SANITARIA	3.501,2	3.502,0	2.790,7	3.032,4
Controle e Expans. de unid. de Assist. Medica	-	-	-	-
Controle e Expans. de Unid. Ambulatoriais	-	-	-	-
Assist. Medica - Serv.Prop.	779,8	712,2	617,6	626,3
Assist. Medica - Serv.Cont.	2.088,4	2.141,6	1.652,3	1.917,5
Custeio da Assist. Medica de Outros Org. Governam.	177,5	209,7	140,8	158,2
Hospitais Universitarios	84,3	113,6	101,3	89,9
Rede de dist. de medicam.	86,8	82,1	58,6	57,9
Assist. Medica - Filantrop.	126,9	140,0	98,1	69,1
Assist. Medica - Sindicatos	96,7	68,6	47,5	35,5
Assist. Medica - Empresas	130,7	112,8	55,1	31,9
Reor. e Rac. da Ass. Medica	-	-	19,2	46,5
Particip. de Org. Internac. Projetos	13,0	-	-	-
OUTROS PROGRAMAS	54,3	136,7	144,7	122,2

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS				
1985	1986	1987	1988	1989
3.625,5	3.843,0	5.716,3	5.365,4	5.659,0
184,2	225,0	1.069,6	214,3	360,1
3.274,8	3.412,7	3.881,3	3.882,9	3.884,5
-	1,2			
-	8,6			
823,8	1.051,9			
1.547,3	1.578,6			
305,2	406,2			
175,9	166,7			
78,1	47,8			
85,0	56,4			
38,5	33,9			
27,6	13,2			
89,0	48,4			
-	0,1			
-	-			
166,5	204,8	765,4	1.262,2	1.414,4

TABELA 41
DISTRIBUIÇÃO DO GASTO DO INAMPS
BRASIL: 1982-1989

Em %

PROGRAMAS	ANOS		
	1982	1984	1989
TOTAL GERAL	100,00	100,00	100,00
ADMINISTR	5,20	5,08	6,36
ASS. MED. SAN.	91,24	92,20	85,54
OUTROS PROG.	3,56	2,72	8,10

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA 42
EVOLUÇÃO DOS GASTOS
DO FINSOCIAL(*) COM PROGRAMAS DE SAÚDE
BRASIL: 1982-1986

Em US\$ milhões

ANOS	VALOR	% SOBRE OS RECURSOS DO FINSOCIAL
1982	365,4	41,03
1983	172,2	15,50
1984	267,8	33,60
1985	70,8	24,10
1986	-	-

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP.

(*) - São considerados apenas os programas de aplicação direta de recursos pelo BNDES. Não estão incluídos os recursos repassados diretamente aos orçamentos dos Ministérios da área social.

ORR5: Em 1986 não foi registrado nenhum repasse direto de recursos ao setor.

ORR2: Não há dados mais recentes, pois o repasse direto é ao USS e não ao INAMPS

TABELA 43
RECURSOS DO FAS
REPASSADOS PARA O SETOR SAÚDE
BRASIL: 1979-1986

Em US\$ milhões de 1986

ANOS :	RECURSOS							
	TOTAL		FINANCIAMENTO		FUNDO PERDIDO			
VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%			
1979 :	71,2	100,0	61,4	86,2	9,8	13,8		
1980 :	67,1	100,0	60,1	89,6	7,0	10,4		
1981 :	87,0	100,0	72,7	83,6	14,3	16,4		
1982 :	80,4	100,0	65,1	81,0	15,3	19,0		
1983 :	40,8	100,0	37,0	90,7	3,8	9,3		
1984 :	62,0	100,0	59,6	96,1	2,4	3,9		
1985 :	23,4	100,0	21,2	90,6	2,2	9,4		
1986 :	23,1	100,0	21,0	90,9	2,1	9,1		

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA 44
EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL CONSOLIDADO
EM SAÚDE (TESOURO + FPAS + FAS + FINSOCIAL + OUTRAS FONTES)
SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA D/A DESPESA - BRASIL: 1980-1986
Em US\$ milhões de 1986

NATUREZA DA DESPESA:	ANOS				
	1980	1981	1982	1983	1984
TOTAL GERAL	4.245,21	4.018,61	4.165,31	3.410,81	3.561,6
DESPESAS DE CUSTEIO	3.656,61	3.184,71	3.287,71	2.824,91	2.755,4
- Pessoal	696,11	698,31	763,91	620,51	582,0
- Serv. de Terceiros	2.675,01	2.233,71	2.309,01	1.817,11	1.999,7
- Outras (1)	285,51	252,71	214,81	187,31	173,7
TRANSF. CORRENTES	405,61	655,81	643,91	633,11	638,4
- Intragovernam.	231,71	278,91	225,61	199,01	220,7
- Intergovernam.	49,41	145,71	249,11	215,21	245,9
- Outras Transf. (2)	124,51	231,21	169,21	218,91	171,8
INVESTIMENTOS (3)	117,11	127,11	120,81	64,71	82,2
INVERS. FINANC. (4)	8,51	0,21	3,31	0,31	0,2
TRANSF. DE CAPITAL (5)	57,41	50,81	109,61	87,81	85,4

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(CONTINUA)

ANOS		
1985	1986	
4.071,1	4.391,2	(1) - Corresponde a soma do material de consumo com as despesas diversas.
3.028,7	2.862,1	(2) - Transf. a inst. privadas, pessoas, ao exterior, PASEP, encargos da dívida interna e externa e transf. diversas.
927,3	952,4	(3) - Obras e Instal., Equip. e material permanente, invest. espec. e invest. diversos.
1.879,7	1.585,1	(4) - Aquis. de títulos, represent. capital integralizado e aquis. de imóveis.
221,7	324,6	(5) - transf. intra e intergovernam., transf. a inst. privadas, amort. da dívida interna e externa, diversas transf. de capital e dif. de câmbio.
887,0	1.248,3	
358,8	496,0	
313,4	468,0	
214,8	584,3	
155,4	280,8	
0,1	0,1	
100,5	155,2	

TABELA 45
 ESTRUTURA DO GASTO FEDERAL
 CONSOLIDADO EM SAÚDE, SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA
 BRASIL: 1980-1986

Em %

NATUREZA DA DESPESA	ANOS			
	1980	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	100,0	100,0	100,0	100,0
DESPESAS DE CUSTEIO	86,1	78,9	77,4	65,2
Pessoal	16,4	18,3	16,3	21,7
Serv. de Terceiros	63,0	55,4	56,1	36,1
Outras	6,7	5,2	5,0	7,4
TRANSF. CORRENTES	9,5	15,7	17,9	28,4
Intragovernamentais	5,5	5,4	6,2	11,3
Intergovernamentais	1,2	6,0	6,9	10,7
Outras Transf.	2,8	4,3	4,8	6,4
INVESTIMENTOS	2,8	2,9	2,3	2,9
INVERS. FINANCEIRAS	0,2	0,1	0,0	0,0
TRANSF. DE CAPITAL	1,4	2,4	2,4	3,5

FONTE: TABELA 27

TABELA 46
PARTICIPAÇÃO DO INAMPS
NO GASTO CONSOLIDADO COM SAÚDE
SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA
BRASIL: 1980-1986

(Em %)

NATUREZA DA DESPESA : PARTICIPAÇÃO DO INAMPS				
	1980	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	85,1	81,8	82,0	77,7
DESPESAS DE CUSTEIO	93,9	92,3	93,1	89,8
Pessoal	74,6	73,6	74,5	83,2
Serv. de Terceiros	99,3	99,3	99,3	97,1
TRANSF. CORRENTES	31,7	55,1	53,7	62,0
Transf. Intergovern.	73,9	55,3	56,8	78,5
INVESTIMENTOS	29,5	7,8	14,4	50,1
INVERS. FINANCEIRAS	99,7	99,3	95,4	95,7
TRANSF. DE CAPITAL	12,6	1,0	0,5	3,3

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA 47
GASTOS SOCIAIS CONSOLIDADOS DOS GOVERNOS
ESTADUAIS COM OS PROGRAMAS DE SAÚDE SEGUNDO
A NATUREZA ECONÔMICA DA DESPESA
BRASIL: 1979-1984

Em US\$ milhões de 1986

NATUREZA DA DESPESA	ANOS DE REFERENCIA					
	1979			1984		
	VALOR	%		VALOR	%	
TOTAL	964,1	100,0		874,0	100,0	
FORM. BRUTA DE CAP.						
FIXO	73,3	7,6		65,5	7,5	
CONSUNDO	833,1	86,4		792,5	90,7	
TRANSFERENCIAS	36,5	3,8		15,9	1,8	
INVERS. FINANCEIRAS	21,2	2,2		0,1	0,0	

FONTE: MEDICI, A. C. "O custeio da política social ao nível regional: subsídios para uma estratégia de descentralização.

OBS: Estão excluídas as transferências intergovernamentais e intragovernamentais, dado que elas representam duplicações de recursos ao nível destas esferas.

TABELA 4B
DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS CONSOLIDADOS COM OS SUB-PROGRAMAS DE SAÚDE
BRASIL: 1984

Em US\$ milhões de 1986

SUB-PROGRAMAS :	ESFERAS ADMINISTRATIVAS					
	TOTAL		ESTADOS		MUNICÍPIOS-	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	1357,51	100,0	881,7	100,0	475,8	100,0
ADMINISTR.	294,21	21,7	237,4	26,9	56,8	11,9
ASS. SANITARIA						
GERAL	509,01	37,5	194,6	22,1	314,4	66,1
ASS. HOSPITAL.						
GERAL	496,31	36,6	394,2	44,7	102,1	21,5
NUTR./ALIMENT.	19,51	1,4	17,0	1,9	2,5	0,5
EST. E PESQ.	38,51	2,8	38,5	4,4	-	-

FONTE: Ver tabela 29

Obs: Os gastos incluem as transferências inter e intra-governamentais. Para os Municípios foram considerados somente os Municípios das capitais estaduais e das Regiões Metropolitanas.

RELATÓRIOS TÉCNICOS

NÚMEROS PUBLICADOS

- 01/88 - CRÍTICA DE RAZÕES NO CENSO ECONÔMICO
RENATO MARTINS ASSUNÇÃO
ROSANA DE FREITAS CASTRO
JOSE CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
- 02/88 - USO DE AMOSTRAGEM EM SIMULAÇÃO DE LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA
JOSE CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
MANUEL MARTINS FILHO
- 03/88 - FORECASTING THE NUMBER OF AIDS CASES IN BRAZIL
DANI GANEMAN
HELIO DOS SANTOS MIGNON
- 04/88 - AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE REDUÇÃO DA FRACÇÃO DE AMOSTRAGEM
NO CENSO DEMOGRÁFICO
JOSE CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
JOSE MATIAS DE LIMA
- 01/89 - MIGRAÇÕES ANUAIS RURAL - URBANO-RURAL
PERÍODO 70/80
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
HELIO DOS SANTOS MIGNON
- 02/89 - CURVA DE LORENZ & ÍNDICE DE GINI PARA DISTRIBUIÇÕES
DE RENDA
JOSE PAULO O. CARNEIRO
JORGE LUIZ RANGEL COSTA
- 03/89 - METODOLOGIA DA CRÍTICA DE EQUAÇÕES DE FECHAMENTO NOS
CENSOS ECONÔMICOS DE 1985
JOSE CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
RENATO M. ASSUNÇÃO
- 04/89 - UMA PROPOSTA DE DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA DO CENSO
DEMOGRÁFICO DE 1990
JOSE CARLOS DA ROCHA C. PINHEIRO
JOSE MATIAS DE LIMA
- 05/89 - UMA REVISÃO DO BATS - BAYESIAN ANALYSIS OF TIMES SERIES
HELIO DOS SANTOS MIGNON
E. SUYAMA
- 01/90 - PERFIL DE VISITANTES DE MUSEUS
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
ANGELA CARUSO PEREIRA
CRISTINE GUIMARÃES THOMAZ PEREIRA
MARIA JUSTINA NUNES CAROLLO
ANDRÉ NUNES VIEGAS
ELIANE PSZCZOL
MARCIA SARAIVA LEON
ROSANE MARIA DA ROCHA
- 02/90 - O SETOR PRIVADO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:
DIMENSÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO
ANDRÉ CEZAR MÊDICI

- 03/90 - THE PLANAR CLOSING LEMMA FOR CHAIN RECURRENCE
MARIA LUCIA ALVARENGA PEIXOTO
CHARLES CHAPMAN PUGH
- 04/90 - MEDIDAS DE MORTALIDADE: UM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DAS
MUDANÇAS DE ESCOLARIDADE DA MÃE E DA ESTRUTURA DE
FECUNDIDADE EM QUATRO ÁREAS BRASILEIRAS
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
DIANA OYA SAWYER
- 05/90 - A MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL
ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 06/90 - COMPARAÇÃO DE ALGUNS MÉTODOS PARA ESTIMAÇÃO DE NASCIDOS
VIVOS
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
MILENA PIRACCINI DUCHIADÉ
PAULO PIMENTEL WULHYNEK
- 07/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO
ANA AMÉLIA CAMARANO
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 08/90 - DINÂMICA DEMOGRÁFICA POR NÍVEL DE RENDA
ANA AMÉLIA CAMARANO
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 09/90 - PROGRAMA PARA ANÁLISE DE EXPERIMENTOS PLANEJADOS
SEGUNDO O ENFOQUE DE HELDER
DENISE CUNHA OTTERO
- 10/90 - SISTEMA ESTATÍSTICO, PLANEJAMENTO E SOCIEDADE NO BRASIL
(NOTAS PARA UMA DISCUSSÃO)
ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 11/90 - PREVIDÊNCIA SOCIAL - VELHOS PROBLEMAS, NOVOS DESAFIOS
PEDRO LUIZ BARROS SILVA
ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 01/91 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL
ANDRÉ CEZAR MEDICI
FRANCISCO DE OLIVEIRA
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO
- 02/91 - INCENTIVOS GOVERNAMENTAIS AO SETOR PRIVADO
EM SAÚDE NO BRASIL
ANDRÉ CEZAR MEDICI
- 03/91 - CÁLCULO DAS TAXAS LÍQUIDAS DE MIGRAÇÃO RURAL-URBANA
KAIZO IWAKAMI BELTRÃO

04/91 - PERSPECTIVAS DO FINANCIAMENTO A SAÚDE NO GOVERNO
COLLOR DE MELLO

ANDRÉ CEZAR MEDICI

05/91 - DESCENTRALIZAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

ANDRÉ CEZAR MEDICI

06/91 - SEM REGUA E COMPASSO

POPULAÇÃO, EMPREGO E POBREZA NO BRASIL DOS ANOS OITENTA

ANDRÉ CEZAR MEDICI

01/92 - CUSTOS DA ATENÇÃO MÉDICA A AIDS NO BRASIL
ALGUNS DADOS PRELIMINARES

ANDRÉ CEZAR MEDICI

KAIZO IWAKAMI BELTRÃO

02/92 - OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DAS EMPRESAS:
EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS RECENTES

ANDRÉ CEZAR MEDICI

03/92 - FONTES DE FINANCIAMENTO DO GASTO SOCIAL FEDERAL NO BRASIL:
UMA RETROSPECTIVA DOS ANOS OITENTA

ANDRÉ CEZAR MEDICI