

PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO
DE
SERVIÇOS DE SAÚDE
P I S S



OPS/OMS BRASIL



PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO
DE
SERVIÇOS DE SAÚDE
P I S S

TERMO DE REFERÊNCIA

GRUPO ASSESSOR PRINCIPAL

ACORDO - MEC/MS/MPAS/OPAS

PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- P I S S -

(TERMO DE REFERÊNCIA)

GRUPO ASSESSOR PRINCIPAL

- 1 9 8 2 -

PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
- P I S S -
(TERMO DE REFERÊNCIA)

<u>ÍNDICE</u>	<u>PÁGINA</u>
I - INTRODUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO.....	01
II - O DESAFIO DA SAÚDE.....	03
1. Saúde e Desenvolvimento.....	03
2. A Situação Atual de Saúde.....	05
3. As Modificações Sócio-Econômicas.....	06
3.1 Aspectos demográficos.....	06
3.2 O perfil da Renda.....	07
3.3 Condições Ambientais.....	07
3.4 O quadro sócio-político-cultural.....	08
4. A Organização Setorial.....	09
4.1 Principais Problemas.....	10
4.2 Os desafios.....	11
III - OBJETIVO E AREAS DE INVESTIGAÇÃO.....	14
1. As Modalidades Assistenciais.....	14
1.1 Do produtor isolado à produção empresarial.....	15
1.2 Do Consumo individual ao Consumo Coletivo.....	30
1.3 Classificação das modalidades assistenciais.....	38
2. A Organização Institucional do Setor.....	44
2.1 O arcabouço institucional.....	44
2.2 Análise institucional específica.....	45
2.3 Estudo comparativo das unidades produtoras.....	45
3. Os Profissionais de Saúde.....	47
4. Os Aspectos Econômico-Financeiros da Organização dos Serviços de Saúde.....	49
4.1 Introdução.....	49
4.2 Areas de investigação.....	50
5. A Prática Médica e as Políticas Sociais.....	62
6. Os Serviços de Saúde e a Urbanização.....	66
7. Os Caminhos da Reorganização Setorial.....	69

IV - A N E X O S (Tabelas e Gráficos).....	71
1 - Condições de Saúde.....	(1.1 a 1.9)
2 - Demografia.....	(2.1 a 2.7)
3 - O Perfil da Renda.....	(3.1 a 3.8)
4 - Saneamento e Habitação.....	(4.1 a 4.3)
5 - Capacidade Instalada.....	(5.1 a 5.5)
6 - Segurados da Previdência, Produção de Ser viços, Gastos com Saúde.....	(6.1 a 6.16)
7 - Gastos Familiares com Saúde.....	(7.1 a 7.6)
8 - Médicos: - distribuição e remuneração....	(8.1 a 8.8)
9 - Informações em Saúde.....	(9.1 a 9.3)

no e pesquisa, bem como o número significativo de pesquisadores adequadamente capacitados, constituem condições extremamente propícias para o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde coletiva.

O presente documento tem por objetivo apresentar a proposta de um Programa de Investigação em Serviços de Saúde. Em um capítulo inicial, denominado "O Desafio da Saúde", pretende-se traçar um quadro genérico da atual situação setorial, procurando identificar seus principais desafios e definir o contexto de problemas para cuja superação espera-se a contribuição do PISS. Em seguida são definidos os objetivos e relacionadas as áreas de investigação que devem compor o Programa. Na apresentação dessas áreas procura-se justificar sua inclusão, destacar os principais itens a serem estudados e formular um modelo de análise, ou seja, um conjunto de hipóteses a serem verificadas e que, espera-se, constituam termos de referência para o desenvolvimento das pesquisas.

II - O DESAFIO DA SAÚDE

1. Saúde e Desenvolvimento

A reciprocidade e mútua dependência entre saúde e desenvolvimento, de há muito assinaladas, encontraram em meados da década de 50 um referencial teórico/conceitual expresso pelo modelo de "causação circular cumulativa". Segundo tal concepção, um país pobre tende a manter-se pobre, na medida em que a pobreza é responsável por doenças que depreciam seu "capital humano", fato por sua vez gerador de mais pobreza.

As tentativas de ruptura de tal "círculo" vem privilegiando ora um, ora outro dos elementos do binômio. A constatação de que o conhecimento e as técnicas para o combate dos principais problemas de saúde dos países subdesenvolvidos estavam à disposição, bastando apenas uma melhor adequação quantitativa e qualitativa de tais meios, teve como decorrência a elevação do planejamento em saúde à condição de principal elemento de transformação não apenas da realidade de saúde como, por decorrência, da situação social e econômica. O fracasso de tal concepção, ou seja, a persistência dos problemas, apesar de uma maior racionalização do setor, levou à inversão da importância dos termos do binômio, passando a se considerar o desenvolvimento econômico como elemento propulsor das mudanças globais almejadas por estas sociedades.

O inegável crescimento econômico experimentado por alguns países latino-americanos, em particular o Brasil, no início da década de 70, veio refutar tal hipótese, na medida em que não se observaram as transformações sociais esperadas, em particular a melhoria correspondente dos níveis de saúde. Por outro lado, países que no mesmo período não experimentaram crescimento tão marcante quanto o nosso, revelam indicadores sociais e de saúde mais satisfatórios.

A insuficiência da "causação circular" em dar conta do complexo de variáveis envolvidas nas relações entre saúde e desenvolvimento, levou à sua rejeição enquanto modelo explicativo e orientador de medidas de intervenção. A tendência hoje hegemônica considera a necessidade de um planejamento integrado do desenvolvimento econômico e social, resguardadas as especificidades próprias a cada uma dessas esferas e reconhece a instância política como elemento basilar desse processo. Admite-se que o desenvolvimento político da sociedade, vale dizer seu aprimoramento democrático, com a possibilidade que lhe é inerente de expressão dos interesses dos diversos grupos sociais, deve permitir a dinamização e orientação do processo de desenvolvimento no sentido de uma distribuição equitativa de seus frutos.

A seguir tendo como referência o acima exposto, procura-se analisar em linhas gerais a situação sanitária do país e os principais problemas dos serviços de assistência à saúde, no contexto de nosso quadro sócio-econômico e político, identificando os principais desafios que se colocam para as próximas duas décadas.

2. A Situação Atual de Saúde

As condições de saúde da população brasileira podem ser consideradas insatisfatórias por vários motivos.

Em primeiro lugar, porque há uma clara disparidade de entre o nosso quadro sanitário e o estágio de desenvolvimento econômico atingido pelo país. Tal afirmação pode ser comprovada observando-se comparativamente o comportamento de alguns indicadores em países com grau de desenvolvimento idêntico ou menor que o nosso. A mortalidade geral na Argentina, Chile e Venezuela, ajustada à composição etária, é 40% inferior aos 9^o/100 que se verificam em nosso país. A mortalidade infantil de 90^o/100 é bem superior aos 40^o/100 da Argentina e Costa Rica. Segundo estes dados comparativos pode-se estimar a mortalidade evitável de crianças em pelo menos 300 mil mortes anuais e a perda de 10 anos na esperança de vida ao nascer.

Em segundo lugar, o quadro é insatisfatório pelas acentuadas disparidades regionais e entre distintos grupos populacionais, no que se refere ao risco de adoecer e morrer. Há uma diferença de até 30 anos entre as esperanças de vida ao nascer de um nordestino mais pobre e um sulista mais rico. As disparidades se evidenciam na própria composição do quadro nosológico. Já se verifica uma participação significativa das chamadas "doenças modernas" - distúrbios cardio-vasculares, neoplasias, doenças profissionais, acidentes do trabalho, violências, etc - sem, no entanto, se ter logrado a resolução das "doenças da pobreza" como esquistossomose (6/8 milhões de pessoas), Chagas (8/12 milhões), tuberculose (1 milhão), malária (150.000 cada ano), desnutrição (40/50 milhões), etc.

Finalmente, o quadro é insatisfatório porque apesar do aumento considerável de recursos físicos, materiais, hu

manos e dos gastos com saúde, ocorrem ainda, por exemplo, 100.000 casos/ano de doenças evitáveis por imunização, e, de um modo geral, não estão atendidos os problemas e agravos à saúde mais simples, que requerem o uso de tecnologia e recursos simplificados, e que devem corresponder a 80% da demanda global de atendimento.

3. As Modificações Sócio-Econômicas

Sabe-se que o quadro de saúde de um país, bem como os próprios objetivos e formas de organização dos serviços assistenciais, não estão determinados exclusivamente por variáveis internas ao próprio setor saúde, mas dependem fundamentalmente das estruturas sociais, econômicas e políticas em que estão inseridos. Identificar as origens dos principais problemas de saúde, projetar necessidades, definir políticas, diretrizes e prioridades para o setor pressupõe, portanto, estabelecer suas relações com o contexto geral do desenvolvimento sócio-econômico do país. No âmbito restrito do presente documento, destacam-se a seguir alguns elementos deste contexto que merecem particular destaque.

3.1 Aspectos demográficos

Face às profundas repercussões sobre a demanda de serviços em termos de suas características e distribuição, o planejamento confere especial importância aos dados populacionais, principalmente no que diz respeito aos seus índices de crescimento, composição etária e distribuição.

Quanto a esses aspectos, verifica-se que a taxa média geométrica de crescimento populacional anual foi de 2,48% no período 70/80, portanto bem inferior aos 2,89% do período anterior.

Houve uma diminuição da proporção de jovens até 14 a. de 42% em 1970 para 37,3% em 1980 e um incremento na proporção de idosos com mais de 60a. de 5,2% para 6,5%. Em termos de distribuição populacional observa-se uma variação da taxa média geométrica de crescimento anual nas diversas regiões com valores extremos para o período 70/80 de 5,03% para o Norte e 1,44% para a região Sul. Em 1980, 68% da população situava-se em centros urbanos, podendo-se estimar que no ano 2000 teremos mais de 160 milhões de habitantes nas cidades, 80% dos quais em concentrações de mais de 20 mil habitantes e cerca da metade nas 10 áreas metropolitanas (incluía Brasília).

3.2 O perfil da renda

O censo de 1980 indica que 67% da população economicamente ativa auferem rendimentos iguais ou inferiores a 02 salários mínimos, percentagem que cai para 51% em São Paulo e atinge 84% no Nordeste, onde 65% da PEA tem renda mensal igual ou inferior a 01 salário mínimo. As conhecidas implicações desse fato no que diz respeito ao aumento de risco e estrutura de morbidade, acresce a constatação de que a grande maioria da população brasileira está impossibilitada de assumir diretamente a responsabilidade material pelo cuidado de sua saúde.

3.3 Condições ambientais

Dada sua direta implicação no controle de enfermidades, merecem destaque neste campo os serviços de saneamento básico e as condições habitacionais. Apesar dos inegáveis esforços expressos pelo crescimento de ligações domiciliares à rede de água e esgotos e de construção de fossas sépticas, há ainda um déficit considerável de serviços de saneamento bási

co, estando deles excluídos, segundo o censo de 80, cerca de 50% dos domicílios do país. Dados da PNAD de 1976 revelam que dos aproximadamente 14,5 milhões de domicílios particulares permanentes na área urbana, 48,7% possuíam instalações inadequadas de água e esgoto ou material de construção rústico. Segundo grupos de rendimento mensal domiciliar, esta proporção eleva-se para 83% nos domicílios correspondentes a até 01 SM e 72,6% naqueles com mais de 01 a 02 SM. Admite-se que nas áreas endêmicas de Chagas há cerca de um milhão de domicílios cuja precariedade favorece a transmissão da doença.

Merecem citação, dada sua importância causal em certas condições de ocorrência cada vez mais significativa, os agravos ao meio determinados por poluentes químicos e físicos, mormente nos centros urbanos e nos ambientes de trabalho.

3.4 O quadro sócio-político-cultural

O acentuado desenvolvimento econômico experimentado pelo país nas últimas décadas teve como consequência, ao nível do campo, a modernização produtiva e expansão da fronteira agrária, o que redefiniu as formas de relacionamento entre os produtores, trabalhadores rurais e o Estado, forçando o reconhecimento e o atendimento dos direitos sociais do trabalhador do campo, do que decorre uma forte pressão de demanda pela extensão de serviços e benefícios à zona rural. Por outro lado, a urbanização acelerada com todo seu corolário de amplas parcelas da população da periferia urbana à margem do processo produtivo e do acesso a bens e serviços está na origem de manifestações de insatisfação e pressões para superação desta situação. Os passos decisivos no aprefeiçoamento democrático da nação, notadamente a partir de meados da década de 70, têm permitido o fortalecimento de movimentos sociais, de partidos políticos e outras formas de organizações representativas da sociedade civil, com o que se abrem canais para a expressão organizada de reivindicações de expansão e

melhoria da qualidade dos serviços assistenciais, cuja resposta adequada fortalece a representatividade e legitimidade social do Estado.

4. A Organização Setorial

Um análise sucinta da organização do setor saúde nos permitirá identificar os principais problemas atuais, e os desafios que deverá superar em função das necessidades e demandas atuais e futuras.

Tendo como referência os quadros epidemiológico, demográfico e sócio-econômico-político já esboçados e que compõem o contexto onde atuam os serviços de assistência à saúde, destacam-se determinadas características gerais da organização desses serviços, historicamente construídas como respostas às pressões e demandas desse contexto:

- O Estado, em especial o nível federal, afirmando-se progressivamente como principal agente financiador do setor, centralizando progressivamente a captação e administração dos recursos financeiros. Do gasto total em saúde estimado em 900 bilhões para 1981, o Estado participa com 2/3, sendo que apenas a Previdência Social é responsável por mais de 40%.

- Os produtores privados nacionais representam os principais agentes prestadores de serviços assistenciais. Do total de 477.591 leitos hospitalares existentes em 1978 apenas 25% correspondiam ao setor público. Dos serviços prestados pela Previdência Social, o setor privado participou em 1981 com 54% das consultas médicas, 73% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações hospitalares, o que corresponde no total a 71% dos gastos da autarquia com assistência à saúde.

- Os produtores privados de capital internacional como fornecedores principais de insumos, destacando-se a crescente sofisticação tecnológica. Em 79 e 80 os diversos itens de importação de instrumentos biomédicos, acima de um milhão de dólares, atingiram um total superior a 80 milhões de dólares anuais, estimando-se, segundo estudo realizado em diversos países, um coeficiente arbitrário de crescimento anual do mercado em torno de 15%.

4.1 Principais problemas

Consideradas as características gerais acima apontadas, pode-se relacionar como principais problemas na organização dos serviços de saúde:

- a inadequação dos serviços à estrutura de necessidades. A cobertura é baixa, estimando-se em 1/3 a população sem acesso regular ao atendimento médico, consequência da escassez e da concentração geográfica e social dos recursos. Há excessiva especialização e sofisticação tecnológica (a taxa de hospitalização do INAMPS é até 6 vezes maior que a observada em países latinoamericanos), predominando largamente as atividades de recuperação (consomem cerca de 95/97% dos recursos) sobre as de prevenção e promoção da saúde;

- a baixa produtividade dos recursos disponíveis. Decorre em grande parte da ociosidade da capacidade existente, particularmente pública (estimada em 40%), da expansão descontrolada de serviços mal localizados e da multiplicidade de instituições atuando de modo descoordenado, com superposição e paralelismo de ações;

- crescimento elevado e descontrolado dos custos.

Da conjugação da expansão quantitativa dos serviços, sofisticação excessiva e baixa produtividade, afora distorções de natureza ética, resulta o aumento progressivo e descontrolado dos custos unitários e dos gastos com assistência médica. As despesas do INAMPS passaram de 18% em 1968 para 29% em 1980 da receita real do SINPAS. De 1979 a 80 os gastos com serviços médicos contratados a Hospitais aumentou em 101,2% e a pessoas físicas em 111,4%, apesar dos reajustes de preços sofrem aumentos de respectivamente 75,6% e 66,9% e da receita do SINPAS crescer apenas 89%.

4.2 Os Desafios

Os problemas já existentes, associados às novas necessidades, geram desafios cuja urgente superação obviará sofrimentos, enfermidades e mortes evitáveis ou redutíveis, bem como a crescente insatisfação social.

O desafio quantitativo se expressa pela necessidade de de entensão da cobertura dos serviços com vistas a atender os enormes vazios hoje existentes e acompanhar o crescimento populacional. Anteriormente procurou-se demonstrar que se gasta mal com saúde, porém face a este desafio gasta-se também pouco. Em 1981 o gasto total com saúde correspondeu a cerca de 4% do PIB, proporção ainda muito aquém dos 10% do PIB gastos com países desenvolvidos. Estima-se que a simples manutenção da oferta atual de serviços em termos de leitos/habitante e consultórios/habitante demandará investimentos da ordem de 40 bilhões de dólares até o ano 2000 ou seja cerca de 2 bilhões e 200 milhões de dólares anuais no período. Está evidente que o setor público, dadas suas conhecidas limitações, não poderá arcar isoladamente com tal quantidade de

recursos, devendo competir à iniciativa privada uma parcela substancial desse montante. Também quanto ao custeio impõe-se a necessidade de identificação de novas formas de captação de recursos adicionais para o setor

A inadiável adequação da oferta de serviços à estrutura de necessidades de saúde tem um grande componente de desafio tecnológico, tanto no que se refere à tecnologia de processo, como de produto, entendendo-se esta como as instalações e equipamentos utilizados e aquela como os métodos e procedimentos adotados para a execução das ações de saúde. Apesar de sua relação indissociável, ressalta a tecnologia de processo como a expressão concreta de como fazer. O desafio consiste em identificar qual tecnologia ajuda melhor a resolver os problemas segundo parâmetros de menor custo, maior rendimento, eficácia, viabilidade, aceitabilidade, factibilidade e, igualmente importante, que seja uma expressão do fortalecimento da capacidade do país para inovar, controlar e tamizar adequadamente as tecnologias de que necessita.

Finalmente chegamos talvez ao maior dos desafios, o desafio sócio-político. As transformações sociais e econômicas e o aprimoramento democrático do país estão a exigir a reformulação dos mecanismos que condicionam o processo decisório no setor. Grande parte dos problemas e distorções apontados decorrem da influência e da imposição dos interesses de determinados grupos, notadamente de elites privilegiadas, prestadores de serviços e produtores de insumos. Amplos setores sociais não dispõem dos canais adequados que lhes permitam acesso às definições de políticas de saúde e ao controle da administração do setor. Tal situação se deve em grande parte à excessiva centralização política, administrativa e financeira, que além de gerar uma enorme e pouco flexível estrutura burocrática incapaz de promover soluções condizentes com distintas realidades regio

nais, exclui os segmentos sociais que não possuem condições de expressão a nível federal. Adequar o setor saúde ao avanço democrático experimentado pela sociedade como um todo implica pois, necessariamente, na descentralização do processo político-administrativo de planejamento e gestão dos serviços e instituições de saúde.

III - OBJETIVO E AREAS DE INVESTIGAÇÃO

O Programa de Investigação em Serviços de Saúde tem como objetivo geral estimular e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que permitam um melhor conhecimento da situação atual do modelo de assistência à saúde no Brasil, os determinantes estruturais e conjunturais dos problemas por ele vividos, seus desafios, perspectivas e tendências, com vistas à formulação de propostas de intervenção compatíveis com as condições sócio-econômicas e políticas do país.

Dado este objetivo geral, que confere unidade ao Programa, as diversas áreas de investigação que o compõem devem estar necessariamente articuladas mediante linhas de investigação com referenciais comuns de análise e mecanismos de coordenação que permitam o intercâmbio entre pesquisadores. A seguir, no detalhamento das áreas de investigação procurar-se-á contribuir para a construção desses referenciais.

1 - As Modalidades Assistenciais

As modalidades assistenciais, aqui entendidas com as diversas formas através das quais se organiza o processo de produção dos serviços de assistência médica, constituem objeto de estudo de uma das áreas de investigação do PISS. As reflexões que se seguem constituem uma primeira aproximação a esse objeto, procurando traçar algumas linhas de referência para estudos de maior profundidade.

Através de breve revisão de trajetória histórica de sua formação, procuraremos abordar o amaranhado aparentemente caótico e irracional das diversas modalidades

que compõem o quadro de assistência à saúde em nosso país, tentando com isso encontrar a lógica de sua composição e definir critérios que permitam uma classificação e caracterização inicial de seus componentes.

1.1. Do Produtor Isolado à Produção Empresarial

O contexto que condiciona o surgimento e o desenvolvimento das diversas modalidades de assistência médica em nosso país conserva, principalmente a partir da década de 30, determinadas características gerais, entre as quais se destacam:

- O Estado afirmando-se progressivamente, como principal agente financiador do setor, centralizando cada vez mais a captação e administração dos recursos financeiros;

- Os produtores privados nacionais representando os principais agentes prestadores de serviços assistenciais;

- Os produtores privados internacionais como fornecedores principais de insumos, com destaque para a crescente sofisticação tecnológica;

- As reivindicações crescentes de usuários, acompanhando o desenvolvimento das forças produtivas e a incorporação acelerada de trabalhadores assalariados, momentaneamente a partir de meados da década de 50, pressionando por extensão de cobertura e melhoria da qualidade dos serviços;

- Os quadros epidemiológico, demográfico e sócio-econômico, nos quais se destacam, respectivamente, a

persistência de doenças de massa e a crescente importância dos agravos de natureza crônico-degenerativa e traumática, a urbanização acelerada e a exclusão de grandes contingentes populacionais dos frutos do desenvolvimento econômico.

Deste contexto pode-se extrair o complexo de determinações das modalidades assistenciais, cuja trajetória procuraremos recuperar. Estas determinações se agrupam em duas vertentes analisadas a seguir: de um lado, a organização e as relações de trabalho do médico, profissional principal em cada modalidade; de outro, as estratégias utilizadas pelos usuários dos serviços para subsistirem como tal.

Para caracterizar o desenvolvimento da organização do trabalho médico, tomaremos três modelos, isto é, a produção isolada, a cooperada ou associada e a empresarial. Estes modelos se sucederam historicamente como dominantes na organização da assistência médica no país. Tal sucessão não implica na supressão do(s) modelo(s) anteriormente predominante(s). De fato, é comum encontrarmos, formas de trabalho médico correspondentes aos três modelos lado a lado numa localidade ou vivenciadas simultaneamente por um mesmo profissional. E, embora a dominância do modelo empresarial seja incontestada em termos nacionais, em muitas regiões continua predominando a prática isolada ou a cooperada.

a) O Produtor Isolado

Tem origem nos primórdios da medicina ocidental, pelo que pode dominar o conhecimento médico e o arsenal terapêutico então disponíveis. É, assim, capaz de satisfazer a demanda de serviços dos clientes e seus familiares.

Trabalha em sua própria casa ou na dos pacientes, usando equipamentos rudimentares muitas vezes desenvolvidos por ele mesmo. Prepara os medicamentos que prescreve com substâncias ou plantas encontradas no ambiente em que se dá a atenção. Utiliza-se de fontes domésticas para obter recursos terapêuticos físicos, como frio e calor. Conta com ajuda dos familiares do paciente ou de auxiliares próprios que são formados médicos com base em relações artesão-aprendiz.

Capta seus pacientes diretamente, estabelece com eles o preço e as condições do tratamento e recebe deles o pagamento correspondente em espécie ou dinheiro. Seus rendimentos são proporcionais à quantidade de trabalho que dispense em cada atendimento e ao número de atendimentos que realiza.

Compete com outros produtores isolados pelos clientes no mercado de trabalho médico, sob o controle das corporações profissionais. Mantém com o Estado relacionamento semelhante ao de membros de outras profissões.

Para permanecer - e ampliar sua fatia - no mercado, precisa trabalhar mais intensa e prolongadamente, controlar seus preços e enfrentar a competição de seus pares. Como tais estratégias são limitadas, procura aumentar a produtividade de seu trabalho, incorporando novos conhecimentos, instrumentos mais aperfeiçoados, drogas mais poderosas, etc. Desta maneira, consegue produzir serviços de melhor qualidade em menos tempo que antes.

Entretanto, seu domínio sobre a totalidade do conhecimento médico torna-se gradualmente inviável e a atenção passa a requerer de modo crescente a participação comple

mentar de outros profissionais. Inicia-se, assim, a divisão horizontal do trabalho médico.

A especialização crescente do médico tem-se constituído numa estratégia chave para sua sobrevivência no mercado. Ocorre, todavia, que, quanto mais acentuada sua especialização, mais reduzida será a parcela do mercado a que o médico poderá atender. Assim, o super-especialista necessita estar referido a um mercado bem mais amplo que o generalista, para assegurar uma demanda tal que o viabilize enquanto produtor.

Ainda que o produtor especializado cubra uma área de atuação mais restrita, sua auto-suficiência em instrumentos e drogas aos poucos se reduz, elevando-se em troca sua dependência em relação ao mercado destes meios de trabalho. Ao mesmo tempo, o emprego destes inviabiliza o domicílio como o local da assistência, deslocando-a para ambientes devidamente instalados e destinados exclusivamente à produção de serviços de saúde.

Os cuidados auxiliares então requeridos ultrapassam a capacidade da ajuda de familiares e aprendizes, exigindo o concurso de profissionais capacitados e dedicados especificamente ao desempenho destas tarefas. Esta especialização vertical faz ainda mais complexa a divisão do trabalho médico mencionada acima.

A formação de novos profissionais já não pode mais restringir-se à relação artesão-aprendiz, mas se transforma num processo institucionalizado que requer a participação de uma gama de especialistas e a intervenção direta do Estado.

Os custos de produção dos serviços passam a corresponder à remuneração de um trabalho médico mais qualificado e ao pagamento do pessoal auxiliar, bem como à reposição do capital adiantado para a aquisição de insumos e à amortização dos investimentos em equipamentos e instalações. O financiamento destes custos depende da quantidade de trabalho médico especializado gasto na produção dos serviços e na quantidade de pacientes atendidos.

Conseqüentemente, a produção de serviços passa também a ser do interesse econômico dos produtores de insumos e equipamentos e de quem adiantou o capital para financiar toda a empreitada. Tem-se daí que a competição dos produtores de serviços superpõe-se a competição entre os capitais investidos na produção de serviços e entre os produtores de insumos e equipamentos. O Estado é chamado a intervir com frequência crescente e sob formas diversas como árbitro dos interesses em jogo.

A convergência desses interesses pode levar ao aumento da abrangência da atenção médica - pela identificação de novos problemas passíveis de solução por novos tipos de serviços - e da complexidade de cada intervenção técnica - dada pela qualidade e quantidade dos conhecimentos, insumos e equipamentos, requeridos para sua realização. O resultado é uma contínua elevação dos custos dos serviços que pode implicar na redução correspondente das dimensões de seu mercado. Para contrabalançar esta tendência, a produção de serviços tem que ganhar em produtividade e reduzir custos unitários mais que antes.

Alguns dos componentes dos serviços - como a hotelaria e a produção de insumos e equipamentos - já apresentam uma produtividade comparável aquela prevalente em se

tores mais eficientes da economia. Por isto, não se pode esperar que contribuam substancialmente para aumentar a eficiência dos serviços.

A alternativa está em incrementar a produtividade do trabalho médico, ainda pouco eficiente se comparada aos demais componentes. Isto é buscado através da incorporação de novas tecnologias e da reorganização do processo de trabalho médico. A princípio tal incorporação pode viabilizar-se a nível de cada produtor isolado. O conhecimento requerido para o manejo da tecnologia incorporada ainda não é muito diversificado e pode ser razoavelmente dominado por cada produtor. Os investimentos adicionais são de pequena monta, ficando ao alcance dos capitais individuais dos médicos.

Na medida em que avança, este processo tende a ultrapassar a capacidade técnica e econômica dos profissionais isolados, impondo-lhes uma organização mais desenvolvida. Mas sua ideologia liberal os leva a resistir contra esta imposição. Esta resistência se alimenta de uma ideologia liberal que rejeita formas mais avançadas de trabalho médico, sobretudo o assalariamento. A militância das corporações médicas tem resistido às pressões no sentido da racionalização da produção de serviços de saúde por parte dos consumidores, dos produtores de insumos e equipamentos e do próprio Estado.

Devido a isto, a transição da produção isolada de serviços de saúde para formas mais avançadas tem sido um pouco mais lenta que aquela observada em outros ramos da economia. Dela se originam formas intermediárias que podem ser caracterizadas pelo nível de socialização do trabalho médico nelas contido. Geralmente estas formas tran

sicionais descartam-se de certos elementos periféricos da produção isolada de moda a reter a autonomia profissional do médico. É o que ocorre na cooperação e na associação, conforme se verá em seguida.

b) A Produção Cooperativa e a Associativa

Na primeira encontramos vários produtores - até então isolados - articulando-se num esquema cooperativo de produção de serviços, para o qual utilizam-se dos mesmos equipamentos e instalações já empregados na sua prática isolada. O esquema também envolve:

- 1) um mecanismo comum de captação de consumidores
- 2) a estipulação de um 'pacote' assistencial constituído por uma certa quantidade de serviços que a cooperativa se compromete a produzir, mediante a demanda dos consumidores, em condições e preços previamente fixados com estes:
- 3) o pré-pagamento à cooperativa por cada consumidor potencial de uma taxa per-capita equivalente ao preço do 'pacote' rateado pelo número total de consumidores, e
- 4) a distribuição da receita da cooperativa entre os produtores de acordo com a quantidade de serviços produzidos por cada um.

Sob tais circunstâncias a receita total da cooperativa depende do número de usuários por ela cobertos e a complexidade dos serviços compreendidos no 'pacote'. Mas o preço unitário de cada serviço será inversamente proporcional à quantidade de serviços efetivamente produzidos. Ele depende, pois, da composição final do 'pacote', de acordo com a demanda dos consumidores.

Já a remuneração de cada produtor cooperado varia diretamente com a quantidade de serviços que ele produz e com o preço final de cada serviço. Gera-se, então, a partir daí um conflito de difícil conciliação. De um lado, os produtores procurarão produzir mais para aumentarem sua remuneração. Assim fazendo, porém, estarão baixando o preço unitário dos serviços, pelo que anularão o esforço anterior.

A cooperativa pressupõe uma ampla divisão técnica do trabalho, caracterizada pela crescente especialização dos cooperados. Por outro lado, ela permite que os investimentos em tecnologia sejam ainda suportáveis pelos médicos envolvidos. Os pacientes servidos pela cooperativa podem contar com a assistência especializada principalmente ambulatorial prestada por um pool de especialistas, de dimensões regionais ou estaduais. Cada atendimento se dá num local distinto dos demais e é sujeito a referência e agendamento específicos. Isto consome considerável tempo e energia do paciente que, em última análise, é o responsável pela organização do pacote assistencial que consome.

Na produção associada, os produtores constituem uma pequena empresa, assumindo os investimentos correspondentes e adiantando capital para a produção de serviços.

A unidade produtora assim implantada é utilizada em comum pelos sócios para a produção dos respectivos serviços. Além disso,

1) os mecanismos de captação de consumidores são geralmente comuns a todos os sócios;

2) a produção é vendida seja em unidades isoladas ou em 'pacotes' assistenciais, sob condições e preços acertados entre a empresa e os consumidores;

3) os consumidores remuneram a empresa pelas unidades de serviço consumidas ou segundo os 'pacotes' contratados;

4) cada sócio é remunerado de acordo com o capital que tiver adiantado para constituir a empresa e sua participação na produção de unidades de serviços e/ou pacotes.

Quanto maiores o volume de serviços produzidos e o número de consumidores cobertos por 'pacotes', maior será a receita da sociedade. Para os sócios, o resultado do empreendimento dependerá de dois tipos de fatores. De um lado, o capital adiantado e a taxa de lucro obtida pela empresa, expressões da capacidade do sócio como investidor e administrador. Do outro, de sua produtividade enquanto trabalhador na produção de serviços de saúde.

Na pequena sociedade a faixa de especialização está limitada pelo número de sócios. Estes compartilham os investimentos necessários à instalação da estrutura produtiva que utilizam em comum para o exercício autônomo das respectivas especialidades. Esta concentração de médicos e equipamentos possibilita que os pacientes sejam atendi

dos no mesmo local e/ou oportunidade pelos especialistas requeridos por seus problemas.

Além disso, a sociedade cria a oportunidade para que médicos atuem em equipe para um mesmo atendimento, como ocorre por exemplo nas cirurgias de grande porte. Por sua vez, estas requerem equipamentos e instrumentos mais complexos que aqueles utilizáveis pelos médicos individuais. Consequentemente, é de se esperar que o investimento por médico nas pequenas sociedades seja em geral mais elevado que nas cooperativas.

Resumindo, na cooperação os produtores isolados concorrem para a formação de 'pacotes' assistenciais contratados previamente com os consumidores. A transição aqui se limita à articulação em pacotes - dos serviços produzidos isoladamente por cada produtor - e na comercialização destas com os usuários. Já na associação, profissionais compartilham investimentos visando instalar e operar uma base física em que produzem serviços de forma mais ou menos isolada. A transição neste caso avança mais um pouco pela utilização comum de uma mesma estrutura produtiva. Em ambos os modelos, entretanto, são preservados o caráter autônomo do trabalho médico e a dupla postura de empreendedor-produtor assumida pelo médico.

Pode-se dizer, portanto, que a cooperativa e a sociedade de médicos constituem formas de resistência da prática liberal na evolução da produção de serviços de saúde. Chega porém, num momento em que esta resistência é superada pela demanda de níveis de produtividade ainda maiores que os já alcançados.

c) A Produção Empresarial

Surge, então, a produção empresarial de serviços se parando o empreendedor e o produtor até aqui reunidos na figura do médico. O nível de investimento agora exigido está fora das possibilidades dos profissionais enquanto tal, mesmo que em sociedade. A gestão destes investimentos requer dedicação tal que a torna incompatível com o exercício simultâneo da medicina. Assim, o empreendimento da produção de serviços de saúde é assumida por entidades privadas e pelo Estado que investem em equipamentos e instalações e bancam a operação das unidades de saúde.

As primeiras o fazem com o objetivo declarado de realizar lucros. Já o segundo, conquanto vise outros objetivos, orienta sua produção de serviços segundo critérios cada vez mais próximos aos da gestão capitalista. Isto pode ser verificado quando se comparam, por exemplo, hospitais públicos e privados que atendem os beneficiários da Previdência Social.

Não obstante isto, a condição empresarial das unidades estatais de saúde ainda merece ser melhor investigada. É que nem sempre a produção de serviços constitui o objetivo exclusivo das unidades estatais. A experiência tem demonstrado que estas costumam ter outros objetivos - como o clientelismo político - cuja mensuração é bastante problemática. Sua realização, porém, consome certamente parte dos recursos alocados de maneira explícita para a produção de serviços. Desta forma, não se pode avaliar a produtividade das unidades estatais apenas em função dos serviços de saúde que elas produzem. Se o fizermos estaremos atribuindo aos serviços estatais um custo adicional, que, na realidade, corresponde à produção daqueles outros tipos

de serviço. Simplificando poderíamos assumir que a produtividade média das unidades estatais é aproximadamente igual à das privadas e que a diferença observada entre ambos se deve à falta de quantificação da produção daqueles outros 'serviços'.

Destituídos da posse dos meios de trabalho, os médicos participam da produção empresarial como meros assalariados. Este assalariamento é ainda imperfeito uma vez que a posição do médico, em relação aos outros assalariados, é mais destacada do que faz supor a mera divisão técnica do trabalho da empresa de saúde. Isto se deve, possivelmente, ao fato de que a empresa convive com as formas de organização vistas acima, nas quais a posição do médico é incontestavelmente hegemônica. Tal 'contaminação', que tem impedido a realização da produtividade potencial da empresa, parece inevitável enquanto esta e aquelas coexistirem no sistema de saúde, compartilhando os mesmos recursos e clientela. Enquanto subsistirem as formas menos desenvolvidas, a produção empresarial de serviços de saúde só pode alcançar sucesso na medida em que seja 'isolada' daquelas.

Ora, este isolamento pressupõe que, entre outras coisas, se impeça os médicos de manterem vínculos assalariados e liberais simultâneos com uma mesma unidade de saúde ou um mesmo esquema de financiamento de serviços. Como isto na prática ainda é difícil, o assalariamento do médico permanece incompleto e o aperfeiçoamento da empresa de saúde, problemático.

De qualquer modo, produção empresarial terá resultados tanto melhores quanto:

- 1) mais serviços produzir e de modo mais eficiente

possível, no caso da venda de unidades de serviço isolados, ou,

2) se a base do empreendimento for a cobertura assistencial por capitação, quanto mais racionalizar seus pacotes e mais beneficiários cobrir.

A tendência ao aumento da produtividade e à redução dos custos é, entretanto, muitas vezes comprometida por dois motivos. Primeiro, a identificação de novos problemas passíveis de solução através de novas tecnologias de saúde é um processo praticamente inesgotável. O âmbito de ação dos serviços de saúde vem crescendo aceleradamente nos últimos anos, fenômeno conhecido como a "medicalização" de problemas individuais e sociais. É sabido, porém, que em muitos casos os serviços de saúde tem pouco ou nada a ver com os problemas que tentam resolver.

Segundo, a quantidade de trabalho especializado, equipamentos e insumos incorporada aos serviços - mesmo aqueles destinados a resolver problemas reconhecidamente de saúde - também cresce rapidamente. Nos diversos ramos dos serviços tem havido uma acentuada proliferação de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A substituição do trabalho pelo equipamento tem proporcionado um considerável aumento de informações e de possibilidades de intervenção sobre os processos mórbidos. No entanto, este progresso nem sempre resulta em melhores condições para os serviços ou prognósticos mais favoráveis para os pacientes. Trata-se, pois, de mera redundância diagnóstica e/ou terapêutica, por não afetar proporcionalmente a qualidade dos serviços a que se refere.

Assim, o fato de os serviços se tornarem produtos mais abrangentes e complexos pode anular os ganhos em produ

tividade e a redução de custos alcançáveis através das formas de produção mais desenvolvidas e mais intensivas em capital. Decorre daí um aparente paradoxo: ao avanço tecnológico e organizacional correspondem custos cada vez mais elevados sem que os resultados sejam proporcionalmente mais satisfatórios.

A evolução do sistema de saúde brasileiro não escapa a tal paradoxo, assim como acontece em outros países cujos serviços de saúde são produzidos sob lógica semelhante. Longe de liberar a força de trabalho - permitindo, entre outras alternativas seu remanejamento para a extensão da cobertura do sistema - a automação da produção de serviços passa a exigir uma crescente concentração de mão de obra especializada. É possível que parte deste paradoxo resulte da resistência dos profissionais contra sua substituição pelos equipamentos. Com efeito, a automação dos serviços de saúde intercala equipamentos e profissionais ao contrário do que ocorre na indústria onde o 'diagnóstico' e a 'intervenção' cada vez mais deixados às máquinas. Neste caso, reduz-se a necessidade de trabalho especializado; no anterior ela cresce. Uma possível exceção a este paradoxo pode ser vista no caso dos medicamentos sintomáticos e populares,

O incremento da abrangência e da complexidade dos serviços parece proporcional ao nível de organização da produção. A pequena sociedade ou a cooperativa apresentam oportunidades de escala mais convenientes para o uso de equipamentos complexos que a produção isolada. A empresa, por sua vez, consegue absorver muito mais tecnologia por profissional que as outras formas.

Isto confere uma característica importante aos serviços de saúde. Enquanto as diferentes formas dependem de

modo crescente de equipamentos e insumos em igual, só as formas mais desenvolvidas é que incorporam recursos de maior conteúdo de capital e tecnologia. Em outros termos, o sistema de saúde como um todo corresponde ao mercado para a indústria de equipamentos e insumos, mas quanto mais organizada a forma de produção melhor esta se capacita para o consumo de recursos mais complexos e custosos. Como estes são geralmente produzidos pelos ramos industriais mais dinâmicos, há uma estreita correlação de interesses entre os setores mais avançados da produção de bens e serviços de saúde.

Quando a clientela do sistema de saúde pode forçar a contenção de custos dos serviços, as formas mais organizadas tem melhores possibilidades que as outras para conciliar as pressões dos usuários e das indústrias de equipamentos e insumos. No caso brasileiro, porém, aquela condição não se verifica com frequência. Ao contrário, os produtores de bens e serviços parecem altamente cartelizados entre si e conseguem repassar aos consumidores os custos crescentes de seus produtos, independentemente do aumento do benefício destes.

Em resumo, a tendência geral do sistema de saúde vista da perspectiva dos produtores de serviços aponta no sentido de formas capital-intensivas mais abrangentes e complexas cujos custos crescem mais rapidamente que os benefícios correspondentes. É evidente que no sistema atual coexistem distintas formas dentre as quais a produção isolada ainda predomina. Contudo, a produção isolada vem cedendo terreno, o que faz antecipar a médio prazo a hegemonia das empresas públicas e privadas no sistema. Um melhor conhecimento desta tendência geral das potencialidades e implicações das formas específicas de produção e das possíveis combinações entre estas emerge como um requisito essencial para compreender - e intervir-sobre o sistema de saúde brasileiro.

1.2 Do Consumo Individual ao Consumo Coletivo

Parece evidente que a evolução dos produtores não tem sido a única responsável pela transformação da produção de serviços. Também os consumidores tem adotado estratégias que lhes permitam continuar no mercado, conciliando suas demandas crescentes a elevação dos custos e a modernização dos serviços. Estas estratégias, por sua vez, tem exercido uma influência determinante na gênese do sistema de saúde. Pode-se verificar que elas abrangem todo um gradiente de formas organizacionais, compreendidas entre o consumo individual de financiamento direto ao consumo coletivo de financiamento intermediado. Conforme se discutirá em seguida, a própria natureza do serviço consumido se altera na medida em que se passa de uma para outra forma de consumo.

De maneira semelhante à da produção, diferentes formas de consumo coexistem na atualidade do sistema de saúde brasileiro e no dia a dia da grande parte dos consumidores. Apesar disso, as formas mais simples de consumo tem sido substituídas pelas mais complexas, cujo predomínio cada vez mais se afirma. Tanta correspondência entre o que ocorre com a produção e o consumo dos serviços pode significar que ambos são as duas faces de uma mesma realidade, sujeitas ao mesmo processo de determinação. Como se verá, porém, o consumo apresenta certas especificidades que indicam a conveniência da consideração específica de sua determinação sobre o sistema de saúde.

a) O Consumo Individual

O consumo individual de financiamento direto ocorre desde a primeira oportunidade em que há uma troca de

serviço por remuneração, em espécie ou dinheiro, entre o produtor e o consumidor individuais. O consumidor escolhe o produtor que melhor o atenda, conforme as condições e o preço do serviço.

Enquanto a elevação do preço do serviço não ultrapassa o poder aquisitivo do usuário, não há maiores consequências para este que pode manter seu nível de consumo anterior. Assim, o consumidor individual consegue ainda comprar os serviços complexos oferecidos por formas de produção mais eficientes que o produtor isolado. Se a maior complexidade leva a um aumento de custos, a maior produtividade atua em sentido inverso, preservando o consumidor individual no mercado.

Até aqui os serviços produzidos e consumidos constituem unidades - atos médicos - isolados e específicos cujos volume e natureza dependem da capacidade do consumidor individual e, claro, daquela dos produtores. A competição entre os produtores contribui para manter o preço dos serviços compatível com o poder aquisitivo do consumidor. Os produtores também procuram impedir, via aumento de sua produtividade, que a incorporação de novos equipamentos e insumos onere o custo dos serviços e reduza seu consumo em consequência.

Caso, porém, se cartelizem, os produtores de serviços e a indústria de saúde poderão repassar ao consumidor o aumento de custos afetando seu nível de consumo além do tolerável. A partir daqui o financiamento direto dos serviços torna-se inviável para o consumidor individual. Este vai procurar novas formas de financiamento que preservem seu acesso individual ao consumo. Originam-se daí as organizações de tipo mutual ou securitário: os consumidores constituem e administram - direta ou indiretamente -

um fundo comum que se destina a financiar as unidades de serviços que cada um vier a consumir.

O fundo representa um cartel de consumidores individuais que detêm, como tal, melhores condições de barganha com os produtores que os consumidores/financiadores isolados. Isto contribui para equilibrar a receita e a despesa do fundo com um máximo de cobertura de serviços por segurado. Um outro fator de equilíbrio está no pressuposto de que o gasto médio por segurado não supere a contribuição média respectiva. Pode acontecer, entretanto, que este gasto ultrapasse esta contribuição, seja por demandas crescentes dos segurados ou por pressões dos prestadores, implicando na inviabilidade financeira do fundo.

A busca do re-equilíbrio impõe ao fundo a adoção, alternativa ou simultânea, de mecanismos de controle de consumo e/ou da produção de serviços. De um lado, procura assegurar a todos os contribuintes o consumo de serviços mais frequentes e de menor custo, excluindo das suas prestações o atendimento a demandas mais onerosas. Com estas costumam ser também mais raras, o risco dos contribuintes de ter que arcar com seus custos é significativamente reduzido.

Do outro, o fundo estabelece tetos de financiamento para o conjunto de unidades de serviços destinados a satisfazer uma determinada demanda específica ou para conjuntos equivalentes de unidades de serviço. ~~A Previdência Social vem adotando tais mecanismos nos casos do convênio por procedimentos e do convênio padrão universitário, respectivamente. Em ambos existe uma pré-fixação do limite de financiamento para cada serviço consumido individualmente.~~

O fundo pode ainda estabelecer de antemão um teto de financiamento para cada unidade produtora de serviços, de acordo com uma estimativa da capacidade de produção-respectiva. Exemplos deste mecanismo podem ser encontrados na concessão de subsídios globais a unidades produtoras privadas pela Previdência Social.

Como se verifica, então, o financiamento mutual ou securitário não nega o caráter individual do consumo de unidades específicas de serviço. Ele apenas contém este consumo dentro de limites para cada consumidor, para o conjunto de consumidores segurados por um mesmo fundo ou para aqueles atendidos por um determinado produtor. Em qualquer destes casos, os consumidores estão, individualmente, consumindo unidades de serviços produzidas segundo a ocorrência de cada demanda específica.

Sob tais circunstâncias, o consumidor e o fundo de consumidores controlam apenas marginalmente a produção de serviços. Embora em menor escala que no caso do financiamento direto, os produtores ainda conservam uma margem de manobra que lhes permite manipular a qualidade e o volume dos serviços segundo suas próprias conveniências. Isto pode acontecer mesmo quando a gestão do fundo está sob controle estrito dos mutuários. Na ausência de tal controle, cresce a área de manobra dos produtores em detrimento dos interesses dos consumidores constituintes do fundo. A experiência brasileira tem-se caracterizado ~~por uma extrema vulnerabilidade dos fundos previdenciários~~ face às pressões dos produtores de serviços. Por outro lado, os contribuintes tem sido largamente alijados da gestão previdenciária, o que lhes impõe inegáveis prejuízos.

No consumo individual de financiamento direto o

Ônus dos serviços recai sobre aqueles que o utilizam. Se o consumidor individual não dispõe de poder aquisitivo suficiente para custear os serviços de que necessita, ele tem de arcar com a não satisfação de suas demandas. Daí porque o financiamento direto se torna socialmente limitado: o encarecimento dos serviços vai deixando uma parcela crescente da população sem cobertura assistencial.

Os esquemas mutuais funcionam como um seguro. Os consumidores que não tiveram que recorrer a ele poderiam considerar-se prejudicados por não terem consumido algo pelo que haviam pago. Na outra hipótese, os usuários sairiam ganhando por utilizarem serviços que certamente não poderiam ter consumido caso tivessem de os financiar diretamente. Tem-se, pois, que os 'prejuízos' de uns se compensariam com os 'lucros' de outros, equilibrando-se assim a contabilidade dos consumidores em geral.

O financiamento mutual aparece, portanto, como mais aperfeiçoado socialmente que o financiamento direto. Mas, a exemplo deste, é também limitado pelo caráter individual do consumo de serviços que proporciona.

b) O Consumo Coletivo

Tamanhas limitações do consumo individual terminam impondo aos consumidores a passagem para formas ainda mais desenvolvidas de consumo/financiamento. O objetivo central destas é alcançar o maior controle possível sobre a qualidade e a cobertura dos serviços. Para tanto o fundo de consumidores pode adotar dois tipos de solução.

Na primeira, ele implanta e opera diretamente unidades de saúde. O exemplo típico desta solução está nos serviços produzidos pelos sindicatos em benefício de seus membros e financiados pelo fundo de contribuições destes. A maior vantagem desta solução é a de permitir, ao menos teoricamente, um controle absoluto dos serviços pelos consumidores. Os inconvenientes residem, sobretudo, nos ônus para os usuários decorrentes dos investimentos e da gestão dos serviços.

Uma variante desta solução ocorre nos casos dos hospitais e ambulatórios do INAMPS (fundo previdenciário) das unidades estatais (fundo tributário) e dos serviços prestados diretamente pelas empresas em benefício de seus empregados (financiados pelo fundo de salários retidos para este fim). A gestão destes fundos sociais pela Previdência, pelo Estado ou pelas empresas não fortalece, necessariamente, a posição dos consumidores no controle dos serviços. A Previdência tem sido dominada, sem maiores dificuldades, pelos interesses dos produtores de serviços. As políticas de saúde implementadas pelo Estado nem sempre atendem às necessidades da maioria da população. E os objetivos empresariais acabam por se sobrepor aos dos trabalhadores na condução dos sistemas de saúde patronais. Nestes casos, é razoável esperar-se que os conflitos entre consumidores e produtores passam a ter um significado menor em relação aos que se estabelecem entre os contribuintes e os gestores destes fundos.

Na segunda solução o fundo contrata, geralmente com uma empresa ou cooperativa médica, a cobertura integral ou parcial das necessidades de seus beneficiários. A vantagem deste modelo está em que ele desobriga o fundo dos usuários de maiores investimentos e encargos gerenciais.

Sua desvantagem, em compensação, fica por conta do menor controle dos serviços pelos consumidores se comparado com aquele que a solução anterior pode permitir.

Por trás destas soluções de aparência meramente organizacional acontecem transformações sutis mas extremamente relevantes tanto na natureza dos serviços como na do próprio consumo. Não se trata mais de unidades isoladas de serviços consumidas individualmente por usuários conforme demandas específicas. O produto agora em questão constitui um pacote assistencial pré-definido, composto pela totalidade dos serviços, que se pretende oferecer a uma população de consumidores cuja demanda global pode ser prevista.

No caso do empreendimento direto pelo fundo, o pacote corresponde ao plano de produção de serviços, estimado em função da capacidade instalada das unidades operando a um nível desejado de produtividade. Nos contratos com garantia de coberturas, o pacote engloba todos os serviços necessários à satisfação da demanda global da população beneficiária. Nos pacotes de produção parte-se da alocação de recursos nas unidades envolvidas para se chegar a um custo per-capita para cada beneficiário. Ao contrário, nos pacotes de cobertura a alocação se faz por capitação baseada na estimativa de custos e na expectativa de demanda.

É a transformação das unidades de serviço de consumo individual em pacotes assistenciais de consumo coletivo que possibilita a internalização do controle dos usuários na produção dos serviços de saúde. Graças a ela pode-se reconciliar uma maior e melhor cobertura assistencial com menores custos por beneficiários. Quando se diz que o consumo coletivo de pacotes assistenciais financiados pela intermediação de fundos de consumidores possibilita a estes um controle mais efetivo sobre a produção de serviços não

se quer afirmar que isto sempre aconteça.

A 'contaminação' das unidades de saúde estatais ou previdenciárias não tem permitido ainda a realização de todo o potencial racionalizador ensejado pela produção de pacotes. E os pacotes de cobertura produzidos pelas empresas médicas, conquanto sejam as prestações previdenciárias de menor custo per-capita, são criticados por reduzirem a qualidade e o volume dos serviços bem como por se prestarem ao controle dos trabalhadores em benefício do empregador. Estes fatos sugerem que o pacote assistencial é apenas o mecanismo mais eficaz, nunca o substitutivo, para o controle dos serviços pelos usuários. Quando este controle é viável, ele se torna mais efetivo se realizado através de pacotes do que com qualquer dos outros mecanismos. Caso contrário, o pacote em si é insuficiente para assegurar o maior impacto social dos serviços a custos socialmente razoáveis.

Vê-se, portanto, que o consumo/financiamento de serviços pode também ensejar alternativas de racionalização do sistema de saúde, desde que se favoreçam as formas respectivas mais apropriadas para tal. Esta possibilidade não parece ter sido ainda devidamente aproveitada no Brasil. Os fundos de financiamento são pulverizados no custeio de consumo individual ao invés de serem canalizados preferencialmente para a produção de pacotes. A administração de fundos, por outro lado, afasta-se dos segurados e renuncia ao uso de seu poder de barganha frente aos produtores. Estes fatos demonstram que, desprovidas de controle pelos consumidores, as formas mais organizadas de consumo/financiamento perdem sua efetividade e terminam por prejudicar aqueles a quem deveriam beneficiar. Esta situação só pode ser revertida na medida em que os fundos previdenciários reassumam a natureza de cartel de con

sumidores exercendo seu poder de monopólio frente aos produtores de serviços.

1.3 Classificação das Modalidades Assistenciais

O esquema evolutivo proposto acima tem como característica básica o fato de que o surgimento das novas formas organizacionais dos produtores e consumidores não implica necessariamente na extinção ou substituição das anteriores. Pelo contrário, estas persistem ou mesmo são reproduzidas parcialmente pelas mais recentes, resultando daí um quadro muito complexo e diversificado. Tentaremos a seguir, com base nos subsídios até aqui apresentados, propor alguns critérios que permitam classificar as modalidades hoje existentes, visando facilitar a compreensão do quadro atual e o desenvolvimento de estudos posteriores em profundidade.

As modalidades assistenciais - formas de organização da produção de serviços de assistência médica - seriam caracterizadas pelo cruzamento de dois critérios fundamentais. O primeiro se refere às relações de trabalho entre os prestadores de assistência e o segundo, ao tipo de serviços produzidos.

Quanto às relações de trabalho entre os prestadores principais, isto é os médicos, teríamos:

a) não há trabalho médico assalariado:

- produtores isolados
- produtores cooperados
- produtores associados em sociedades limitadas.

b) há trabalho médico assalariado:

- empresas e entidades que produzem serviços diretamente para atendimento de seus empregados ou associados. No caso das empresas estas não obtêm lucro com base na apropriação do sobre-trabalho do médico;
- empresas médicas, que reproduzem seu capital através da apropriação do sobre-trabalho médico;
- unidades de saúde estatais-

O segundo critério básico seria o tipo de serviços produzidos, compreendendo:

a) a produção de atos médicos isolados ou conjugados em 'procedimentos' de distinta complexidade. As formas de remuneração deste tipo de serviço são basicamente três:

- pagamento por atos médicos isolados (unidades de Serviços);
 - pagamento, segundo preço pré-estabelecido, de um conjunto de serviços necessários para atender a um determinado problema de saúde (procedimento) ou hierarquizados conforme os recursos requeridos para sua realização (convênio padrão universitário);
-
- pagamento do total de serviços produzidos por uma Unidade durante um determinado período de tempo (subsídios global fixo)

b) a produção de um pacote assistencial consistindo de todos os atos médicos e serviços necessários para o

cuidado integral de uma dada clientela. A remuneração por este pacote é fixada segundo um preço per-capita durante um dado período de tempo.

Adotando-se os critérios acima expostos, teríamos 4 modalidades básicas que poderiam ser esquematicamente apresentadas assim:

TRABALHO MÉDICO	TIPO DE PRODUTO	
	ATOS MÉDICOS	PACOTE DE SERVIÇOS
Não Assalariado	1.1	1.2
Assalariado	2.1	2.2

A modalidade 1.1 - profissionais autônomos produzem atos isolados - corresponde à máxima realização das ideias da prática liberal. A modalidade 2.2 - assalariados produzindo pacotes - representa a organização social mais avançada da prática médica. As demais consistem em formas intermediárias, em que se preserva a autonomia dos médicos mas de modo restringido pelo pacote (1.2) ou se conserva a produção de atos isolados mas se assalaria o médico (2.1).

~~As modalidades básicas podem ainda ser desdobradas em sub-modalidades caso discriminemos mais as formas de trabalho assalariadas e não assalariadas e agreguemos ao esquema as formas de pagamento pelos atos médicos. Neste caso, a representação esquemática das sub-modalidades seria a seguinte:~~

TRABALHO MEDICO	FORMA	A T O S M E D I C O S .			PACOTES
		US	Procedimento ou CPU	Subsídio ou Salário	Capitação
Não Assalariada	Produtores Isolados	1.1.1			
	Produtores Cooperados				1.2.1
	Produtores Associados	1.1.2	1.1.3		
Assalariado	Unidades Próprias			2.1.1	
	Empresas Médicas	2.1.2	2.1.3		2.2.1
	Unidades Estatais	2.1.4	2.1.5	2.1.6	

As sub-modalidades deste esquema desdobrado podem ser ilustradas pelas seguintes situações tópicas existentes no sistema de saúde brasileiro:

1.1.1- médico credenciado pelo INAMPS

1.1.2- pequeno hospital credenciado pelo INAMPS

1.1.3- idêntico a 1.1.2, no estado do Paraná

1.2.1- cooperativa médica

2.1.1- unidades pertencentes a esquemas patronais ou sindicais

2.1.2- hospitais-empresa credenciados pelo INAMPS

2.1.3- idênticos a 2.1.2, no estado do Paraná

2.1.4- hospitais estatais credenciados pelo INAMPS

2.1.5- idênticos a 2.1.4, no estado do Paraná ou hospitais universitários estatais conveniados com o INAMPS

2.1.6- unidades estatais conveniadas com o INAMPS ou operando com recursos orçamentários próprios.

2.2.1- empresa médica.

Espera-se que esta tentativa de classificação além de orientar estudos mais aprofundados sobre as características das várias formas de organização de serviços permita uma linguagem comum entre os que se dedicarão a estes estudos. Admite-se que cada modalidade ou sub-modalidade possua uma especificidade própria no que se refere ao tipo, quantidade, qualidade e modo de organizar a produção de seus serviços. Por exemplo, as empresas médicas possuem pontos em comum inerentes à sua condição de empresa, porém de acordo com o tipo de serviço que produzem, sejam "atos médicos", sejam "pacotes" de serviços (no primeiro caso com diferentes formas de remuneração), serão distintas a qualidade e quantidade de insumos empregados, a tecnologia de processo ou a composição técnica do serviço prestado, as características dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, etc.

Um outro tipo de corte para o estudo da organização do quadro assistencial do país poderia ser feito a partir das formas de organização dos usuários dos serviços. Essas distintas formas não devem, evidentemente, receber a denominação de modalidades assistenciais o que com frequência ocorre, dado que, como vimos, reservamos essa designação para as diferentes formas de produção de serviços. Identificamos três tipos básicos de organização de usuários, aos quais denominaremos de sub-sistemas de assistência à saúde. Dado o caráter proponderante do Estado e da Previdência Social no financiamento do sistema como um todo, a designação dos sub-sistemas se fará por referência a eles:

a) Sub-Sistema Autônomo

Corresponde aos consumidores individuais que pagam diretamente pelos serviços que utilizam ou diretamente,

através de seguro ou esquemas de pré-pagamento. Não existe, neste caso, a participação de recursos provenientes de fontes públicas.

b) Sub-Sistema Público

É aquele que se refere aos segurados da Previdência Social ou à população dependente da assistência provida pelo Estado.

c) Sub-Sistema de Atenção à Saúde de Responsabilidade Privada, Delegada ou Não.

No primeiro caso os usuários a ele pertencentes são beneficiários de Previdência Social, a qual delega a responsabilidade de seu atendimento; no segundo tal delegação não se efetiva, ocorrendo portanto superposição de cobertura com o Sub-Sistema público. É o caso dos serviços providos por sindicatos e serviços prestados diretamente pelas empresas ou indiretamente, através de entidades patronais tipo SESI, SESC, Sindicatos Patronais, etc. Estes consumidores compram atos médicos isolados, "pacotes" de cuidado integral ou a própria força de trabalho de um profissional de saúde durante determinado período de tempo.

2. A Organização Institucional do Setor

Já foi anteriormente referido o reconhecimento consensual de que a baixa produtividade do setor é em grande parte determinada pela multiplicidade e descoordenação das instituições que nele atuam, do que resulta a superposição e paralelismo de ações e o desperdício de recursos. Qualquer proposta de reorganização setorial passa portanto, necessariamente por uma reformulação administrativa e institucional, pelo que justifica-se plenamente a inclusão do PISS de uma área de estudos e pesquisas sobre a organização institucional do setor.

Tais estudos serão desenvolvidos em três níveis, escalonados segundo a abrangência de seus respectivos objetos.

2.1. O arcabouço institucional.

Em um primeiro nível a unidade de análise está constituída pelo próprio complexo institucional de saúde.

Cumprirá aqui analisar os mecanismos de articulação horizontais e verticais existentes entre as instituições de saúde pertencentes aos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, bem como suas relações extra-setoriais e com os grupos representativos da sociedade civil. Afora a análise da dinâmica da trama institucional dada pela divisão de atribuições, mecanismos de articulação e canais de comunicação, cabe aqui uma caracterização descritiva das instituições existentes segundo:

- tipo de participação (normativa, executiva, financiadora, etc).

- dimensões, capacidade instalada, produção, clientela, cobertura.

2.2. Análise institucional específica

Trata-se do estudo em detalhe de algumas instituições ou sistemas institucionais estratégicos nos níveis federal, estadual e municipal, bem como, se possível de complexos assistenciais privados.

Os estudos de tais instituições devem abranger, segundo uma perspectiva histórica:

- natureza jurídico-administrativa, financiamento, capacidade instalada, produção, produtividade, modalidades assistenciais existentes, clientela atendida, regime de trabalho dos profissionais.

- características do processo decisório, mecanismos e canais de influência dos diversos grupos de interesse.

- políticas e diretrizes institucionais explícitas e implícitas.

2.3. Estudo comparativo de unidades produtoras

A pesquisa a este nível circunscreve seu objeto de análise a um estudo comparativo de unidades produtoras, ambulatorios e hospitais, equivalentes quanto a porte, localização geográfica e outras variáveis de interesse e distintas segundo o vínculo institucional. O estudo deverá abranger unidades ligadas a instituições filantrópicas, universitárias, públi

cas previdenciárias ou não, privadas, etc., importa conhecer a importância da vinculação institucional na configuração do perfil das unidades segundo os seguintes aspectos a serem analisados e comparados:

- capacidade instalada, estrutura de financiamento e custeio.

- produção, produtividade e custos.

- características do processo decisório,

- distribuição da produção segundo modalidades e sub-modalidades.

- estrutura ocupacional e caracterização da força de trabalho segundo idade, sexo, tempo de formação, regime de trabalho, vínculo, remuneração, dedicação contratual e efetiva, desvios de função, taxas de rotatividade, sindicalização, etc.

- caracterização do processo de trabalho a partir da análise de alguns procedimentos/tipo, segundo modalidades.

3. Os Profissionais de Saúde

O avanço tecnológico e a conseqüente complexificação e acentuação da divisão técnica do trabalho em saúde vem levando a um aumento significativo da quantidade e diversidade das categorias profissionais do setor. Este fato, aliado ao fortalecimento das formas de organização dos trabalhadores de saúde, vem colocando em pauta questões mais diretamente ligadas à prática profissional com a estrutura ocupacional do setor, a formalização das novas categorias profissionais, o mercado de trabalho, o assalariamento médico e outras.

Apesar das interrogações impostas por essa nova realidade, os estudos existentes na área de recursos humanos em saúde continuam apresentando, no geral, um enfoque parcial do problema, privilegiando ainda os aspectos de formação, capacitação ou treinamento, em particular dos profissionais de nível superior e, dentre estes, os médicos e enfermeiras. Sem evidentemente negar a importância e atualidade destes temas, propõe-se que os estudos sobre profissionais de saúde componentes do PISS, de modo a manter coerência com os objetivos do Programa, se desenvolvam segundo abordagens mais abrangentes, contemplando os seguintes aspectos:

a) "Estoque" de profissionais

- Quantidade e distribuição dos profissionais segundo categorias, vínculo institucional (público/privado), nível de atenção, sexo, idade, distribuição geográfica.

- evolução e projeções quantitativas e taxas de crescimento segundo categorias.

- estrutura ocupacional

b) Formação

- distribuição e dimensões do sistema formador por categorias.

- características gerais dos programas de formação.

- evolução e projeções quantitativas e taxas de crescimento segundo categorias.

c) Formalização e Organização Profissionais

- regulamentação das profissões.

- natureza, abrangência e principais posições das autarquias profissionais, associações e sindicatos.

d) Mercado de Trabalho

- taxas de ocupação, sub-emprego e desemprego por categoria e sexo.

- remuneração média, total e concentração/distribuição de ingressos por categoria segundo vínculos de trabalho, atividade principal, idade, sexo, localização geográfica.

4. Os Aspectos econômico-financeiros da Organização dos Serviços de Saúde.

4.1 - Introdução

Já foram anteriormente formuladas algumas considerações gerais e hipóteses de trabalho para estudos sobre o surgimento e a trajetória das diversas formas de organização da produção e do consumo de serviços de saúde. Destacou-se o processo de progressiva transformação dos produtores e consumidores isolados em formas associativas e de produção empresarial, de um lado, e em organizações coletivas de consumo, de outro. A presente área de investigação do PISS compreende os estudos e pesquisas que se propõem a analisar a dimensão econômica desse processo.

No que se refere às formas de organização da produção de serviços, o processo de penetração das relações capitalistas de produção na prática médica é um fenômeno marcante e relativamente pouco estudado à luz do instrumental de análise econômica. Entendendo a prestação de serviços de saúde como um setor de reprodução do capital, trata-se de estimular o desenvolvimento de estudos que permitam conhecer a vitalidade e dimensão do mesmo, suas relações com os demais setores da economia e o processo de constituição e expansão das empresas médicas no país.

Por outro lado, no que se refere ao consumo de serviços, merece destaque o aumento real dos gastos em saúde observado nos últimos anos em países com economia de mercado. No caso brasileiro, este aumento de gastos representa fatores aceleradores, tanto do lado da demanda, como da oferta. Do lado da demanda,

locam-se o ritmo de crescimento populacional, a urbanização progressiva, as necessidades do processo de desenvolvimento econômico e social, o aumento das aspirações de consumo e a ampliação da capacidade de organização e pressão de diferentes segmentos da sociedade. Do lado da oferta alinham-se, entre outras coisas, a criação de um mercado institucional amplo, através da previdência social, e a incorporação acelerada de novos procedimentos tecnológicos.

Quanto às fontes de financiamento, há indícios de uma crescente participação do setor privado (através de empresas e pessoas físicas) no financiamento da atenção médico-hospitalar. Esta participação, tanto autônoma como subsidiada pelo Estado - principalmente através de subsídios diretos a empresas, linhas de crédito facilitadas (FAS), etc. - não está suficientemente dimensionada. Os estudos sobre dispêndios setoriais não contemplam - via de regra - os gastos privados. Os gastos estaduais e municipais são estimados através de critérios que nem sempre permitem comparações. Em síntese, não se conhece "quanto" nossa sociedade gasta em saúde, "como" este gasto é realizado e nem "quem", efetivamente, os está financiando.

Além do preenchimento de tais lacunas de conhecimento, pretende-se que os estudos componentes desta área permitam projeções das necessidades setoriais a médio e longo prazo, em termos de investimento e custeio, bem como a identificação de fontes adicionais e/ou alternativas de recursos.

4.2 - Áreas de Investigação

O estudo dos aspectos econômicos da organização dos serviços de saúde poderia ser decomposto em

5 áreas de investigação, a saber:

- 1 - Despesas em serviços de saúde
- 2 - Estrutura de financiamento
- 3 - Estimativa de necessidades
- 4 - Fontes alternativas de financiamento
- 5 - Produtores de serviços.

1 - Despesas com serviços de saúde

O objetivo desta área é conhecer o volume, a natureza e a evolução do gasto com serviços de saúde. Para efeito de análise este gasto deverá ser classificado segundo:

a) a responsabilidade por sua realização:

a.1 - gasto público: federal, estadual, municipal;

a.2 - gasto privado: empresas, consumidores privados, seguros, mutualidades, beneficências, entidades assistenciais e filantrópicas.

b) a clientela a que se destina:

b.1 - gasto com serviços acessíveis à população como um todo;

b.2 - gasto com serviços acessíveis a grupos sociais restritos beneficiários de sistemas previdenciários, sindicais, patronais, securitários, mútuos, beneficentetes;

b.3 - Gastos pessoais e familiares com a compra direta de serviços de saúde.

O gasto assim classificado deverá ser relacionado com - e/ou discriminado segundo - os fatores e/ou variáveis seguintes:

- 1 - Produto Interno Bruto
- 2 - Distribuição Temporal
- 3 - Macro-Região, estado - total e per-capita
- 4 - Características da Clientela.
 - . posição na força de trabalho
 - . residência urbana/rural
 - . nível de renda
 - . vinculação a sistemas previdenciários, sindicais, patronais, etc.
- 5 - Tipos de atenção: ambulatorial, hospitalar, serviços ~~especializados de diagnóstico e tratamento, etc.~~
- 6 - Itens de gasto: profissionais, hospitalização, medicamentos e outros insumos, etc.
- 7 - Diagnóstico dos problemas que motivaram os serviços.

O gasto público deverá ser ainda detalhado conforme:

1 - sua distribuição funcional: programas e sub-programas incluindo os de saneamento básico.

2 - sua categoria econômica: investimento e custeio.

3 - sua forma de utilização:

. gasto direto - produção estatal de serviços

; gasto indireto - compra de serviços a terceiros, especificando:

- a natureza jurídico-organizacional destes.

- a base da compra - capitação unidades de serviço, subsídios, etc.

O gasto privado deverá ser analisado também de acordo com:

1 - pessoas físicas: por faixas de renda;

2 - empresas: características como porte; ramo de atividade; posição no mercado; dimensões e custo da força de trabalho; capital constituinte: estatal, privado, multinacional; valor dos subsídios recebidos da Previdência Social para serviços de saúde.

3 - Sistemas securitários, sindicais, mutuários, beneficentes:

faixas de renda dos beneficiários; nível de contribuição dos beneficiários.

2 - ESTRUTURA DE FINANCIAMENTO

O estudo nesta área objetiva examinar as diferentes fontes de financiamento do setor saúde procurando:

- a) estimar o volume e caracterizar a evolução temporal da participação de cada fonte;
- b) avaliar os 'custos de oportunidade' do financiamento de saúde para estas fontes face às demais necessidades/responsabilidades de custeio;
- c) comparar o desempenho das fontes na produção de serviços.

A análise do financiamento público focalizará ainda:

- 1) as formas de captação e os valores correspondentes (taxação direta e indireta, seguro, tarifa)
- 2) a regressividade ou progressividade destas formas;
- 3) os grupos sociais onerados pelo financiamento público ao setor;
- 4) a distribuição do financiamento entre as esferas de governo;
- 5) as transferências inter-governamentais;

- 6) as implicações de sistemas patronais do setor público para o financiamento setorial;
- 7) as implicações do subsídio previdenciário aos serviços produzidos por empresas e sindicatos para
 - . os beneficiários destes serviços
 - . o restante da população
 - . potencializar a captação adicional de recursos para o setor.

O financiamento privado será ainda examinado tendo-se em conta:

- 1) suas implicações para a estrutura econômica e os custos das empresas;
- 2) suas implicações a nível dos orçamentos familiares;
- 3) sua resposta aos incentivos fiscais a pessoas físicas e jurídicas para a realização de despesas com serviços de saúde;
- 4) as implicações sócio-econômicas destes incentivos.

Finalmente, deverão ser caracterizadas as estratégias adotadas pelas diversas fontes para financiar a produção e/ou a compra de serviços, com vistas a:

- 1) comparar o desempenho de cada fonte no relacionamento com os diferentes produtores;
- 2) estimar o retorno em serviços obtido pelos contribuintes das diferentes fontes, relacionando-o com o valor das respectivas contribuições.

3 - ESTIMATIVA DE NECESSIDADES

~~Esta área procurará estimar a necessidade futura de recursos para investimento e custeio no setor, tendo por base:~~

- a) no que respeita a financiamento, a evolução provável das atuais fontes;
- b) em termos de gasto, as seguintes hipóteses não excludentes:

- 1) expansão vegetativa do setor saúde, absorvendo o crescimento populacional e mantendo a cobertura atual de consultas e internações;
- 2) capacitação do setor para alcançar o controle das principais doenças transmissíveis - malária, chagas, esquistossomose, diarreias e imunizáveis;
- 3) universalização e equalização do atendimento ambulatorial e hospitalar segundo parâmetros pré-estabelecidos;
- 4) conservação no nível atual da cobertura de serviços especializados (como na hipótese 1), ampliando-se a cobertura de serviços básicos.
- 5) manutenção/alteração da atual divisão de trabalho entre os diferentes tipos de produtores de serviços;
- 6) manutenção/alteração da composição atual do gasto público indireto segundo a natureza jurídico-organizacional dos produtores e as bases de compra de serviço.

As estimativas deverão cobrir um período de tempo até o final do século, especificando etapas intermediárias.

4 - ESTUDO DE FONTES ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO

Este estudo levará em conta as projeções de gasto e financiamento obtidas nos estudos anteriores. A hipótese fundamental aqui é de que as fontes atuais serão insuficientes - e sua composição inadequada - para fazer frente à expansão do setor.

Objetiva-se, pois, identificar fontes alternativas de financiamento para o setor, especificando para cada uma:

- a) o aporte provável de recursos;
- b) as implicações sócio-econômicas;
- c) o retorno em serviços;
- d) as estratégias requeridas para maximizar a produção de serviços, (relações com produtores, bases para a produção direta e/ou a compra de serviços, etc).

O estudo deverá também considerar e oferecer subsídios sobre:

- 1) a vinculação de recursos dos orçamentos públicos para investimento e custeio em serviços de saúde;
- 2) o aumento do conteúdo redistributivo da política tributária, adotando-se mecanismos de captação mais progressivos para financiar o setor saúde;
- 3) a adoção de tributos gravando produtos prejudiciais à saúde, com aplicação vinculada em serviços de saúde;
- 4) a revisão da estrutura de tributação a que estão sujeitos os produtores de serviços e insumos de saúde, bem como os intermediários financeiros do setor, com vistas a ajustá-la às conveniências da política de saúde;
- 5) a compatibilização do financiamento setorial pelos governos federal, estadual e Municipal, face às iniciativas de reforma tributária e redistribuição de responsabilidades ora em discussão;
- 6) o remanejamento na alocação de recursos públicos para os diferentes programas de forma a atender as prioridades estabelecidas pela política de saúde;
- 7) a adoção de incentivos fiscais à participação do setor privado

no financiamento dos serviços de saúde;

- 8) a vinculação de recursos dos orçamentos previdenciários para custeio e investimento em serviços de saúde;
- 9) a limitação da prestação de serviços pela previdência social para beneficiários de alta renda, impondo a estes a responsabilidade de financiar complementarmente os serviços que recebem;
- 10) a revisão da estrutura de contribuições previdenciárias a que estão sujeitos os produtores de serviços e insumos de saúde, bem como os intermediários financeiros do setor, ajustando-as às conveniências da política previdenciária;
- 11) a ampliação da base de incidência das contribuições previdenciárias para serviços de saúde com vistas a universalizar a cobertura destes;
- 12) a adoção de novas bases de contribuição previdenciária para compensar a penalização hoje existente das empresas trabalho-intensivos;
- 13) a compatibilização do financiamento previdenciário (federal, estadual, municipal e privado) patronal e sindical ao setor;
- 14) o remanejamento na alocação dos recursos previdenciários públicos e privados de forma a atender às prioridades estabelecidas pela política de saúde;
- ~~15) a concessão de subsídios previdenciários de modo a incentivar a participação de entidades patronais e sindicais no financiamento da produção de serviços de saúde;~~
- 16) as formas de captação e gestão de recursos para o financiamento setorial que deverão receber estímulo e regulamentação por parte do governo.

5 - PRODUTORES DE SERVIÇOS

Esta área buscará aprofundar o conhecimento sobre a natureza econômica dos diferentes produtores de serviços de saúde, caracterizando especificamente:

- a) a evolução histórica e a projeção futura da participação de cada um na produção de serviços;
 - b) a importância relativa de cada um na cobertura das regiões, dos estados, no atendimento às diferentes clientela, e na produção dos diferentes tipos de serviços e bens;
 - c) as tendências de oligopolização e cartelização do mercado;
 - d) as tendências observadas de concentração, integração vertical e horizontal, cooperação, associação e institucionalização;
 - e) a participação de capitais estatais, privados e multinacionais;
 - f) as convergências e/ou os conflitos de interesses entre produtores de serviços e insumos de saúde e intermediários financeiros;
 - g) a estrutura e as práticas de representação de grupos de interesse;
-
- h) a subordinação e/ou autonomia com relação a mecanismos regulatórios, fiscais e de mercado adotados pelo estado;
 - i) a subordinação e/ou autonomia em relação ao controle dos usuários, dos financiadores e dos profissionais de saúde;

- j) o grau de satisfação dos usuários com os serviços recebidos de cada tipo de produtor;
- l) o potencial de adaptação e cooperação de cada tipo de produtor às alternativas de mudança previstas para o setor.

Os diferentes tipos de produtores serão também analisados dos seguintes pontos de vista:

- 1) perfil da composição do investimento em instalações, equipamentos, insumos e pessoal global e por tipo de serviço, procedimento, instrumento e população coberta.
 - 2) características da integralização do capital investido, principalmente em termos da relação entre investidores puros e profissionais-investidores;
 - 3) tendências e estratégias de incorporação de tecnologia, relação capital/trabalho;
 - 4) tendência e estratégias de divisão técnica de trabalho;
 - 5) características da força de trabalho empregada e da administração de pessoal;
 - 6) natureza das demandas sindicais correspondentes em curso;
 - 7) padrões de alocação e gestão de fatores de produção segundo formas de financiamento e/ou venda de serviços;
-
- 8) estratégias adotadas para contrabalançar os limites impostos pelos financiadores de serviços e a regulação e fiscalização estatal;
 - 9) composição de custos unitários por procedimentos, instrumentos e população coberta;

- 10) variação na composição de custos segundo as formas de financiamento e/ou venda de serviços e a escala de produção;
- 11) lucratividade média por tipo de serviço, procedimento, instrumento, e população coberta entre produtores privados;
- 12) estratégias de compensação de taxas de lucro diferenciados conforme os serviços, procedimentos, instrumentos, clientela, etc.
- 13) análise da produtividade dos produtores estatais procurando quantificar os custos da produção de outros serviços além dos de saúde (clientelismo, investimentos de risco etc);
- 14) variação da produtividade dos produtores estatais segundo escala de produção e tipo de serviço.

Finalmente, deverão ser examinados alguns aspectos relativos ao setor como um todo, tais quais:

- 1) suas dimensões atuais e futuras em relação à economia nacional;
- 2) alternativas de combinação de produtores, visando otimizar a capacidade do setor, segundo:
 - . as respectivas vocações regionais;
 - . a divisão de trabalho na produção dos diferentes tipos de serviços e na cobertura das distintas clientelas;
 - . as formas de financiamento e/ou venda de serviços;
 - . os possíveis rumos de mudança e reorganização setoriais.

5. A Prática Médica e as Políticas Sociais

O conceito de "Estado de Bem-Estar" ("Welfare State") é convencionalmente tomado para a compreensão e análise das Políticas Sociais. Tal conceito se baseia na idéia de um relacionamento triangular entre a economia, a família e o Estado, no interior do qual cada um dos elementos possui uma função definida. A economia produz, a família consome e o Estado redistribui mediante as interferências que promove nas trocas que ocorrem entre as duas primeiras. As diversas formas de tributação incidentes sobre essas trocas proporcionam os recursos a serem redistribuídos mediante a prestação de serviços de saúde, educação, concessão de aposentadorias, pensões, etc., segundo orientações expressa pelas Políticas Sociais. O grau de complexidade e a magnitude dessas interferências refletiria o estágio de desenvolvimento do "Estado de bem-estar".

Sem superar as limitações deste referencial convencional, outras linhas de interpretação acentuam as dimensões político-ideológicas das Políticas Sociais. Reconhecendo-as como mecanismos de atenuação das desigualdades de consumo, mantendo intacta a estrutura produtiva, tais políticas cumpririam um papel de alívio de tensões e de legitimação do Estado. Ressaltando o aspecto político-ideológico, essas linhas de interpretação não dão conta da dimensão econômica das Políticas Sociais, reconhecendo como desvirtuamento que compromete sua função redistributiva original o fato delas se constituírem em instru

mentos particulares de acumulação do capital, na medida em que sejam executadas pela iniciativa privada. A questão da execução pública ou privada, analisada em função de objetivos ideais das Políticas Sociais, adquire muitas vezes nessa abordagem estatura de principalidade.

Um enfoque que se pretende mais abrangente deve compreender as Políticas Sociais em suas relações com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas da formação social em que se inserem. Considerando sua vinculação histórica ao aparelho de Estado, cumpre analisar as Políticas Sociais como uma forma particular de relacionamento do Estado com os diversos setores sociais que produzem ou consomem os bens, serviços ou benefícios componentes da chamada área social, estando condicionadas as características desse relacionamento ao grau de influência das classes sociais nas esferas de poder.

Tendo em vista que os aspectos político-ideológicos desse relacionamento vem sendo objeto privilegiado de análise, caberia ressaltar algumas especificidades de seus aspectos econômicos:

- os serviços e benefícios componentes da área social, ademais da realização da mais-valia produzida em outros setores da economia, que lhes fornecem os meios de trabalho, e do atendimento de necessidades reais de consumo, desempenham um papel destacado no âmbito da criação e desenvolvimento das "condições gerais da produção", mormente na valorização e validação de uma mercadoria especial, a força de trabalho. Por outro lado, nas relações que estabelecem com o exército de reserva, além da manutenção de algumas condições que permitam sua eventual absorção, parece prevalecer, de fato a função político-ideológica de controle das tensões sociais.

- grande parte dos produtos da área social pertencem ao setor econômico de serviços. É importante destacar que, dada sua característica de não produzirem valor, eles promovem e se desenvolvem a partir da transferência de parcela da mais valia produzida na economia como um todo. Face às limitações da demanda espontânea determinadas pelo estágio limitado de desenvolvimento capitalista, o crescimento desse setor está condicionado em grande medida à sua legitimação perante a sociedade, cumprindo o Estado um papel fundamental nesse reconhecimento, bem como na captação e transferência de recursos através dos diversos instrumentos de que dispõe. Segundo esta perspectiva estabelece-se uma relação de legitimação recíproca entre o Estado e os produtores de serviço.

- Apesar de que no contexto do desenvolvimento capitalista dependente e tardio, todos os setores da economia se sujeitem em maior ou menor medida à proteção do Estado, os serviços pertencentes à área social teriam, por hipótese, um grau de dependência maior, não apenas por sua própria natureza, como pelas características do empresário, sua origem, constituição recente, baixo nível de capitalização etc.

A inclusão de uma área de investigação no PISS voltada para o estudo das Políticas Sociais segundo um enfoque que procure contemplar as dimensões acima esboçadas tem evidente interesse. Tais estudos podem desempenhar uma função integradora, permitindo articular e relacionar as distintas realidades dos setores sociais entre si e com o Estado. Nesse sentido poderiam ser consideradas duas linhas básicas de investigação:

Estudos de caráter abrangente que procurem compreender as diversas formas da intervenção do Estado na área social e seus determinantes, segundo uma perspectiva his

tórica e comparativa entre o caso brasileiro e o de ou
tros países com estágio de desenvolvimento econômico e
social diversos.

- Estudo das políticas de saúde que em, relação aos
primeiros, poderiam se caracterizar como "estudo de ca
so". Tratar-se-ia de analisar, em particular, por um la
do, a dinâmica "endógena" do processo de penetração das
relações capitalistas na produção de serviços de saúde e
por outro o papel das políticas estatais de de saúde no
direcionamento, aceleração ou retardo desse processo.

6. Serviços de Saúde e Urbanização

A importância do estudo da distribuição e funcionamento dos serviços de saúde em suas relações com o processo de urbanização se evidencia entre outras coisas pela dimensão quantitativa, dinamismo e repercussões políticas desse processo.

Contamos hoje com 68% da população em áreas urbanas, estimando-se que no ano 2000 teremos mais de 160 milhões de pessoas vivendo em cidades, 80% das quais em concentrações superiores a 20 mil habitantes e cerca da metade nas 10 áreas metropolitanas (incluindo Brasília). Além disto, o ritmo de crescimento anual nas diversas regiões é bastante desigual, provocando o surgimento por vezes abrupto de novos polos de atração, bem como a desativação de outros, do que resultam alterações significativas da rede funcional urbana do país, ou seja, das funções relativas desempenhadas pelas diversas cidades em um dado contexto regional.

Segundo Singer, "a problemática urbana só pode ser analisada como parte de um processo mais amplo de mudança estrutural que afeta tanto a cidade como o campo e não se esgota em seus aspectos ecológicos e demográficos."

O modelo adotado de modernização e expansão da fronteira agrícola vem acarretando a expulsão do trabalhador do campo, ao mesmo tempo em que se desenvolvem novas atividades industriais e de serviços de base urbana, porém incapazes de absorver na mesma proporção a mão de obra excedente, determinando sua marginalização do sistema produtivo. Esse processo, dadas as proporções que

vem assumindo resulta na constituição de grandes contingentes populacionais nas periferias das cidades, sem acesso aos bens e serviços que estas poderiam lhes proporcionar, fato que se expressa politicamente através dos movimentos sociais urbanos. Tais movimentos utilizam as mais diversas formas de luta, desde os abaixo-assinados até os "quebra-quebra" e as invasões de área desocupadas, expressando-se de forma mais organizada em associações de moradores e dando relevo à questão urbana como uma questão política a exigir respostas dos partidos e do governo.

A produção científica no que respeita ao estudo do papel representado pela urbanização no desenvolvimento geral do sistema produtivo - ao possibilitar a necessária concentração e combinação espacial das unidades de produção com os meios de consumo coletivo, de circulação social (bancos e comércio) e material (comunicação e transportes), bem como das implicações sociais e políticas decorrentes da ocupação diferenciada do espaço segundo as diversas classes sociais - vem propiciando o desenvolvimento de referenciais teóricos e metodológicos que permitem encontrar a "lógica da desordem" ou do aparente "caos" imperante em nossas cidades. Há condições para identificar a origem e portanto equacionar e propor formas de intervenção para os "problemas urbanos" que compreendem as precárias condições de habitação, os transtornos diários com os transportes, a poluição do meio ambiente, além das questões de saúde pública, educação, saneamento, policiamento e criminalidade, entre outras.

Na área de saúde, a crescente demanda por serviços assistenciais e as mudanças nos padrões de morbidade aliadas ao aumento significativo dos custos e à escassez relativa de recursos, vem impondo uma forte preocupação com a eficácia e eficiência dos serviços. Ques

tão central no planejamento de saúde vem sendo o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis através de uma maior racionalização em sua distribuição e utilização, ganhando força e consenso entre os planejadores de saúde a adoção dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços como forma de viabilizar tal racionalização. Apesar desse consenso, de um certo avanço nas estratégias de implementação e de algumas experiências bem sucedidas, os técnicos do setor saúde se ressentem de um melhor conhecimento dos avanços na área de planejamento urbano, limitando-se ainda a utilizar quase que exclusivamente variáveis de natureza demográfica e/ou epidemiológica.

As considerações acima justificam a inclusão como uma das áreas de investigação do PISS a que compreende estudos sobre organização de serviços de saúde em áreas urbanas.

Os estudos estariam dirigidos para a análise de realidades concretas representadas por determinadas cidades ou regiões, visando formular propostas de intervenção ou redirecionamento na distribuição e funcionamento dos serviços de saúde. Os estudos teriam também por objetivo apreender o conhecimento existente sobre os determinantes da distribuição dos equipamentos de consumo coletivo, em particular os de saúde, no espaço intra e interurbano, bem como recuperar e analisar a metodologia existente e as experiências internacionais e nacionais em regionalização de serviços.

7. Os Caminhos da Reorganização Setorial

Qualquer proposta de intervenção no processo de transformação por que vem passando o setor saúde mesmo que se apresente como tal, não será nunca uma proposta exclusivamente técnica. De fato, quando se trata da organização da assistência à saúde em nosso país, dada a escassez relativa de recursos face à magnitude das necessidades e a complexidade de interesses em jogo, qualquer medida de intervenção pode significar o favorecimento de alguns em detrimento de outros. É extremamente diversa em termos quantitativos e qualitativos a assistência prestada aos vários grupos que constituem a população brasileira, o que associada à crescente conscientização do direito à saúde provoca importantes movimentos sociais no sentido da diminuição dessas desigualdades e, em oposição, resistências à ameaça de perda de privilégios. Por outro lado, a crescente importância dos produtores privados e a diversidade de formas através das quais se produzem os serviços tende a gerar competições entre suas organizações representativas no sentido de obter vantagens na distribuição de recursos, competições estas nem sempre balizadas por critérios de eficácia e eficiência, ao contrário, muitas vezes marcadas por conflitos de interesses lucrativos ou corporativos. Os antagonismos que compõem este quadro complexo e contraditório tendem a se refletir ao nível do Estado, origem da aparente irracionalidade das políticas de Saúde.

O conjunto de investigações desenvolvidas no âmbito do PISS deverá permitir a análise e um melhor conhecimento da origem das desigualdades e distorções de nosso modelo assistencial fundamentando propostas que viabilizem uma atenção mais ampla e igualitária, propostas essas que, como

vimos, significam uma tomada de posição política na medida em que qualquer reorientação em benefício de grupos menos favorecidos poderá significar perda de privilégios.

Dado o agravamento da escassez de recursos e a inviabilidade econômica de manutenção do atual modelo, há um certo consenso quanto à necessidade de mudanças, surgindo dos mais diversos setores propostas que procuram orientá-las segundo a óptica de seus interesses. É de fundamental importância conhecer tais propostas, analisá-las e confrontá-las com vistas a identificar a magnitude do apoio e da resistência a medidas que pretendam corrigir as atuais distorções. Este conhecimento permitirá identificar as necessárias alianças e a conciliação de interesses que viabilizem tais medidas, ampliando sua base de sustentação política.

As limitações que até recentemente impediam um amplo debate de questões sociais, associado ao fato da saúde ainda não merecer um lugar de destaque no conjunto de problemas que a sociedade como um todo se propõe a resolver, contribuíram para que não se explicitassem com a necessária clareza os diversos posicionamentos frente à reorganização setorial. Apesar de se reconhecer o debate democrático, com a circulação de idéias e informações que lhe é inerente, como a forma insubstituível de se conhecer as diversas posições frente a determinada questão, é plenamente justificável pelo acima exposto, incluir no PISS uma área que se proponha a um conhecimento das posições, sugestões e reivindicações sobre a assistência à saúde em nosso país. Pretende-se apoiar um levantamento de opiniões com esse objetivo junto a empresários, entidades patronais, produtores de serviço, sindicatos de profissionais de saúde e de trabalhadores em geral, autoridades dos diversos níveis da administração pública, Universidades e partidos políticos.

PROGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- P I S S -

I - INTRODUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

A extensão da cobertura dos serviços de saúde, em particular da assistência médica, que se observa em nosso país, vem gerando em curto espaço de tempo um crescimento significativo da dimensão e complexidade dos serviços e a proliferação de distintas formas de organização da assistência. Este fato, aliado ao conseqüente aumento dos custos e gastos com saúde e à escassez relativa de recursos, vem introduzindo dificuldades adicionais para a administração e planejamento do setor. A definição de políticas de saúde adequadas à nova realidade e a reorganização do modelo assistencial vigente carecem de um embasamento técnico e científico proporcionado por estudos e pesquisas especialmente orientados para tal fim.

Estão, portanto, maduras as condições para o desenvolvimento de um amplo Programa de Investigação na área de Organização de Serviços de Saúde dada não apenas a conjuntura de mudança vivida pelo setor, já referida, como a existência de antecedentes favoráveis. Entre estes destaca-se o desenvolvimento nos anos recentes de estudos sobre os condicionantes socio-econômicos do processo saúde/doença e das práticas de assistência à saúde, que permitiram a substituição de enfoques tradicionais e limitados destas questões por abordagens de natureza multidisciplinar com maior valor explicativo. O conhecimento acumulado, o fortalecimento das instituições de ensi

IV - A N E X O S

1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE

NUMERO DE CASOS E TAXA DE MORBIDADE, POR 1000 HABITANTES, DE ALGUMAS DOENÇAS, BRASIL, 1979.

DOENÇAS	Nº DE CASOS	MORBIDADE
Esquistossomose	9 a 12 milhões	72 a 96
Chagas	6 a 8 milhões	48 a 64
Malária	150.000	1,2
Tuberculose	1.000.000	8
Desnutrição	50.000 milhões	400
Imunizáveis	160.000	1.3
Parasitoses Intestinais	60 milhões	480
Diarréias Infantis	15 milhões	120

FONTE: MS-MPAS-MINTER-SEPLAN, 'PREVSAÚDE'

TAXAS DE MORTALIDADE (POR 100 000 HABITANTES) POR ALGUNS GRUPOS DE CAUSAS DE ÓBTO, EM ALGUMAS CAPITAIS, BRASIL, 1978

CAPITAIS	C A U S A S				
	D.Infecciosas e Parasitárias	Causas mal Definidas	Neoplasmas	Doenças Circulatórias	Acidentes, envenenamentos e violências
Manaus	232,3	37,6	58,2	149,4	75,9
Teresina	203,3	38,1	38,7	124,7	66,3
Recife	170,8	21,4	72,8	197,8	57,0
Salvador	203,1	15,2	62,0	176,3	66,8
Belo Horizonte	148,7	20,7	73,1	184,5	80,3
São Paulo	87,2	14,5	84,5	212,3	63,8
Curitiba	93,8	13,8	88,3	204,6	92,6
Porto Alegre	43,4	13,3	104,3	249,9	63,5

FONTE: IBGE 'Anuário Estatístico do Brasil, 1981'.

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR SEXO, BRASIL,
1910-1980

A N O	H O M E N S	M U L H E R E S
1910	33,4	34,6
1920	33,8	35,2
1930	35,7	37,3
1940-50	43,3	43,1
1950-60	52,3	''
1960-70	54,9	59,0
1970-75	58,8	63,1
1975-80	61,3	65,5

FONTE: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil, 1981

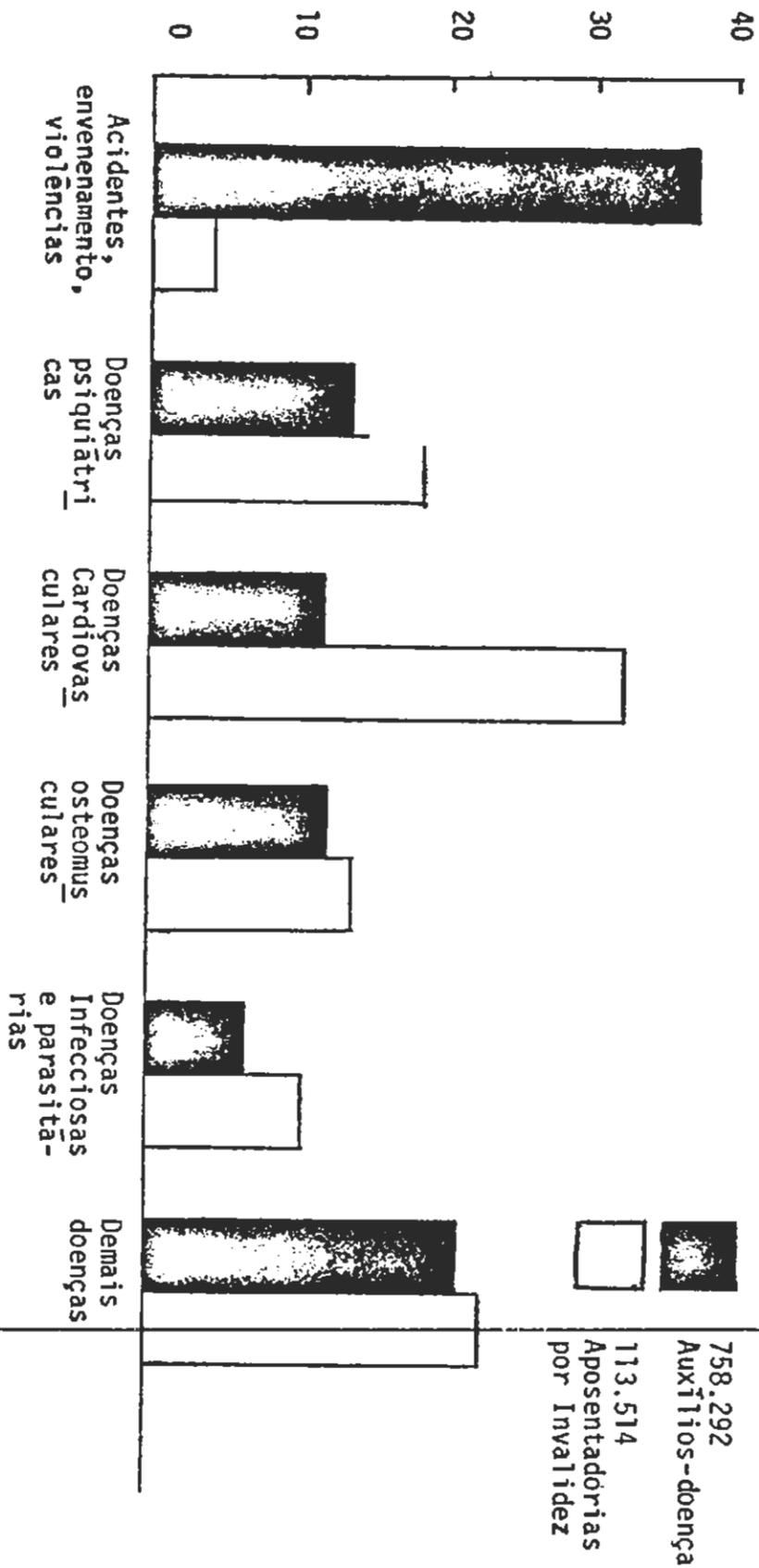
TAXA DE MORTALIDADE GERAL E ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER
(1) PARA ALGUNS PAISES LATINOAMERICANOS, POR VOLTA DE
1975.

P A I S	MORTALIDADE GERAL (Por 1000 habitantes)	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (Anos)
Argentina	8,8	68.3
Bolívia	18.0	46.8
Brasil	8.8	61.4
Chile	9.2	62.6
Colômbia	8.8	60.9
Costa Rica	5.9	68.2
Cuba	6.6	69.8
Equador	9.5	59.7
México	8.6	63.2
Paraguai	8.9	61.9
Peru	11.9	55.7
Uruguai	9.3	69.8
Venezuela	7.0	64.8

FONTE: WHO - Sixth Report on the World Health Situation

(1) Média aritmética das taxas por sexo.

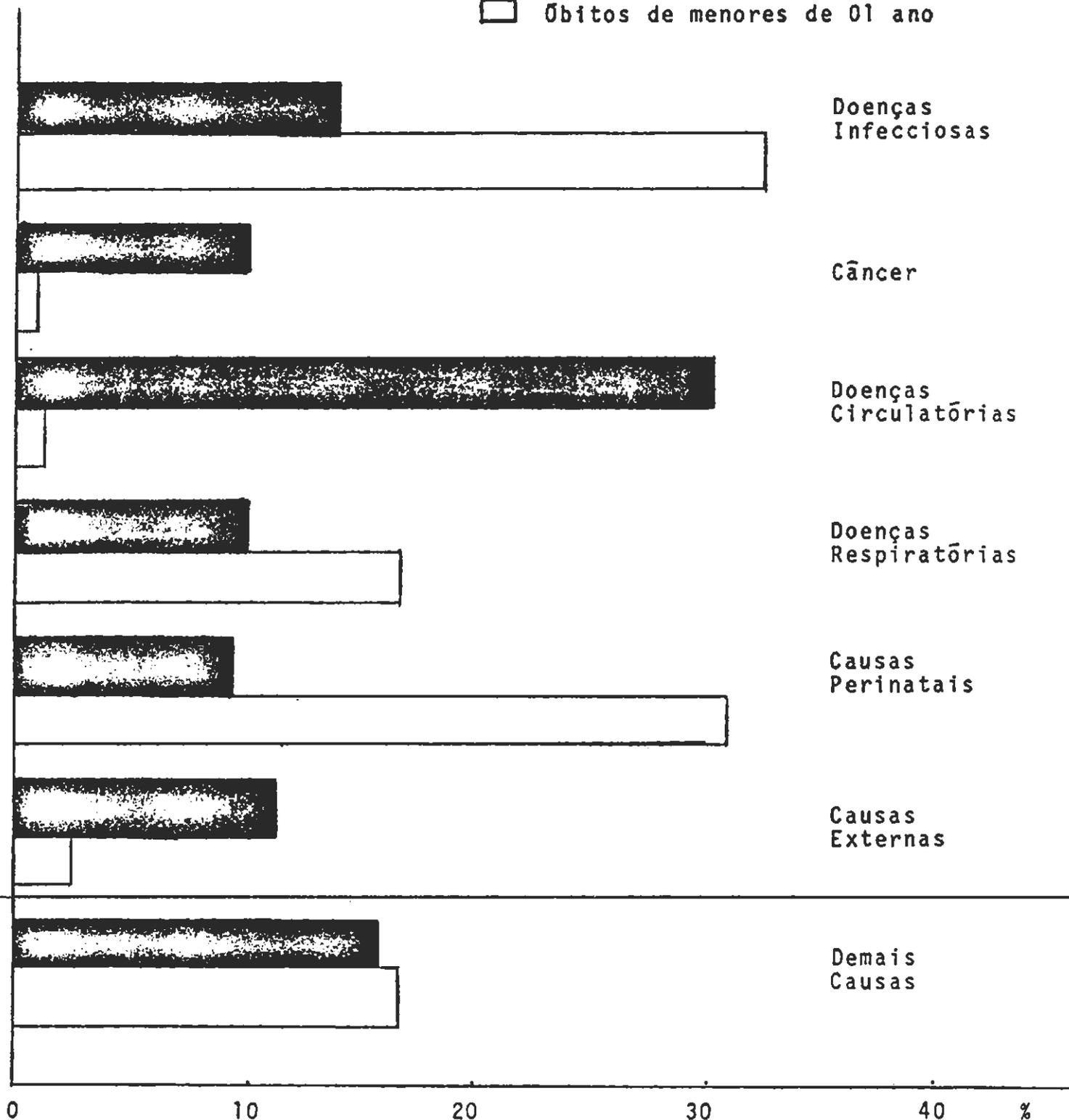
PRINCIPAIS CAUSAS RESPONSÁVEIS PELA CONCESSÃO
PELO INPS DE AUXÍLIO-DOENÇA E APOSENTADORIA
POR INVALIDEZ, BRASIL, 1979.



FONTE: MPAS - "A Previdência Social Brasileira".

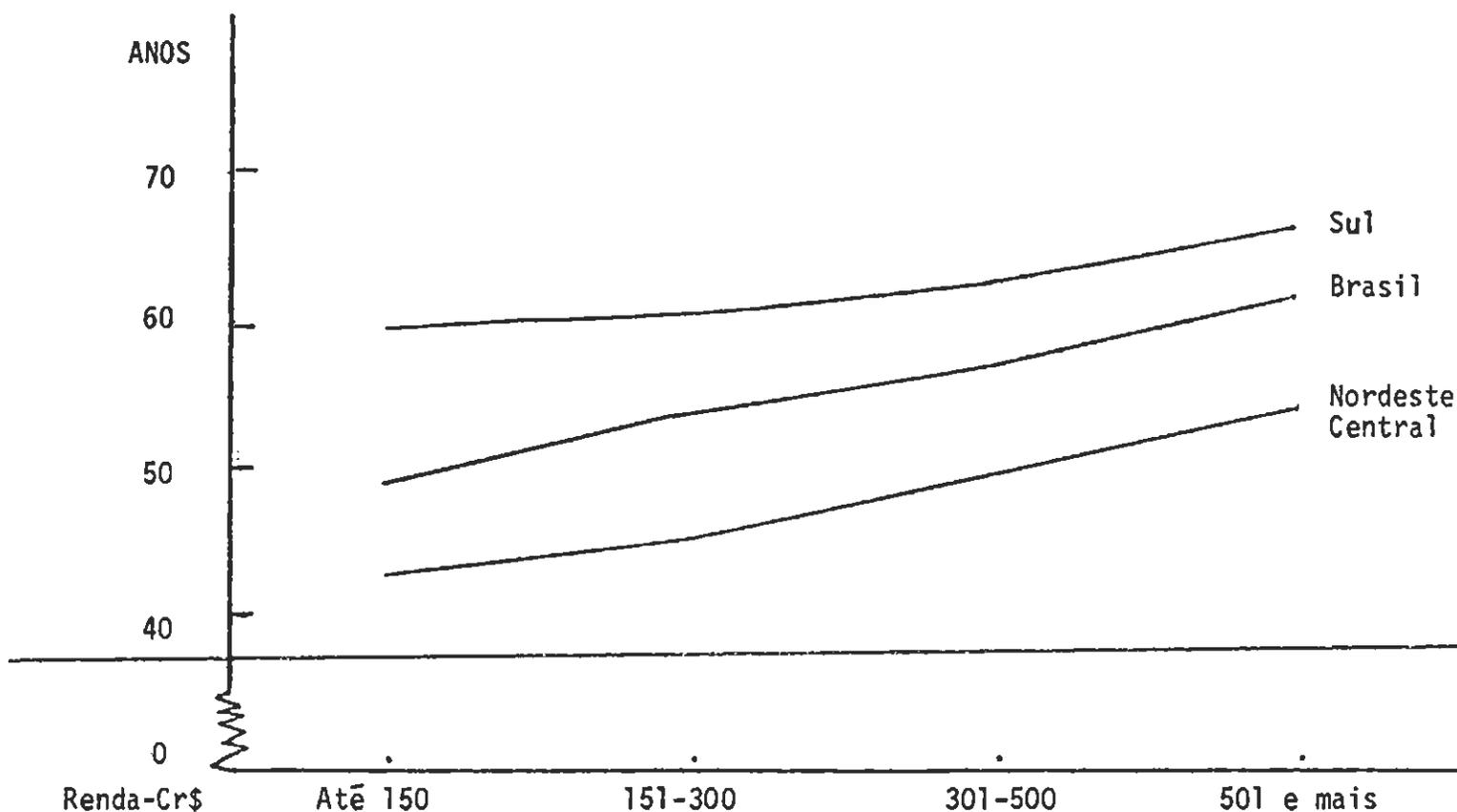
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS,
ÓBITOS TOTAIS E DE MENORES DE 01 ANO, BRASIL, 1979.

■ Óbitos Totais
 □ Óbitos de menores de 01 ano



FONTE: Ministério da Saúde - SNABS.

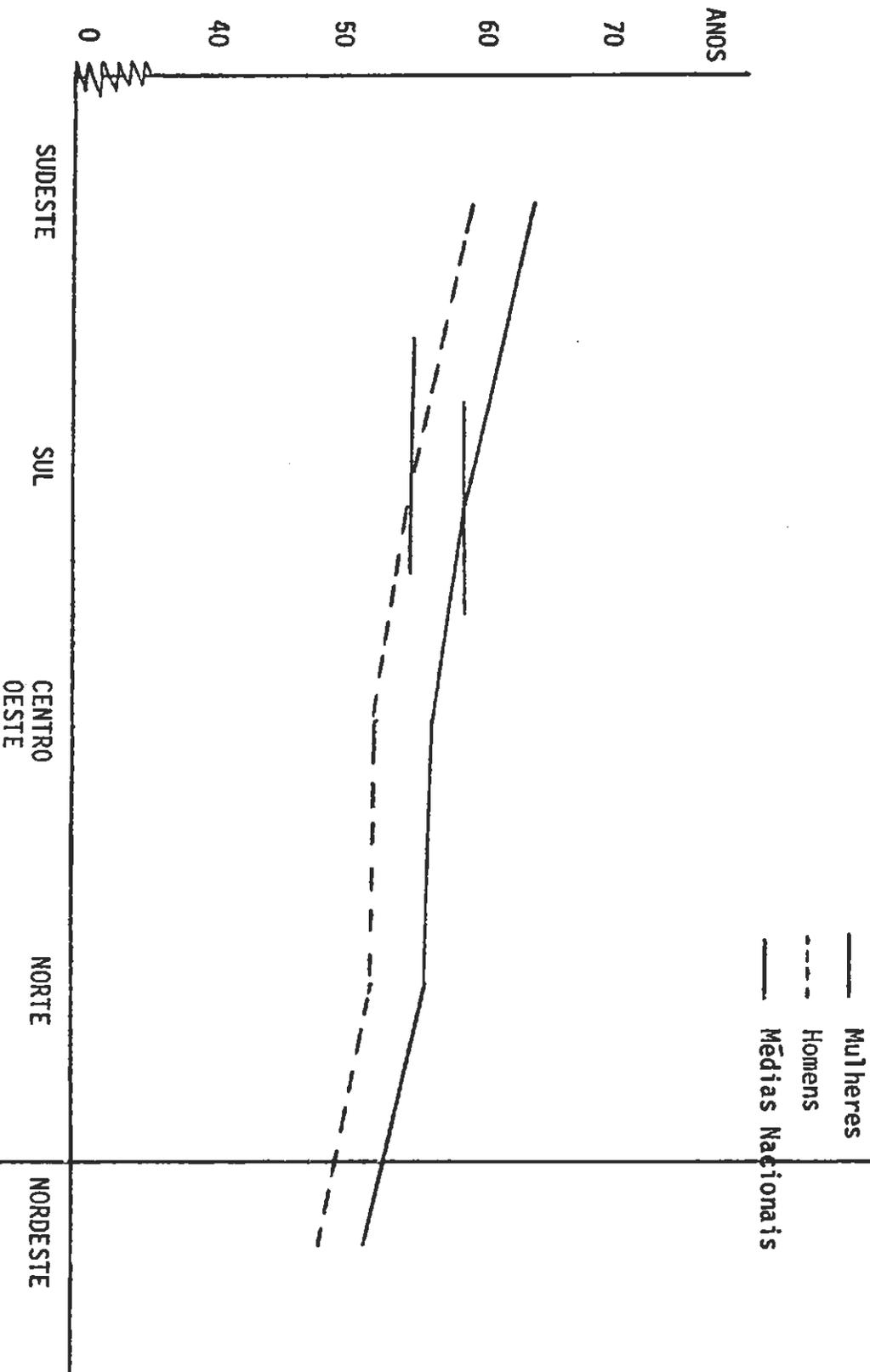
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR RENDA FAMILIAR MENSAL,
NAS REGIÕES SUL E NORDESTE CENTRAL, BRASIL, 1970.(1)



FONTE: Carvalho, J.A. "Renda e Concentração da Mortalidade no Brasil", Estudos Econômicos 7(1): 107-130, 1971.

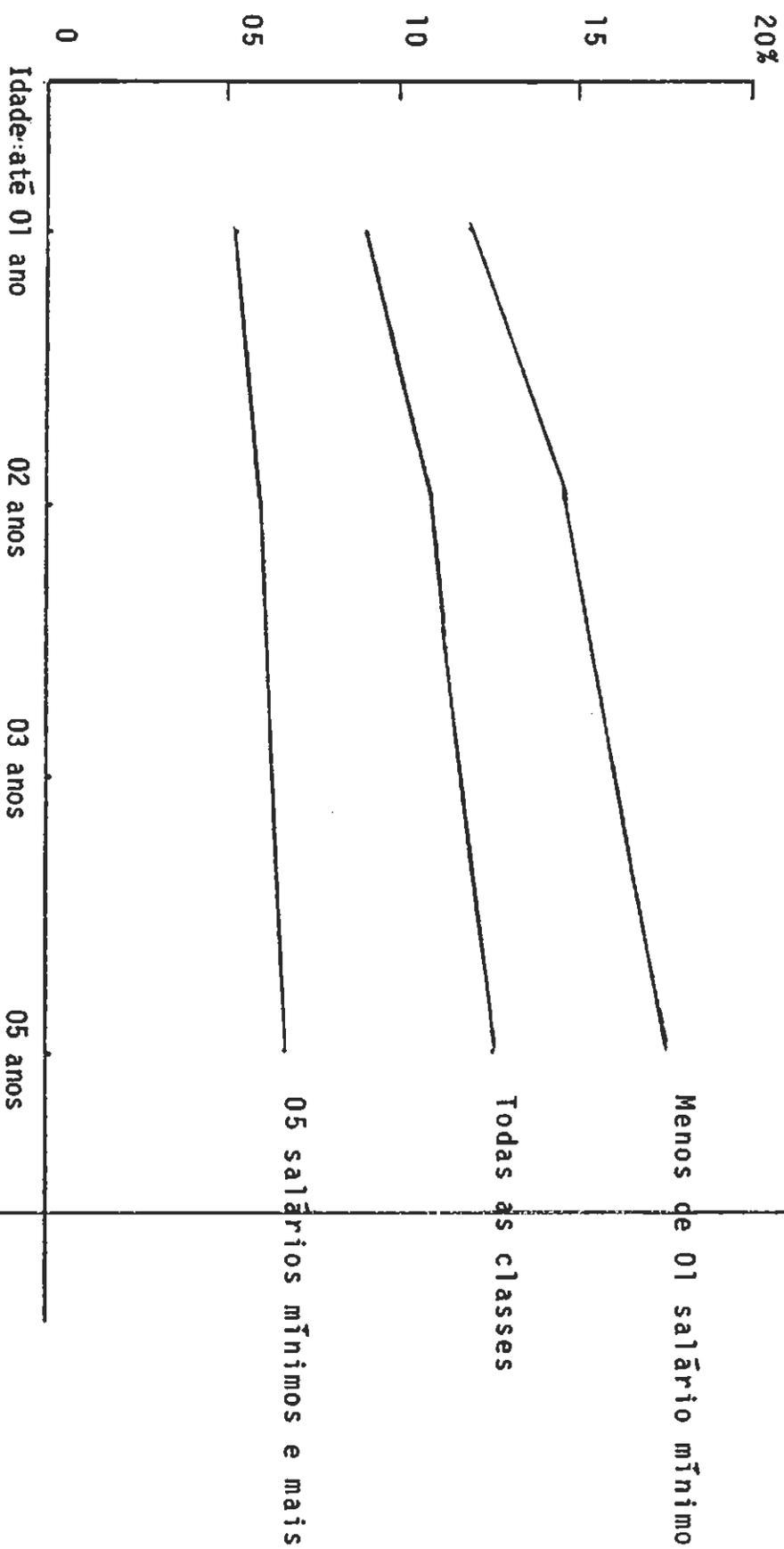
(1) Salário Mínimo no DF em janeiro de 1970 = Cr\$148,80.

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, POR SEXO,
SEGUNDO AS REGIÕES, BRASIL, 1970



FONTES: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

PERCENTAGEM DE CRIANÇAS FALECIDAS ANTES DE
1, 2, 3 E 5 ANOS, SEGUNDO GRUPOS DE
RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, BRASIL, 1976



FONTE: IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

2 - DEMOGRAFIA

TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA
POPULAÇÃO, BRASIL, 1940-1980 E REGIÕES 1970-1980

PERÍODO	TAXA (%)
1940 - 1950	2,4
1950 - 1960	8,0
1960 - 1970	2,9
1970 - 1980	2,5
NORTE	5,04
NORDESTE	2,18
SUDESTE	2,65
S U L	1,44
CENTRO OESTE	4,06

FONTE: IBGE, 'Anuario Estatístico do Brasil, 1981'

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO TOTAL RESIDINDO EM CIDADES E VILAS
SEGUNDO NUMERO DE HABITANTES, BRASIL, 1970-1980

NÚMERO DE HABITANTES	% P O P U L A Ç Ã O	
	1970	1980
Até 2.000	3,8	2,8
2.001 - 5.000	4,1	3,8
5.001 - 10.000	4,0	4,4
10.001 - 20.000 (1)	7,5	10,0
20.001 e mais	36,2	45,7
T O T A L	55,6	66,7

FONTE: IBGE, 'Anuário Estatístico do Brasil, 1981'

(1) Inclui todas as Vilas com mais de 10.000 habitantes.

MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO RECENSEADA, POR GRUPOS DE HABITANTES,
BRASIL, 1980

NÚMERO DE HABITANTES	MUNICÍPIOS		POPULAÇÃO		
	Nº	%	TOTAL	%	MEDIA
Até 2.000	56	1,4	88.183	0,1	1.575,3
2.001 - 5.000	610	15,3	2.228.112	1,8	3.653
5.001 - 10.000	957	24,0	7.069.217	5,8	7,387
10.001 - 20.000	1.114	29,9	15.937.703	13,1	14,308
20.001 - 50.000	872	21,8	26.728.931	22,1	30.652
50.001 - 100.000	240	6,0	15.937.465	13,1	66.406
100.001 - 500.000	124	3,1	23.631.329	19,5	190.575
500.000 e mais	18	0,5	29.529.639	24,5	1.640.535
T O T A L	3.991	100,0	121.150.573	100,0	30.356

FONTE: IBGE 'Sinopse Preliminar do Censo Demográfico, 1980'

**TAXAS MEDIAS GEOMETRICAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA
POPULAÇÃO SEGUNDO REGIÃO E LUGAR DE RESIDÊNCIA,
BRASIL, 1970-1980**

R E G I ã O	P O P U L A Ç ã O		
	Urbana	Rural	T o t a l
Norte	6,47	3,71	5,05
Nordeste	4,11	0,55	2,16
Sudeste	3,99	-1,99	2,64
S u l	4,99	-2,47	1,43
Centro-Oeste	7,70	-0,78	4,05
BRASIL	4,45	-0,61	2,48

FONTE: IBGE, 'Sinopse Preliminar do Censo Demográfico - 1980 e
IBGE, 'Anuário Estatístico do Brasil, 1981'.

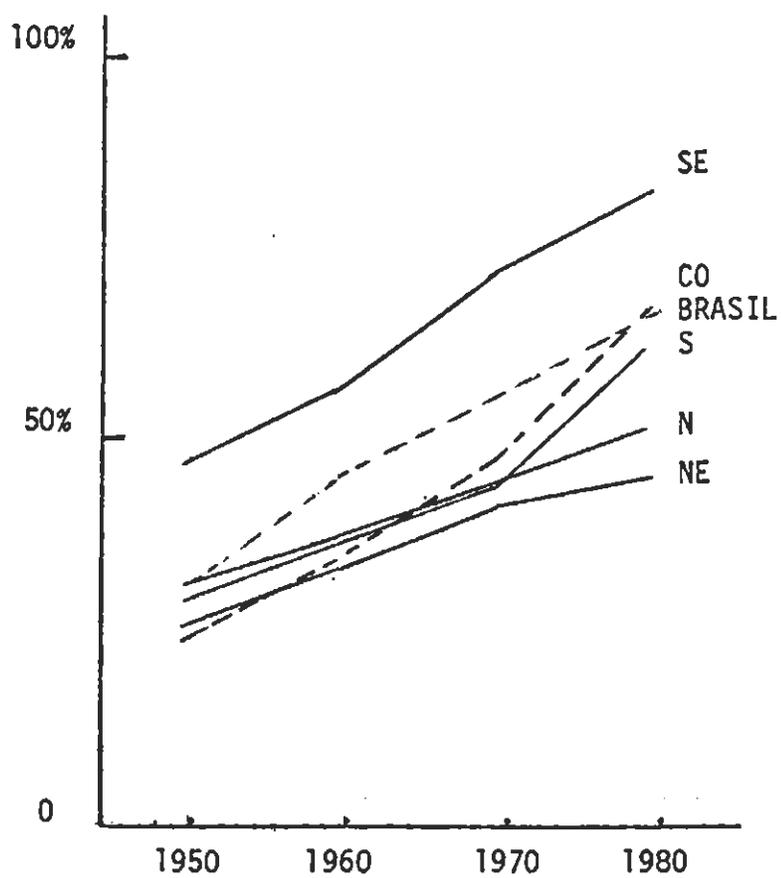
**POPULAÇÃO RESIDENTE E TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS DE CRESCIMENTO ANUAL
NAS REGIÕES METROPOLITANAS E DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 1970-1980**

REGIÃO METROPOLITANA	P O P U L A Ç Ã O		T A X A
	1 9 7 0	1 9 8 0	
Belém	656.351	1.000.349	4,30
Fortaleza	1.038.041	1.581.588	4,30
Recife	1.792.688	2.248.362	2,74
Salvador	1.148.828	1.772.018	4,43
Belo Horizonte	1.605.663	2.541.788	4,70
Rio de Janeiro	7.082.404	9.018.961	2,45
São Paulo	8.137.401	12.588.439	4,46
Curitiba	820.766	1.441.743	5,80
Porto Alegre	1.531,168	2.232.370	3,84
Distrito Federal	538.351	1.177.393	8,14
T O T A L	24.351.661	35.703.011	(1) 3,98

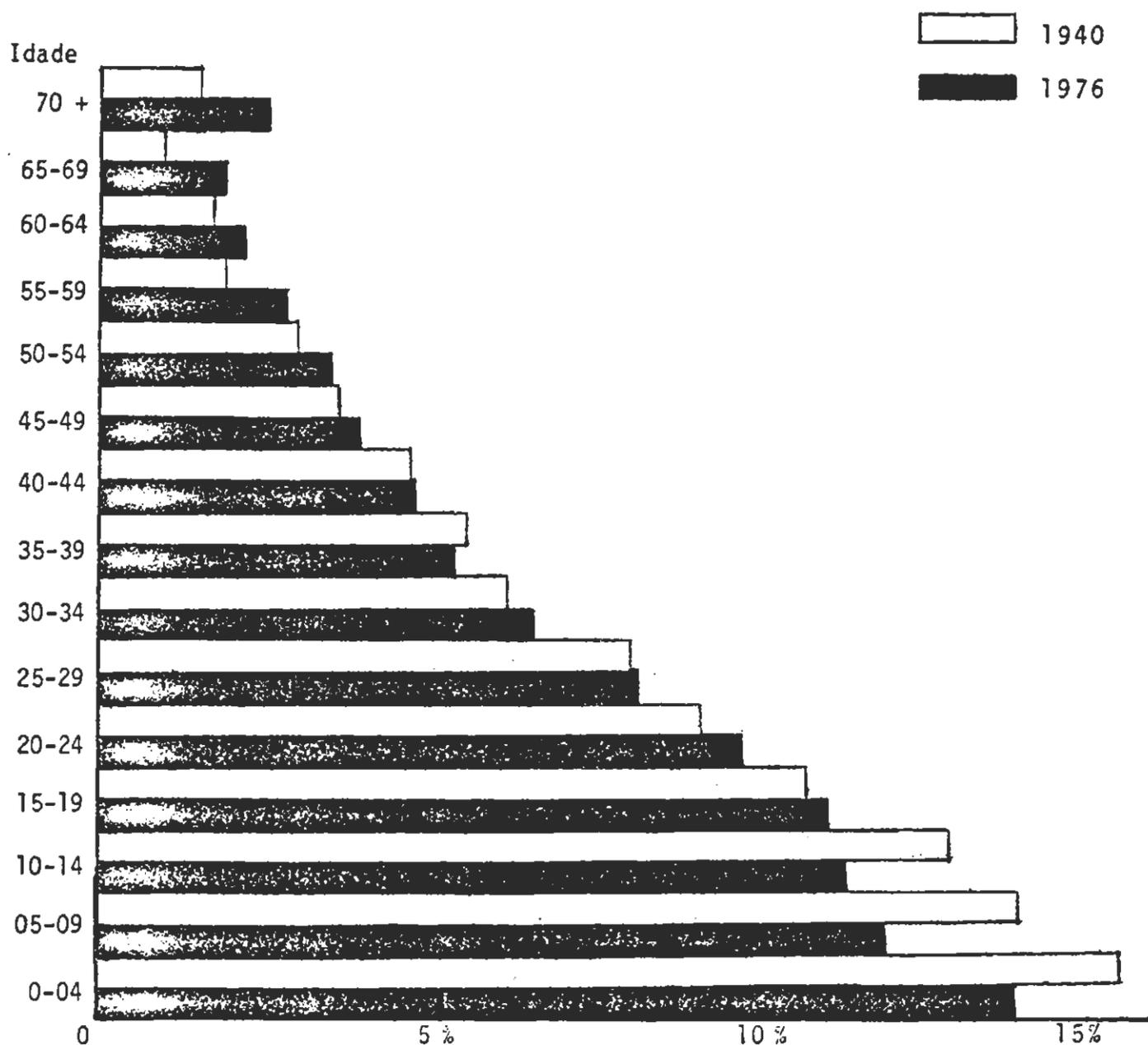
FONTE: IBGE ' Anuário Estatístico do Brasil, 1981'

(1) Estimada pela média ponderada das taxas das regiões.

TAXAS DE URBANIZAÇÃO POR REGIÃO, BRASIL, 1950-1980



FONTE: IBGE; "Anuário Estatístico do Brasil, 1981".

COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO, BRASIL 1940 E 1980

FONTE: IBGE "Tabulações Avançadas do Censo Demográfico - 1980".

3 - O PERFIL DA RENDA

**DISTRIBUIÇÃO DA RENDA POR GRUPOS DE RENDA DA POPULAÇÃO
ATIVA, BRASIL, 1960-1980**

GRUPOS DE RENDA	A N O		
	1 9 6 0	1 9 7 0	1 9 8 0
50% inferiores	17,4	14,9	14,5
40% intermediários	43,0	38,4	37,0
10% superiores	39,6	46,7	48,5
T O T A L	100,0	100,0	100,0

FONTE: IBGE 'Anuário Estatístico do Brasil, 1981' e IBGE

(1) Estimativa com base nos dados censitários.

**CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA,
BRASIL 1940-1980**

CARACTERÍSTICAS	A N O					VARIAÇÃO 1940= 100
	1940	1950	1960	1970	1980	
PEA TOTAL (milhões)	14,7	17,1	22,7	29,5	43,7	297
Participação:						
masculina	81,0	85,4	82,1	79,1	72,5	90
Feminina	19,0	14,6	17,9	20,9	27,5	145
Atividades Agrícolas	62,6	59,9	54,0	44,6	30,0	48
Ativ. não Agrícolas	37,4	40,1	46,0	55,4	70,0	214
Taxas de Atividade						
total	48,4	46,8	46,6	44,9	49,7	103
Masculina	81,8	80,8	77,2	71,8	73,1	89
feminina	15,4	13,6	16,7	18,5	26,9	175
Coeficiente de Depen dência	1,8	2,0	2,1	2,2	1,7	94

FONTE: IBGE 'Indicadores Sociais - Tabelas Seleccionadas - 1979' e
IBGE 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico 1980'

DISTRIBUIÇÃO DA PEA POR FAIXAS DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL
SEGUNDO REGIÕES, BRASIL - 1980 (1)

RENDIMENTO MÉDIO	R E G I ã O					BRASIL
	Norte	Nordeste	Sudeste	S u l	Centro-Oeste	
Até 1/2	7,3	24,1	6,6	7,8	10,2	11,6
1/2 — 1	21,7	30,1	15,0	15,6	22,1	19,8
1 — 2	31,3	19,0	31,4	30,7	30,3	28,8
2 — 3	12,3	6,0	14,4	12,8	11,7	11,7
3 — 5	9,3	4,4	13,4	10,3	9,4	10,1
5 — 10	4,8	2,9	9,2	6,3	6,0	6,7
10 — 20	2,0	1,3	3,9	2,9	3,2	2,9
mais de 20	0,8	0,5	1,9	1,4	1,8	1,4
Sem Rendimento	10,2	11,3	3,9	11,9	4,9	7,5
Sem Declaração	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: IBGE 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico, 1980'

(1) Rendimento em número de Salários Mínimos (1SM=CR\$ 4.149.60 à época do Censo)

DISTRIBUIÇÃO DA PEA COM RENDIMENTO POR NÍVEL DE RENDI
 MENTO MÉDIO MENSAL SEGUNDO REGIÕES, BRASIL, 1980 (1)

RENDIMENTO MÉDIO	R E G I ã O					BRASIL
	Norte	Nordeste	Sudeste	S u l	Centro-Oeste	
0 — 1/2	8,2	27,3	6,9	8,9	10,8	12,6
0 — 1	32,4	61,4	22,6	26,7	34,1	34,1
0 — 2	67,4	82,9	55,9	61,6	66,1	64,4
0 — 3	81,1	89,6	70,4	76,2	78,5	77,1
0 — 5	91,5	94,6	84,4	87,9	88,4	88,1
0 — 10	96,8	97,9	94,0	95,1	94,8	95,3
0 — 20	99,1	99,4	98,0	98,4	98,1	98,5
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: IBGE 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico, 1980'

(1) Rendimento em número de Salários Mínimos (ISM=CR\$ 4.149,60 à época do Censo)

DISTRIBUIÇÃO DA PEA COM RENDIMENTO POR NÍVEL DE RENDIMENTO
MÉDIO MENSAL SEGUNDO ESTADOS, BRASIL, 1980

E S T A D O	RENDIMENTO MÉDIO				
	0 — 1	0 — 2	0 — 5	0 — 10	0 — 20
Alagoas	66,4	87,1	96,4	98,6	99,5
Amazonas	27,5	64,5	89,1	95,6	98,6
Bahia	54,1	77,8	92,8	97,3	99,2
Ceará	66,3	84,4	94,7	97,8	99,4
Distrito Federal	17,3	48,3	77,8	88,6	95,7
Espírito Santo	36,2	69,5	90,9	96,4	98,6
Goiás	40,2	71,3	91,2	96,6	98,8
Maranhão	67,8	90,1	97,8	99,2	99,8
Mato Grosso	33,0	68,8	91,1	96,2	98,7
Mato Grosso do Sul	34,7	67,6	89,4	95,1	98,1
Minas Gerais	38,8	71,4	91,1	96,4	98,9
Pará	35,3	68,8	92,4	97,2	99,2
Paraíba	67,1	86,5	96,3	98,7	99,7
Paraná	33,1	66,8	89,4	95,6	98,5
Pernambuco	57,4	80,3	93,5	97,4	99,2
Piauí	72,8	89,1	96,5	98,4	99,6
Rio de Janeiro	17,4	50,5	81,1	91,6	96,9
Rio G.do Norte	63,6	85,1	95,2	98,3	99,5
Rio Grande do Sul	23,3	57,6	85,9	94,2	98,2
RO,AC,PR,AP	30,3	66,8	92,0	97,3	99,3
Santa Catarina	21,4	60,5	89,9	96,4	98,9
São Paulo	16,7	49,5	82,4	93,7	98,0
Sergipe	57,4	80,7	93,9	97,4	99,2
B R A S I L	34,1	64,4	88,1	95,3	98,5

FONTE: IBGE 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico de 1980'

**CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA
SEGUNDO REGIÕES, BRASIL, 1980**

Características	R E G I ã O				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
PEA TOTAL (milhões)	1,8	11,4	20,3	7,5	2,6
Participação:					
Masculina	79.6	73.6	70.8	72.0	76.7
Feminina	20.4	26.4	29.2	28.0	23.3
Atividades Agrícolas	43.2	49.1	16.2	33.7	31.8
Ativ. não Agrícolas	56.8	50.9	83.8	66.3	68.2
Taxas de Atividade:					
Total	46.4	46.7	51.2	51.8	49.5
Masculina	72.4	71.2	73.2	75.2	74.7
Feminina	19.3	23.8	16.4	28.7	23.4
Coeficiente de Dependência	2.2	2.0	1.5	1.5	1.8

FONTE: IBGE 'Tabulações Avançadas - Censo Demográfico 1980'

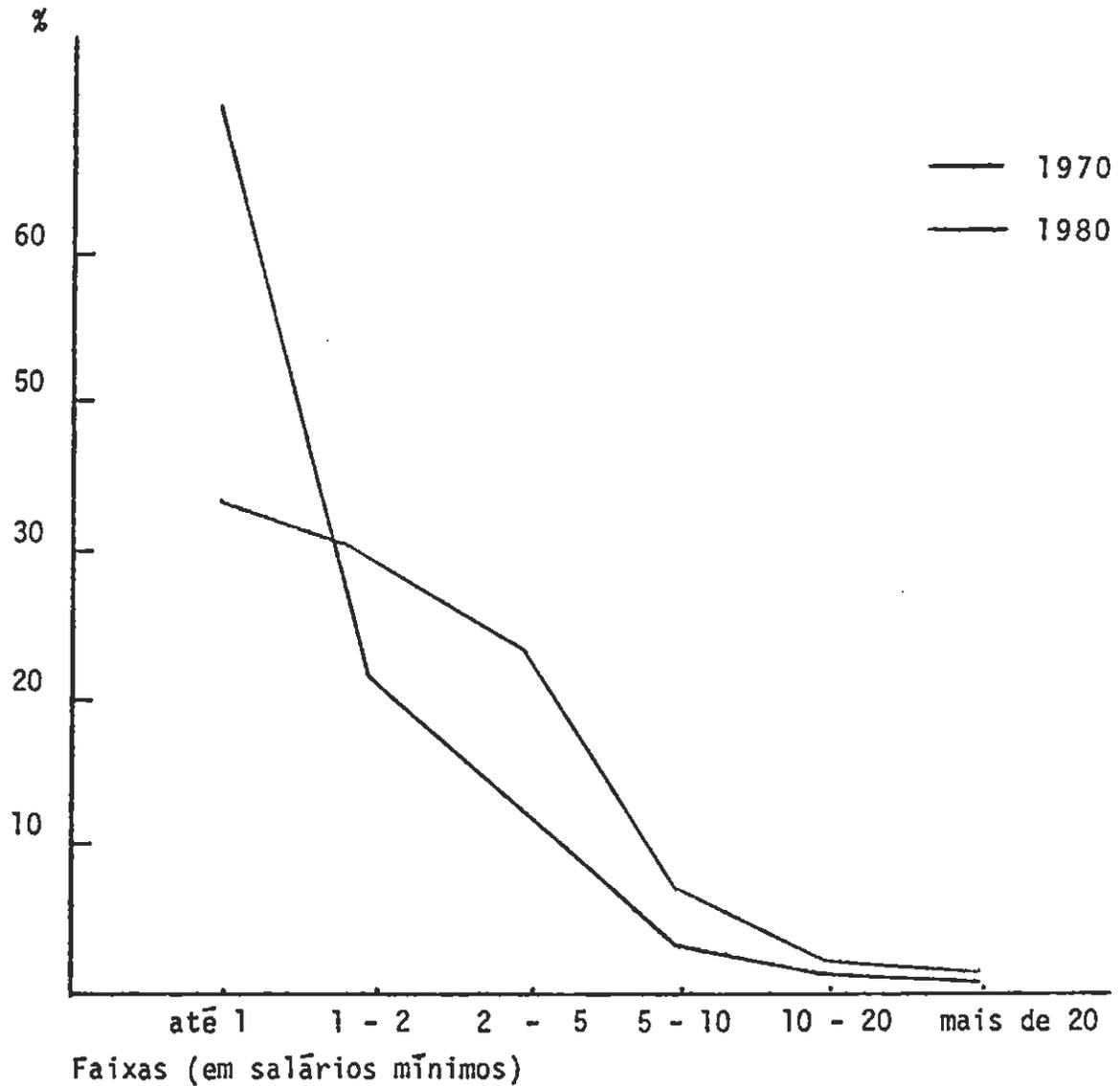
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA POR
SETORES DE ATIVIDADE, BRASIL, 1940 e 1980

Discriminação	1 9 4 0		1 9 8 0		RELAÇÃO
	Nº	%	Nº	%	1980/1940
<u>População de 10 anos e mais</u>	<u>29.037.849</u>	<u>100,0</u>	<u>88.149.948</u>	<u>100,0</u>	<u>3,03</u>
Não econômica Ativa	14.279.251	49,2	44.353.185	50,3	3,11
Econômica Ativa	14.758.598	50,8	43.796.763	49,7	2,97
PEA por Setores:					
1. Agropecuária, extração, pesca	9.723.344	33,5	13.109.415	14,9	1,35
2. Indústria	1.535.185	5,3	10.674.977	12,1	6,95
2.1 Transformação	1.099.509	3,8	6.858.598	7,8	6,24
2.2 Construção	262.700	0,9	3.151.094	3,6	11,99
2.3 Outros	172.976(1)	0,6	665.285	0,7	3,85
3. Comércio	689.438	3,4	4.111.307	4,7	5,96
4. Transportes e Comunicação	466.226	1,6	1.815.541	2,1	3,89
5. Serviços	1.548.769	5,3	7.089.709	8,0	4,58
6. Atividades Sociais	234.215	0,8	3.044.909	3,4	13,00
7. Administração Pública	404.248	1,4	1.812.152	2,1	4,48
8. Outros	157.173	0,5	2.138.753	3,4	13,61

FONTE: IBGE, 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico 1980'

(1) Inclusive Saneamento.

DISTRIBUIÇÃO DA PEA COM RENDIMENTO
SEGUNDO FAIXAS DE RENDIMENTO MÉDIO
MENSAL, BRASIL, 1970 E 1980



FONTE: IBGE "Indicadores Sociais - Tabelas Seleccionadas, 1979" e
 IBGE "Tabulações Avançadas do Censo Demográfico, 1980".

4 - SANEAMENTO E HABITAÇÃO

POPULAÇÃO URBANA ADEQUADAMENTE COBERTA POR ABASTECIMENTO
DE ÁGUA E SISTEMA DE ESGOTO SEGUNDO REGIÃO
BRASIL, 1980 (1)

REGIÃO	POPULAÇÃO URBANA	ÁGUA		ESGOTO	
		Nº	%	Nº	%
Norte	3.004.304	2.089.173	69.5	1.034.276	34.4
Nordeste	17.415.105	10.370.548	59.5	5.531.838	31.7
Sudeste	42.223.654	35.076.334	83.0	29.361.420	69.5
S u l	11.754.557	8.874.151	75.5	6.435.653	54.7
Centro Oeste	5.064.412	2.919.577	57.6	1.318.694	26.0
T O T A L	79.462.032	59.329.738	74.6	43.681.881	54.9

FONTE: IBGE 'Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 1980'

(1) COBERTURA ADEQUADA: Água - ligação à rede geral;
esgoto: ligação à rede geral e fossa séptica.

PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM CARACTERÍSTICAS ADEQUADAS
SEGUNDO A SITUAÇÃO, BRASIL, 1960, 1970 e 1980 (1)

Características	A N O			1980-1960
	1960	1970	1980	
ZONA URBANA				
Água	47.8	52.6	75.8	28.0
Esgoto	47.2	42.2	57.4	10.2
Eletricidade	72.4	75.6	88.5	16.1
Durabilidade	...	85.4	(2) 90.0	4.6
Densidade	...	58.8	(2) 64.6	5.8
ZONA RURAL				
Água	3.4	6.5	3.2	-0.2
Esgoto	3.0	2.1	6.2	3.2
Eletricidade	8.4	9.0	20.6	12.2
Durabilidade	...	59.9	(2) 52.2	-7.7
Densidade	...	50.5	(2) 52.4	1.9
TOTAL				
Água	24.3	34.7	53.2	28.9
Esgoto	23.8	27.8	41.5	17.7
Eletricidade	38.5	49.7	67.4	28.9
Durabilidade	...	75.5	(2) 77.4	1.9
Densidade	...	55.5	(2) 60.6	5.1

FONTE: IBGE 'Anuário Estatístico do Brasil - 1981' e
IBGE 'Tabulações Avançadas do Censo Demográfico - 1980'

(1) Características adequadas: Água: Canalização interna ou ligação à rede geral em 1980; Esgoto: ligação à rede geral e fossa séptica; Eletricidade: existência de instalação; Durabilidade do material de construção e densidade até 1 pessoa/cômodo.

(2) Dados relativos a 1976.

DOMICÍLIOS POR SITUAÇÃO SEGUNDO CARACTERÍSTICAS,
BRASIL, 1970 e 1980

CARACTERÍSTICAS	1970		1980		1980/1970
	Nº	%	Nº	%	
<u>ZONA URBANA</u>	<u>10.276.340</u>	<u>100,0</u>	<u>18.213.575</u>	<u>100,0</u>	<u>1,8</u>
Rede de Água	5.592.606	54,4	13.810.934	75,6	2,5
R.de Esgoto ou f.Séptica	4.539.340	44,1	10.458.720	57,4	2,3
Rede Elétrica	7.768.721	75,6	16.124.904	88,5	2,1
<u>ZONA RURAL</u>	<u>7.352.359</u>	<u>100,0</u>	<u>8.222.941</u>	<u>100,0</u>	<u>1,1</u>
Rede de Água	191.662	2,6	262.107	3,1	1,4
R.de Esg. ou f.Séptica	145.137	1,9	506.834	6,1	3,5
Rede Elétrica	615.273	8,3	1.692.459	20,5	2,7
<u>T O T A L</u>	<u>17.628.699</u>	<u>100,0</u>	<u>42.436.516</u>	<u>100,0</u>	<u>1,4</u>
Rede de Água	5.784.268	32,8	14.073.041	57,5	2,4
R.de Esg.ou f.Séptica	4.684.477	26,5	10.965.554	44,8	2,3
Rede Elétrica	8.383.994	47,5	17.817.363	72,9	2,1

FONTE: IBGE, 'Anuário Estatístico do Brasil, 1981'.

5 - CAPACIDADE INSTALADA

DISPONIBILIDADE TOTAL E RELATIVA À POPULAÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE E
LEITOS HOSPITALARES SEGUNDO AS REGIÕES, BRASIL, 1980 (1)

R E G I ã O	CENTROS DE SAÚDE		LEITOS HOSPITALARES	
	Nº	População/C.S	Nº	População/L.H
Norte	158	37.250	14.814	397
Nordeste	1.292	26.978	86.979	401
Sudeste	1.614	32.061	203.932	254
S u l	898	21.201	86.675	220
Centro-Oeste	353	21.373	29.829	253
B R A S I L	4.315	27.595	422.229	282

FONTE: IBGE 'Anuário Estatístico do Brasil - 1981' e Ministério da Saúde - 'Cadastro de Estabelecimentos de Saúde'- 1981'.

(1) Referente a Centros de Saúde do setor público e a leitos dos setores público e privado.

DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS SEGUNDO O NÚMERO DE LEITOS POR REGIÃO

BRASIL, 1975

R E G I ã O	TOTAL DE HOSPITAIS	HOSPITAIS (%) POR NÚMERO DE LEITOS					
		Menos de 20	20 a 49	50 a 99	100 a 199	200 a 499	500 e mais
Norte	132	18.9	41.7	25.8	5.3	4.5	3.8
Nordeste	965	30.6	36.7	16.6	9.0	6.1	1.0
Sudeste	1.943	13.0	26.8	26.7	18.7	11.7	3.1
S u l	1.043	25.4	41.3	18.5	8.7	4.9	1.2
Centro-Oeste	271	31.8	41.3	15.1	6.3	4.4	1.1
BRASIL	4.354	21.2	33.8	21.7	13.0	8.2	2.1

FONTE: Cherubin, N.A. 'Hospitais do Brasil' 1976

DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES
POR SETOR, BRASIL, 1950 e 1978

S E T O R	1 9 5 0		1 9 7 8		1978/ 1950
	Nº	%	Nº	%	
Público	74.976	46.1	124.806	26.1	1.66
Privado	87.539	53.9	352.785	73.9	4.02
TOTAL	162.515	100.0	477.591	100.0	2.94

FONTE: 1950 - Ministério da Saúde/DNS - 'Brasil Hospitalar 1950'

1978 - IBGE Anuário Estatístico do Brasil 1980.

EXPANSÃO DOS LEITOS HOSPITALARES PÚBLICOS SEGUNDO A
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, BRASIL, 1950 a 1975

DEPENDÊNCIA	1 9 5 0		1 9 7 5		1975/ 1950
	Nº	%	Nº	%	
Federal	15.433	20,6	26.052	20,9	1,69
Estadual	52.099	69,5	82.554	66,2	1,58
Municipal	5.671	7,6	8.723	7,0	1,54
Para-Estatal	1.773	2,3	7.405	5,9	4,18
T O T A L	74.976	100,0	124.734	100,0	1,66

FONTE: 1950 - Ministério da Saúde/DNS - 'Brasil Hospitalar 1950' e
1975 - Cherubin N.A. 'Hospitais do Brasil' 1976.

EXPANSÃO DOS LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS SEGUNDO A
FINALIDADE, BRASIL, 1960 a 1975

FINALIDADE	1 9 6 0		1 9 7 5		1975/ 1960
	Nº	%	Nº	%	
Lucrativa	22.976	14.4	122.016	45.2	5.31
Não Lucrativa	136.869	85.6	148.032	54.8	1.08
T O T A L	159.845	100.0	270.048	100.0	1.69

FONTE: 1960 - Possas, C. 'Saúde e Trabalho', 1981 e
1975 - Cherubin, N.A. 'Hospitais do Brasil - 1976.

**6 - SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA
PRODUÇÃO DE SERVIÇOS
GASTOS COM SAÚDE**

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

NÚMERO DE SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, POR CATEGORIA E MACRO-REGIÕES EM 1979/80/81

REGIÃO	1 9 7 9				1 9 8 0				1 9 8 1			
	T O T A L	EMPREGADO - RES	EMPREGADOS	OUTROS	T O T A L	EMPREGADO - RES	EMPREGADOS	OUTROS	T O T A L	EMPREGADO - RES	EMPREGADOS	OUTROS
BRASIL	22.436.053	2.090.536	17.637.197	2.707.887	23.782.216	2.215.958	18.695.355	2.870.793	24.449.118	2.278.015	19.166.536	2.981.072
NORTE	532.674	49.628	418.700	64.296	564.581	52.606	443.820	68.155	764.609	71.245	600.432	92.973
NORDESTE	3.257.576	303.534	2.560.800	393.240	3.453.011	321.745	2.714.448	516.838	4.367.983	406.066	3.422.485	520.324
SUDESTE	14.186.777	1.321.427	11.148.498	1.711.471	15.032.758	1.400.693	11.817.335	1.714.588	14.754.377	1.329.026	11.749.430	1.767.532
S U L	3.453.910	322.293	2.719.071	417.546	3.666.444	341.651	2.882.215	442.600	3.306.553	354.685	2.987.986	463.862
CENTRO-OESTE	1.005.116	93.654	790.128	121.334	1.065.422	99.273	837.537	128.612	1.255.596	116.993	406.203	136.381

FONTE: RELATÓRIO DE ATIVIDADES MPAS (março/79 a maio/82)

DADOS DE PRODUÇÃO - CRESCIMENTO --- 1970/1981

ANO	CONSULTAS		MÉDICAS		INTERNAÇÕES		HOSPITALARES	
	NÚMERO	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO; ÍN DICE 1970=100	NÚMERO	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO; ÍN DICE 1970=100	
1970	35.848.807	-	-	100	2.802.051	-	100	
1971	44.688.476	25	25	125	2.931.589	4,6	105	
1972	47.795.529	7	7	133	3.405.906	16,2	121	
1973	48.633.991	2	2	136	3.708.051	8,8	132	
1974	52.143.086	7	7	145	4.082.702	10,1	146	
1975	82.369.197	58	58	230	5.385.738	31,9	192	
1976	105.477.691	28	28	294	6.744.658	25,2	241	
1977	122.337.296	16	16	341	7.015.130	4,0	250	
1978	131.384.116	7	7	366	7.652.751	9,1	273	
1979	154.539.578	17,3	17,3	431	10.571.214	38,1	377	
1980	179.751.174	16,3	16,3	501	11.753.451	11,2	419	
1981	202.657.988	12,7	12,7	565	13.193.619	12,3	471	

FONTE: INAMPS/SECRETARIA DE PLANEJAMENTO

DADOS DE PRODUÇÃO - CRESCIMENTO --- 1970/1980

ANO	EXAMES LABORATORIAIS		CONSULTAS ODONTOLÓGICAS			EXAMES RADIOLOGICOS			
	NÚMERO	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO ÍNDICE 1970 = 100	NÚMERO	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO ÍNDICE 1970 = 100	NÚMERO	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO ÍNDICE 1970 = 100
1970	10.581.204	-	100	4.296.519	-	100	2.533.955	-	100
1971	12.663.218	19,6	120	3.110.983	-27	72	3.210.324	27	127
1972	15.111.214	19,3	143	3.435.550	10	80	4.163.455	30	164
1973	15.054.960	-0,3	142	3.624.919	5	84	4.623.773	11	182
1974	15.902.143	5,6	150	3.241.541	-10	75	4.953.599	7	195
1975	25.751.862	61,9	243	6.135.459	89	143	8.039.984	62	317
1976	35.136.012	36,4	332	8.590.134	40	200	10.893.043	35	430
1977	34.906.164	-0,6	330	18.469.417	116	432	11.779.680	8	465
1978	38.301.183	9,7	362	22.319.417	20	519	13.874.746	18	547
1979	46.131.234	20,4	436	31.633.719	42	737	16.755.165	20,7	661
1980	51.551.760	11,7	487	34.159.554	7,6	795	12.822.301,7	-23,4 ?	506

FONTE: INAFPS/SECRETARIA DE PLANEJAMENTO

GAP - NS/MPAS/MEC/OPS

ÍNDICES DE SERVIÇOS PRODUZIDOS POR HABITANTE*, SEGUNDO REGIÕES, 1975/79/80/81

SERVIÇO ANO	CONSULTA MÉDICA					CONSULTA ODONTOLÓGICA					INTERNAÇÃO (por 100 hab)				
	1975	1979	1980	1981		1975	1979	1980	1981		1975	1979	1980	1981	
BRASIL	0,86	1,30	1,51	1,65	0,13	0,26	0,29	0,31	0,31	6,21	8,83	9,87	10,76		
NORTE	0,59	1,01	0,94	1,08	0,09	0,21	0,18	0,20	0,20	3,97	6,50	5,80	7,37		
NORDESTE	0,59	0,82	0,91	1,04	0,14	0,23	0,23	0,27	0,27	3,44	5,26	5,57	6,47		
SUDESTE	1,17	1,76	1,98	2,13	0,12	0,23	0,25	0,26	0,26	7,64	10,45	11,25	11,97		
S U L	0,69	1,13	1,67	1,74	0,16	0,42	0,56	0,57	0,57	8,23	11,07	14,90	15,54		
CENTRO-OESTE	0,76	1,07	1,07	1,43	0,07	0,23	0,20	0,26	0,26	5,30	9,85	10,69	12,87		

FONTE: 1975 - INAMPS EM DADOS; 1979/81 - RELATÓRIO DE ATIVIDADES MAPS

* 1975/1979 - POPULAÇÃO ESTIMADA F. IBGE

1980 - SINOPSE PRELIMINAR DO CENSO; 1981/82 - PROJEÇÃO BASEADA TAXA MÉDIA DE CRESCIMENTO 1970/80

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

Internações e Serviços Complementares por 100 consultas médicas,
por Região, 1975/79/80/81

REGIÃO	INTERNAÇÕES/100 CONSULTAS MÉDICAS					SERV. COMPLEM./100 CONSULTAS MÉDICAS				
	1 9 7 5	1 9 7 9	1 9 8 0	1 9 8 1	1 9 8 1	1 9 7 9	1 9 8 0	1 9 8 1	1 9 8 0	1 9 8 1
BRASIL	7,20	6,84	6,54	6,51	6,51	90,20	89,52	94,28	89,52	94,28
NORTE	6,74	6,45	6,19	6,83	6,83	105,60	107,18	119,32	107,18	119,32
NORDESTE	5,85	6,43	6,10	6,24	6,24	95,48	96,06	106,47	96,06	106,47
SUDESTE	6,54	5,95	5,68	5,61	5,61	91,18	89,12	93,44	89,12	93,44
S U L	11,89	9,80	8,94	8,93	8,93	75,68	73,84	74,16	73,84	74,16
CENTRO-OESTE	7,05	9,27	10,01	9,01	9,01	95,76	118,25	108,29	118,25	108,29

FONTE: - 1975 - INAMPS EM DADOS, 1979/80/81 - RELATÓRIO DE ATIVIDADES - MPAS (março/79 a maio/82)

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E GASTOS ASSISTENCIAIS DO INAMPS SEGUNDO PRODUTORES
BRASIL - 1981

PRODUTORES	S E R V I Ç O S			GASTOS (Cr\$ 1.bilhão)
	Ambulatoriais	Especializados	Hospitalares	
1. Unidades do INAMPS NQ	63.519.010	30.682.096	214.882	67.2
-%	28.3	16.3	1.6	20.6
2. Unid.Governamentais-NQ	31.241.588	38.980.580	565.473	17.0
-%	13.9	20.7	4.3	5.2
3. Hosp.de Ensino -NQ	4.463.114	2.829.827	178.843	8.1
-%	2.0	1.5	1.4	2.5
4. Assist, Rural -NQ	30.304.595	12.118.302	2.392.258	9.3
-%	13.5	6.4	18.1	2.8
5. Convênio Empresa -NQ	21.842.785	16.140.073	508.044	12.0
-%	9.7	8.6	3.8	3.7
6. Hosp. Contratados -NQ	-	-	9.201.698	144.8
-%			69,2	44,4
7. Amb.Credenciados -NQ	70.876.646	86.242.972	-	57.9
-%	31.7	45.8	-	17.7
8. Assist.Patr.SINPAS-NQ	901.488	1.276.278	58.033	1.5
-%	0.4	0.7	0.4	0.4
9. Assist.aos Acident-NQ	1.197.729	-	100.000	8.8
-%	0.5	-	0.7	2.7
T O T A L -NQ	224.346.955	182.270.128	13.219.231	326.6
-%	100.0	100.0	100.0	100.0

FONTE: CONASP, Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social - Agosto 1982.

RELAÇÕES ENTRE RECEITAS E DESPESAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

1968 - 1980

ANO	RECEITA CONTRIBUIÇÃO TOTAL %	RECEITA TOTAL MENOS DESPESA TOTAL	DESPESA TOTAL/ RECEITA TOTAL %	DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉ DICA - RECEITA TOTAL %	DESPESA COM ASSISTÊN MÉDICA - DESPESA TOT %
1968	67	- 180	100	18	18
1969	66	6.458	96	23	24
1970	67	- 3.037	102	26	26
1971	67	6.452	97	23	24
1972	78	- 5.349	103	25	25
1973	72	20.800	93	23	25
1974	91	33.746	89	22	25
1975	90	26.686	93	25	27
1976	86	18.469	96	29	30
1977	91	7.246	98	26	27
1978	79	3.237	99	24	25
1979	92	6.797	99	25	25
1980	92	-68.959	107	29	27

FONTE: Mensário Estatístico do INPS

Secretaria de Estatística e Atuária do MPAS

Valores Corrigidos pela ORTN de julho de 1981

DESPESAS TOTAL E COM ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
1968 - 1980

ANO	DESPESA TOTAL (*)	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO INDICE 1970 = 100	DESPESA COM ASSISTÊNCIA MÉDICA (*)	CRESCIMENTO ANO A ANO %	CRESCIMENTO RELATIVO INDICE 1970 = 100
1968	141.166	-	76	25.725	-	54
1969	159.379	12,9	86	37.702	46,5	80
1970	184.585	15,9	100	47.286	25,4	100
1971	191.230	3,6	103	46.163	2,3	98
1972	209.095	9,3	113	51.367	11,3	109
1973	260.971	24,9	141	65.906	28,3	139
1974	282.933	8,4	153	69.600	5,6	147
1975	362.810	28,3	196	96.533	38,7	204
1976	456.680	25,8	247	138.234	43,2	292
1977	531.622	16,4	288	143.905	4,1	304
1978	698.565	31,4	378	172.150	19,6	364
1979	742.400	6,3	402	185.838	7,9	393
1980	1.009.905	36,0	547	277.888	49,5	588

FONTE: Mensário Estatístico do INPS

Secretaria de Estatística e Atuária do MPAS

Valores Corrigidos pela ORTN de julho de 1981

(*) - Em Cr\$ milhões

GAP-MS/MPAS/MEC/OPSDISTRIBUIÇÃO DO GASTO DO SETOR SAÚDE POR FONTES DE FINANCIAMENTO,
BRASIL, 1982 ESTIMATIVAS PRELIMINARES(1)

F O N T E S	G A S T O	
	CR\$ 1.000.000	%
1. PÚBLICAS	<u>1.178.975</u>	<u>71.5</u>
1.1 Federais	722.356	43.8
a) Recursos do Tesouro	111.930	6,8
b) Previdência Social	610.426	37,0
1.2 Estaduais	336.875	20.4
a) Recursos do Tesouro	204.828	12.4
b) Previdência Social	132.047	8.0
1.3 Municipais	119.744	7.3
a) Recursos do Tesouro	88.369	5.4
b) Previdência Social	31.375	1.9
2. PRIVADAS	<u>468.995</u>	<u>28.5</u>
2.1 Pessoas Físicas	272.980	16.5
2.2 Sistemas Patronais	103.473	6.3
2.3 Sistemas Securitários	47.058	2.9
2.4 Sistemas Sindicais	34.673	2.1
2.5 Entidades Filantrópicas	10.811	0.7
3. T O T A L	<u>1.647.970</u>	<u>100,0</u>

(1) Fontes e critérios de Cálculo - consultar Anexo

CRITERIOS DE CÁLCULO

1. FONTES PÚBLICAS

1.1 - Recursos Federais

Correção de Julho de 80 e julho 1982. $1.976,41 \div 604,89 = 3,27$

Tesouro: 31.240,427 + FAS: 2.988,816; MPAS: 186.674,750 (dados do SPI/CNRH/IPEA)

1.2 - Recursos Estaduais - Dados do 'Anuário Estatístico do Brasil - 1981

1.2.1 Saúde e Saneamento - 62.638,567

Correção Julho/80 para Julho/82 - $1.976,41 \div 604,89 = 3,27$

1.2.2 Assistência e Previdência - 80.762,495

a) 50% do total

b) Correção Julho 80/Julho 82 $1.976,41 \div 604,89 = 3,27$

1.3 - Recursos Municipais - Dados do 'Anuário Estatístico do Brasil 1981' para Capitais.

1.3.1 Saúde e Saneamento: 13.512,119

Correção Julho 80/Julho 82 - $1.976,41 \div 604,89 = 3,27$

1.3.2 Assistência e Previdência 9.594,749

a) 50% do total

b) Correção Julho 80/Julho 82 $1.976,41 \div 604,89 = 3,27$

2.2.3 TOTAL 103.473 milhões

2.3 - Sistemas Securitários

a) 4.807.600 mutuários + 1.560.000 assegurados de seguradoras e garantias de saúde e patrimoniais = 6.367.600 pessoas (Dados ABRAMGE)

b) Multiplicado pelo custo unitário da prop. coberta por convênio empresa = 1.627.2 (Orçamento INAMPS 1982) $\times \frac{100}{30} = 5.424$
= 34.601,54

c) TOTAL = 47.058

2.4 - Sistemas Sindicais

a) 1.5 vezes o recebido dos convênios com INAMPS (16.996,5 milhões, orçamento de 1982) = 25.494,75 milhões.

b) Correção Janeiro 82/Julho 82 = $1.976,41 \div 1.453,96 = 1,36$

c) TOTAL = 34.673 milhões

2.5 - Entidades Filantrópicas

a) 1/3 da despesa total destas entidades (3.510.10.000,00 em 1977 - Anuário Estatístico do Brasil, 1980) = 1.170,035

b) Correção Julho 77/Julho 1982 = $1.976,41 \div 21,380 = 9,24$

c) TOTAL 10.811 milhões

1.3.3 3.1 e 3.2 x 2 = TOTAL DE RECURSOS MUNICIPAIS.

(estimando-se gasto das capitais = gasto dos demais)

2. FONTES PRIVADAS2.1 - Pessoas Físicas

ENDEF 75 - 16.474,374

Correção Julho 75/Julho 82 - $1.976,41 \div 119,27 = 16.57$ 2.2 - Sistemas Patronais2.2.1 SESI/SESC

a) Número de serviços produzidos em 1978 - (5.710.000) multiplicado por custo unitário dos serviços produzidos por Sindicatos (8,822 bilhões \div 43,4 milhões = 203,27 aprox.) = 1.160,6717.

b) Correção Julho 78/Julho 82 = $1.976,41 \div 279.04 = 7.08$

c) TOTAL = 8.218 milhões

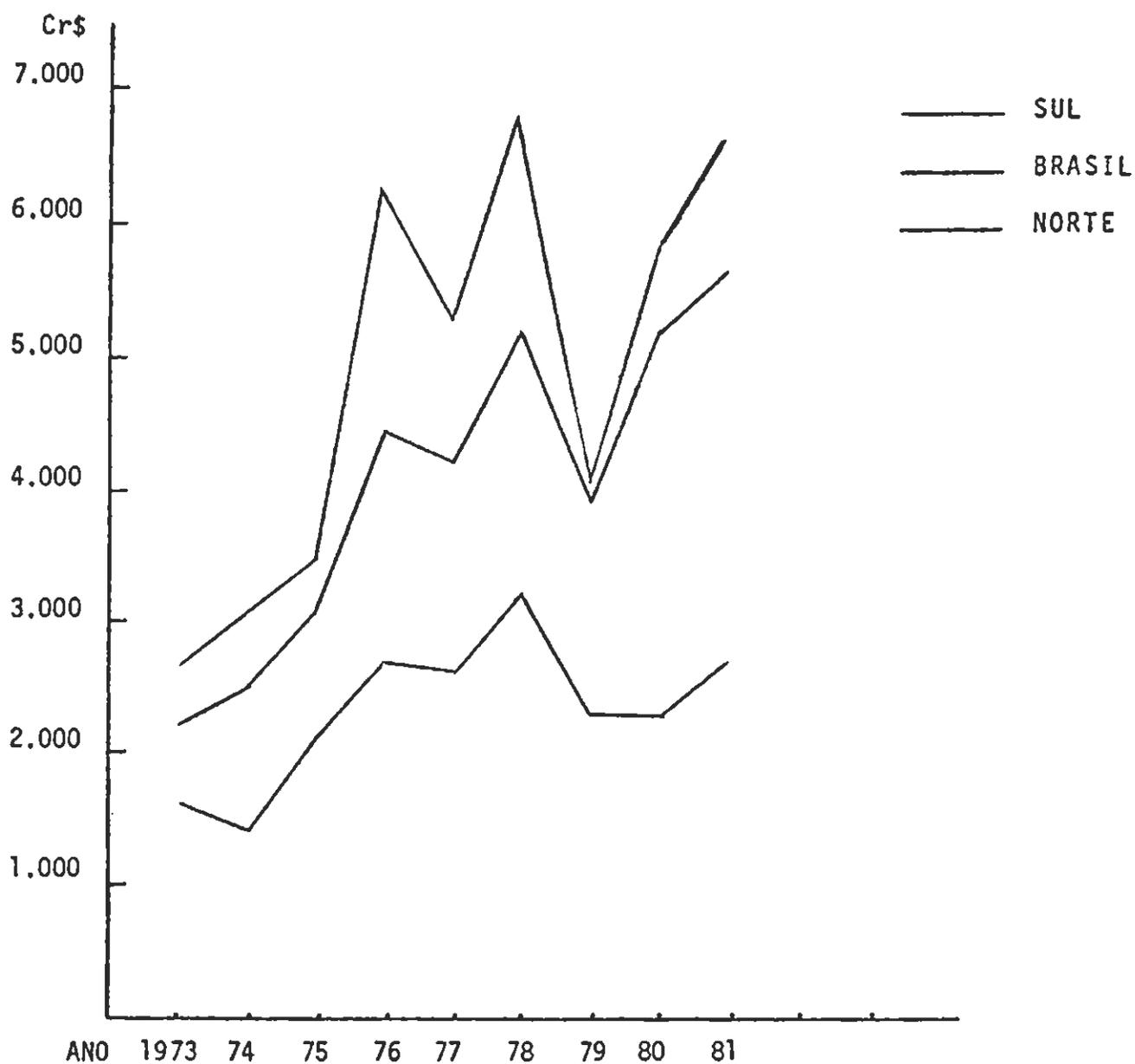
2.2.2 Convênio-Empresa

a) 4 vezes a contribuição do INAMPS para o Convênio-empresa (portanto c/ margem para empresas que assistem empregados sem convênio com o INAMPS).

b) Correção Julho 81/Julho 82 - $1.976,41 \div 1.045.554 = 1.89$

c) Total = 95.256 milhões

EVOLUÇÃO DOS GASTOS PER CAPITA COM ASSISTÊNCIA
À SAÚDE PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL, BRASIL E
REGIÕES SUL E NORTE, 1973 - 81



FONTE: MPAS - "Dossiê sobre o MPAS", 1979 e
 MPAS - "Relatório de Atividades", 1982.

BRASIL - INVESTIMENTOS REQUERIDOS PARA SE MANTER A OFERTA ATUAL
DE SERVIÇOS DE SAÚDE ATÉ O ANO 2.000

E S P E C I F I C A Ç Ã O	INVESTIMENTO US\$ 1.000 (*)	
	T O T A L	A N U A L
1. <u>Leitos Hospitalares</u>	<u>26.991.900</u>	<u>1.499.550,00</u>
1.1 Implantação	10.800.000	600.000,00
1.2 Reequipamento	11.100.000	616.666,67
1.3 Re-construção/Re-instalação	4.999.500	277.750,00
1.4 Ambulâncias	92.400	5.133,33
2. <u>Ambulatórios</u>	<u>2.217.600</u>	<u>123.200</u>
2.1 Implantação	562.500	31.250
2.2 Renovação da rede	1.655.100	91.950
3. <u>Recursos Humanos</u>	<u>7.084.000</u>	<u>393.555,55</u>
3.1 Nível Superior	5.752.000	319.555,55
3.2 Nível Médio	534.000	29.666,67
3.3 Nível Elementar	790.000	44.333,33
4. <u>P & D</u>	<u>1.455.855</u>	<u>80.880,80</u>
5. <u>Desenvolvimento Institucional</u>	<u>2.911.710</u>	<u>161.761,70</u>
T O T A L (1)	40.661.065	2.256.948,05

FONTE: GAP - MS/MPAS/MEC/OPS - Estimativas preliminares

(*) US\$ 1.00 = 175,00

CRITÉRIOS DE CÁLCULO UTILIZADOS PARA A ESTIMATIVA DOS
INVESTIMENTOS SETORIAIS

1. LEITOS

- 1.1 - Disponibilidade: 500.000 (4/100 habitantes), 26% públicos.
- 1.2 - Custo: $50m^2 \times (\text{Construção: } 200 + \text{instalações: } 100 + \text{equipamento: } 200 + \text{terreno: } 400 = \text{US\$ } 45.000/\text{leito}$.
- 1.3 - Obsolescência: a) Construção/instalação: 2,8% a.a. (50% da capacidade instalada de 1982 renovada até o ano 2.000).
b) Equipamento: 10% a.a.
- 1.4 - Ambulâncias: obsolescência em 5 anos, custo Unitário US\$ 20.000, estoque inicial 5.000. (1/100 leitos).

2. AMBULATÓRIOS

- 2.1 - Disponibilidade: 27.355 de Cl. Médica, 6.392 de Cl. Odontológica, 4.032 Postos de Saúde; 15% públicos.
- 2.2 - Expansão: 48% até o ano 2.000 para acompanhar hospitais.
- 2.3 - Custos: a) Cl. Médica e Odontológica: US\$ 30.000 dos quais $1/3$ para construção, $1/3$ para equipamento e $1/3$ para terreno.
b) Postos de Saúde: US\$ 12.500, dos quais 40% para construção, 40% para equipamento e 20% para terreno.
- 2.4 - Obsolescência: 10% a.a.

3. RECURSOS HUMANOS

Especificação	N í v e l		
	Superior	Médio	Elementar
a) estoque inicial	300,000	170.000	580,000
b) expansão vegetativa	50%	50%	50%
c) reposição anual	2%	8%	10%
d) custo de capacitação US\$	20.000	2.000	500

4. PESQUISA & DESENVOLVIMENTO

5% dos investimentos em hospitais e ambulatorios.

5. DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

10% dos investimentos em hospitais e ambulatorios

6. POPULAÇÃO NO ANO 2.000

185 milhões.

7 - GASTOS FAMILIARES COM SAÚDE

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DISTRIBUIÇÃO NÚMERO DE FAMÍLIAS E RESPECTIVAS E RESPECTIVAS DESPESA ANUAIS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEGUNDO CLASSES DE DESPESA FAMILIAR NAS ÁREAS METROPOLITANAS E URBANAS E RURAIS NÃO METROPOLITANAS, B R A S I L, 1975 (1)

CLASSES DE DESP. FAMILIAR ⁽²⁾	METROPOLITANAS		URBANAS		RURAS		BRASIL	
	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.
ATÉ - 2	1.081	3,1	2.411	8,5	5.681	25,3	9.173	36,9
2 - 5	2.523	22,3	2.383	29,1	1.171	24,1	6.077	75,5
5 - 10	1.471	29,9	944	28,5	204	9,4	2.639	67,8
10 - 30	783	50,1	347	22,1	43	3,8	1.173	76,0
30 e MAIS	76	15,0	14	3,3	3	9,0	93	19,3
T O T A L	5.934	120,4	6.099	91,5	7.102	63,6	19.135	275,5

FONTES: ENDEF, 1975, Dados Manipulados

- (1) Famílias em 1.000, despesas em bilhões de cruzeiros de julho, 1982
 (2) Definidas em números de salários mínimos de agosto de 1974
 (CR\$ 376,80 para o Rio de Janeiro)

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS FAMILIARES COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEGUNDO ITENS DE GASTO PARA CLASSES DE DESPESA FAMILIAR - B R A S I L, 1975 (1)

CLASSE DE DESP. FAMILIAR (2)	ITENS DE GASTOS										TOTAL	
	Médicos e Dent.		Remédios		Hosp. e Cirurgias		Demais				Valor	%
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Até - 2	5.2	6.7 (14.1)	23.8	21.4 (64.5)	4.6	8.6 (12.5)	3.3	10.1 (8.9)			36.9	13.4 (100.0)
2 - 5	14.1	18.1 (18.7)	40.6	36.5 (53.7)	12.6	23.5 (16.7)	8.2	25.2 (10.9)			75.5	27.4 (100.0)
5 - 10	18,1	23,2 (26.7)	28,5	25,6 (42.0)	12,4	23,1 (18.3)	8,8	27,1 (13.0)			67,81	24,6 (100.0)
10 - 30	30,8	39,5 (40.5)	16,4	14,7 (21.6)	18,7	34,8 (24.6)	10,1	31,1 (13.3)			76,0	27,6 (100.0)
30 e MAIS	9,8	12,5 (50.5)	2,0	1,8 (10.5)	5,4	10,0 (28.0)	2,1	6,5 (11.0)			19,3	7,0 (100.0)
TOTAL	78,0	100,0 (28.3)	111,3	100,0 (40.4)	53,7	100,0 (19.5)	32,5	100,0 (11.8)			275,5	100,0 (100.0)

FONTE:

(1) Valores em bilhões de cruzeiros de julho de 1982.

(2) Definidos em números de salários mínimos de agosto de 1974

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DESPESA ANUAL PER CAPITA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE EFETUADA PELAS FAMÍLIAS SEGUNDO
CLASSE DE DESPESA FAMILIAR EM ÁREAS METROPOLITANAS, URBANAS E RURAIS,

BRASIL, 1975 (1)

CLASSES DE DESPESA FAMILIAR (2)	ÁREAS METROPOLITANAS	ÁREAS URBANAS	ÁREAS RURAIS	B R A S I L
até 1	557	522	571	565
1 - 2	867	1.010	1.334	1.170
2 - 3, 5	1.506	1.837	2.692	1.981
5- 5	2.339	2.952	4.413	2.908
5 - 7	3.181	4.241	6.523	4.064
7 - 10	5.155	6.818	7.438	5.946
10 - 15	10.084	10.266	13.879	10.374
15 - 30	19.546	15.474	15.486	18.291
30 e mais	45.290	44.607	64.172	45.892
T O T A L	4.489	3.029	1.676	2.905

FONTE: ENDEF, 1975, DADOS MANIPULADOS

(1) EM CR\$ 1.00 de JULHO, 1982

(2) DEFINIDAS EM NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS DE AGOSTO DE 1974 (CR\$ 376.80 PARA O RIO DE JANEIRO).

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FAMÍLIAS E RESPECTIVAS DESPESAS ANUAIS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE SEGUNDO CLASSES DE DESPESA FAMILIAR NAS ÁREAS METROPOLITANAS, URBANAS E RURAIS NÃO METROPOLITANAS, B R A S I L, 1975.

CLASSES DE DESP. FAMILIAR (1)	METROPOLITANAS		URBANAS		RURAIS		BRASIL	
	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.	Famílias	Desp.
Atē - 2	18.2	2.6	39.5	9.3	80.0	40.1	47.9	13.4
2 - 5	42.5	18.5	39.1	31.7	16.4	37.9	31.8	27.4
5 - 10	24.8	24.8	15.5	31.2	2.9	14.7	13.7	24.6
10 - 30	13.2	41.6	5.7	24.2	0.6	5.8	6.1	27.6
30 e MAIS	1.3	12.5	0.2	3.6	0.1	1.5	0.5	7.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FONTE: ENDEF 1975, DADOS MANIPULADOS

(1) Definidos em números de salários mínimos de agosto de 1974
(CR\$ 376.80 para o Rio de Janeiro)

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS FAMILIARES ANUAIS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR
ÍTEMS DE GASTO NAS ÁREAS METROPOLITANAS E URBANAS E RURAIS NÃO METROPO
LITANAS, B R A S I L, 1975 (1)

ÍTEMS DE GASTO	METROPOLITANAS		URBANAS		RURAIS		BRASIL Valor
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Médicos e Dentistas	43,1 (55.4)	35.8	23.5 (30.1)	25.6	11,4 (14.5)	17.8	78,0 (100)
Remédios	40.9 (36.8)	33.9	40.8 (36.7)	44.6	29,6 (26.6)	46.6	111,3 (100)
Hospital e Cirurgias	20.6 (38.2)	17.1	16.3 (30.4)	17.8	16.8 (31.4)	26.5	53.7 (100)
Mat. de Tratamento	9.4 (52.6)	7.9	6.2 (34.3)	6.8	2.3 (13.1)	3.7	17.9 (100)
O u t r o s	6.4 (43.8)	5.3	4.7 (32.4)	5.2	3.5 (23.8)	5.4	14.6 (100)
T o t a l	120.4 (43.7)	100.0	91.5 (33.2)	100.0	63.6 (23.1)	100.0	275.5 (100)

FONTE: ENDEF 1975, DADOS MANIPULADOS

(1) Valores em bilhões de cruzeiros de julho de 1982

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO TOTAL DAS DESPESAS ANUAIS POR FAMÍLIA E DISTRIBUIÇÃO
DAQUELAS DESPESAS POR ITENS DE GASTO, SEGUNDO CLASSES DE DESPESA FAMILIAR, BRASIL, ÁREAS METROPOLITANAS
E ÁREAS URBANAS E RURAIS NÃO METROPOLITANAS - 1975.

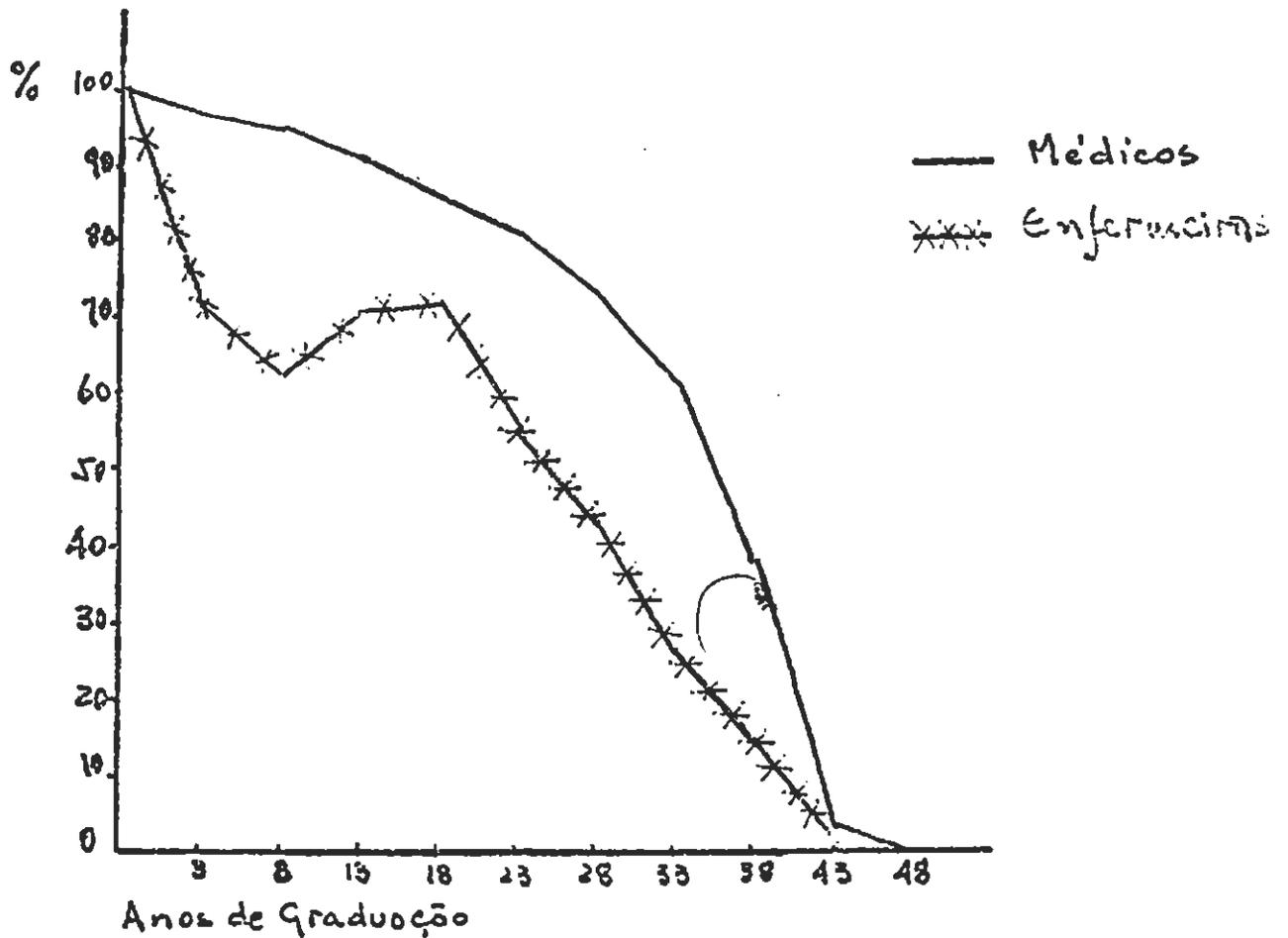
ÁREA	ESPECIFICAÇÃO	CLASSES DE DESPESAS FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)										- T O T A L -
		ATE - 1	1 - 2	2 - 3,5	3,5 - 5	5 - 7	7 - 10	10 - 15	15 - 30	30 e MAIS		
<u>BRASIL</u>	Participação	5,6	5,5	6,2	5,0	5,0	5,0	5,5	5,7	6,3	5,3	
	M D	13,5	14,9	16,8	22,1	24,3	29,9	35,4	42,4	50,5	28,2	
	R E	67,4	60,9	55,5	50,7	45,2	37,7	28,9	18,8	10,5	40,4	
	H C	10,6	14,9	17,3	15,6	17,5	19,3	22,3	25,8	28,0	19,5	
	Demais	8,5	9,3	10,4	11,6	13,0	14,9	13,4	13,0	11,0	11,9	
<u>ETROPOLITANA</u>	Participação	3,5	3,0	3,3	3,6	3,6	4,1	4,9	5,8	5,9	4,5	
	M D	10,3	11,8	15,6	22,5	27,4	33,4	39,3	43,5	56,8	35,8	
	R E	77,3	72,5	64,9	55,3	51,2	37,0	28,3	17,6	11,0	33,9	
	H C	2,1	3,9	6,4	8,6	11,6	14,8	18,0	26,5	21,4	17,0	
	Demais	10,3	13,8	13,1	13,6	9,8	14,8	14,4	12,4	10,8	13,3	
<u>URBANAS</u>	Participação	4,1	4,3	4,8	5,2	5,4	6,2	6,0	5,6	7,9	5,4	
	M D	11,3	13,1	16,3	22,9	25,8	28,4	32,6	39,0	31,5	25,6	
	R E	74,5	68,2	61,2	53,5	45,9	37,8	31,7	22,3	10,3	44,5	
	H C	5,7	9,0	11,7	12,1	16,6	21,4	22,3	24,0	48,7	17,8	
	Demais	8,5	9,7	10,8	11,5	11,7	12,4	13,4	14,7	9,5	12,1	
<u>URAI S</u>	Participação	6,3	7,5	8,9	9,6	10,0	7,9	9,5	5,9	8,8	8,1	
	M D	14,3	16,1	18,1	20,2	17,1	17,7	20,8	43,2	21,5	17,8	
	R E	65,3	56,0	44,1	38,7	36,1	41,2	20,1	22,5	4,3	46,6	
	H C	12,3	19,4	29,2	32,1	33,7	32,8	52,4	22,6	54,5	26,6	
	Demais	8,1	8,5	18,6	9,0	13,1	8,3	6,7	1,7	19,7	9,0	

FONTE: ENDEF, 1975, DADOS MANIPULADOS.

M D = MEDICOS E DENTISTAS; R E = REMEDIOS; H C = HOSPITAL, CIRURGIA

8 - MÉDICOS: DISTRIBUIÇÃO E REMUNERAÇÃO

Percentagem de Profissionais Ativos
Segundo Tempo Médio de Graduação



Fonte: Hall & Meijo, 1974.

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL

SEGUNDO A IDADE E PERCENTUAL POR SEXO

1.979

FAIXAS ETÁRIAS	HOMENS		MULHERES		TOTAL
	NÚMERO	PERCENTUAL	NÚMERO	PERCENTUAL	
Até 25 anos	664	68,0%	313	32,0%	977
26 a 30 anos	14.501	70,8%	5.972	29,2%	20.473
31 a 35 anos	17.728	78,8%	4.758	21,2%	22.486
36 a 40 anos	9.727	84,9%	1.727	15,1%	11.454
41 a 45 anos	6.572	88,1%	888	11,9%	7.460
46 a 50 anos	5.364	88,5%	697	11,5%	6.061
51 a 55 anos	4.512	89,5%	532	10,5%	5.044
56 a 60 anos	3.090	91,7%	281	8,3%	3.371
61 a 65 anos	2.639	94,4%	157	5,6%	2.796
66 e mais	3.798	97,0%	116	3,0%	3.914
Total	68.595	81,6%	15.441	18,4%	84.036

RENDIMENTOS BRUTOS MENSÁIS MÉDIOS E PARTICIPAÇÃO DE RENDIMENTOS
ASSALARIADOS SEGUNDO VÍNCULO PRINCIPAL DOS MÉDICOS,

BRASIL, 1979 (1)

VÍNCULO	MÉDICOS		R B M M	% RA
	Nº	%		
1. Empregado do Setor Privado	13.835	16.5	227	71
2. Autônomo	32.544	38.8	309	38
3. Empregador, Proprietário	2.040	2.4	319	51
4. Funcionário Adm. Direto	11.663	13.9	238	71
5. Funcionário Autarq. Fundações	11.918	14.2	255	71
6. Funcionário Emp. Púb. Econ.Mista	3.379	4.0	263	74
7. Rendimentos de Capital	317	0.3	459	29
8. Aposentados, Pensionistas	1.125	1.3	224	69
9. Outros	7.215	8.6	239	56
10. T O T A L	84.036	100.0	270	55

FONTE: CIEF/MF, Dados Manipulados

(1) CR\$ 1.000 de Julho de 1982.

HABITANTES POR MÉDICO EM CAPITAIS E NO INTERIOR
SEGUNDO MACRO-REGIÃO, BRASIL 1980

REGIÃO	CAPITAIS	INTERIOR	TOTAL
Norte	1.129	13.216	2.840
Nordeste	642	7.577	2.557
Sudeste	513	1.820	1.030
(Minas Gerais)	(522)	(3.390)	(1.744)
Sul	435	2.691	1.637
Centro-Oeste	716	3.018	1.494
TOTAL	565	2.842	1.442

FONTE: CIEF/MF - IBGE

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR MACRO-REGIÃO

BRASIL, 1980 (1)

R E G I Ã O	M E D I C O S		P O P U L A Ç Ã O		HABITANTES/MÉDICO
	Nº	%	Nº(x1000)	%	
- NORTE	2.123	2.5	5.886	4.9	2.772
- NORDESTE	13.849	16.5	34.855	29.3	2.517
- SUDESTE	51.046	60.7	51.746	43.5	1.014
(Minas Gerais)	(7.829)	(9.3)	(13.448)	(11.3)	(1.718)
- S U L	11.835	14.1	19.039	16.0	1.608
- CENTRO OESTE	5.183	6.2	7.545	6.3	1.456
T O T A L	84.036	100.0	119.071	100.0	1.417

FONTE: CIEF/MF - IBGE - Dados manipulados

(1) Médicos declarantes do I.R.

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS E SEUS RENDIMENTOS BRUTOS (TOTAL E MÉDIO) SEGUNDO
CLASSES DE R. BRUTO, CAPITAIS E INTERIOR, BRASIL, 1979

(Em CR\$ 1,00 de Julho, 1982)

CLASSES DE RENDIMENTO BRUTO	MÉDICOS		TOTAL DE R. BRUTO		RENDIMENTO BRUTO MÉDIO	
	Nº	%	VALOR	%	ABSOLUTO	RELATIVO
<u>CAPITAIS</u>						
ATÉ 870.000	5.694	13.4	3.804.885	2,3	548.254	1,00
870.001 - 1.957.500	11.950	23.1	16.857.350	10.1	1.410.657	2.57
1.957.501 - 3.335.000	13.232	25.6	34.742.760	20.9	2.625.662	4.79
3.335.001 - 6.887.500	15.818	30.7	73.809.170	44.4	4.666.150	8.51
6.887.501 - 41.325.000	3.712	7.2	37.081.220	22,3	9.989.553	18.22
T O T A L	51.652		166.295.385	100,0	3.219.534	5.87
<u>INTERIOR</u>						
ATÉ 870.000	3.317	10.2	1.871.420	1.7	564.190	1.00
870.001 - 1.957.500	6.705	20.7	9.561.200	8.7	1.425.981	2.53
1.957.501 - 3.335.000	8.487	26.2	22.278.990	20.2	2.625.072	4.65
3.335.001 - 6.887.500	11.400	35.3	53.779.340	48.7	4.717.486	8.36
6.887.501 - 41.325.000	2.475	7.6	22.902.820	20.7	9.253.665	16.40
T O T A L	32.384	100.0	110.393.770	100.0	3.408.898	6.04

FONTE: CIEF/MF, DADOS MANIPULADOS.

GAP - MS/MPAS/MEC/OPS

RENDIMENTO BRUTO MENSAL DOS MÉDICOS DE CAPITAIS E DO INTERIOR SEGUNDO REGIÕES
BRASIL - 1979

(Em CR\$ 1,00 de Julho, 1982)

REGIÃO	CAPITAL	INTERIOR	T O T A L
NORTE	233.967	180.915	226.619
NORDESTE	241.722	226.103	237.408
SUDESTE	270.354	288.823	277.466
S U L	306.993	323.708	315.900
CENTRO-OESTE	282.668	235.619	266.782
T O T A L	268.252	284.029	274.332

FONTE: CIEF/MF, DADOS MANIPULADOS

FATURAMENTO DE MÉDICOS POR SERVIÇOS PRESTADOS
AO INAMPS EM CADA ESTADO EM J U L H O / 8 1 *

E S T A D O S	ATÉ CR\$ 359.157,00		ACIMA DE CR\$ 359.157,00		T O T A L
	Nº	%	Nº	%	
ALAGOAS	869	94,35	41	5,50	739
AMAZONAS	195	85,10	34	14,81	229
BAHIA	973	89,48	113	10,35	1.086
CEARÁ	1.288	93,51	88	6,36	1.376
MATO GROSSO DO SUL	-	-	-	-	-
ESPIRITO SANTO	675	97,16	19	2,72	694
GOIÁS	1.557	92,14	131	7,70	1.688
MARANHÃO	350	93,99	22	5,88	372
MATO GROSSO	624	90,48	64	9,41	688
MINAS GERAIS	5.709	91,96	467	7,89	6.176
PARÁ	499	87,77	69	12,07	568
PARAÍBA	661	93,34	46	6,46	707
PARANÁ	3.118	91,53	266	8,01	3.384
PERNAMBUCO	1.422	92,60	112	7,26	1.534
PIAUI	459	96,94	14	2,94	473
RIO DE JANEIRO	3.331	98,73	73	2,09	3.404
RIO GRANDE DO NORTE	739	94,02	46	5,82	785
RIO GRANDE DO SUL	6.033	92,89	452	6,90	6.485
RONDÔNIA	2	-	-	-	2
SANTA CATARINA	1.372	92,55	109	7,32	1.481
SÃO PAULO	7.171	94,60	401	5,24	7.572
SERGIPE	424	93,34	30	6,60	454
DISTRITO FEDERAL	123	98,37	02	1,60	125
ACRE	39	95,04	02	4,86	41
ADMINISTRAÇÃO CENTRAL	-	-	-	-	-
B R A S I L	36.942	93,36	2.589	6,54	39.531

FONTE: SSM/MPAS

COMPREENDE SISTEMA NACIONAL DE CONTAS E CREDENCIADOS (EXCETO FUNRURAL, INPS, MÉDICO TIPO 4 PAGO PELO HOSPITAL)

9 - INFORMAÇÕES EM SAÚDE

ALGUNS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COORDENADOS POR ÓRGÃOS NÃO VINCULADOS AO MS QUE COBREM COMPONENTES DO SETOR SAÚDE - BRASIL 1982

ENTIDADE	ÓRGÃOS	INFORMAÇÕES
	ENTIDADES PÚBLICAS	
Congresso Nacional	PRODASEN	Geral, Legislação, internacional, etc.
Poder Judiciário	Tribunais Federais e Estaduais.	Processos e jurisprudência relacionados com o setor.
SEPLAN	CIP	Preços e custos de medicamentos, equipamentos, insumos.
	IBGE	População, economia, unidades prestadoras de serviços.
	CNPq	Pesquisa em saúde
	FINEP	Pesquisa em saúde
	IBICT	Infomação científica e tecnológica
	BNDDES	Programas e projetos de desenvolvimento econômico social.
	SUBIN	Cooperação técnica e Financeira internacional.
Mtb	CDILSA	Estatísticas sobre emprego e organização sindical.
	Autarquias Profissionais (CFM, etc).	Profissionais registrados por estado e instituições que exercem atividades correlatas.
	SMAT-FUNDACENTRO	Normas, fiscalização e pesquisa sobre segurança do trabalho.
	PIPMO	Formação de Mão de Obra.
MEC	SEPS/SUSu.	Formação de pessoal de nível médio e superior
	CAPEs	Pós-graduação e pesquisa
	CNRM	Residência Médica
	CFE	Pós-Graduação
	CNSS	Entidades beneficentes

ENTIDADE	ÓRGÃO	INFORMAÇÃO
MIC	INPI	marcas e patentes de insumos e equipamentos
	STI	Pesquisa e produção de insumos e equipamentos
	DNRC	Entidades privadas prestadoras de serviços de saúde
	SUSEP	Seguros
MF	SRF	Política tributária
	CIEF	Tributação e contribuintes
	CACEX	Importações e exportações
MJ	SDI/SG	Entidades de Assistência à população carente.
MA	INCRA	Cooperativas médicas, odontológicas e de enfermagem
MPAS	INPS	infelizmente do trabalho
	IAPAS	Contribuintes - empresas e pessoas físicas
	INAMPS	Assistência Médica
	CEME	Medicamentos
	LBA	Assistência Social
	FUNABEM	Assistência Social
	DATAPREV	Previdência, RAIS
ENTIDADES	PRIVADAS	
Sindicatos e Associações Profissionais de Saúde	FNM, SMS, AMB, ABEN SBH, etc.	Médicos, odontológicos, enfermeiros, sanitaristas,
Associações Empresariais do Setor e outras	FBH, ABRANGE, UNIMED, ABIFARMA ABRASCO, ABEM	Hospitais, empresas e grupos médicos, cooperativas, indústria farmacêutica, cursos em saúde coletiva etc.

ENTIDADE	ÓRGÃOS	INFORMAÇÕES
Associações Patronais	CNI, CNA, FIESP etc	Empresas, posições empresariais quanto a assuntos de saúde.
	CNTI, CNTA, Federações, DIEESE, DIESAT etc.	Movimento trabalhista, posições sindicais sobre assuntos de saúde.

GAP.

Acordo

MS.MEC.-MPAS. OPS

Maio-82