

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA  
UNICEF.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A RECESSÃO

Solon Magalhães Viana

IPLAN/IPEA/SEPLAN

André César Médici

IEI/UFRJ

Sérgio Francisco Piola

IPLAN/IPEA/SEPLAN

Brasília, 1988

---

As opiniões expressas neste documento são da inteira responsabilidade do autor e, portanto, não refletem, necessariamente, as opiniões ou políticas próprias do escritório do Representante do UNICEF no Brasil ou da Instituição a que ele pertence.

## OS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A RECESSÃO

1. INTRODUÇÃO
2. A CRISE ECONOMICA
  - 2.1. Antecedentes e evolução
  - 2.2. Os efeitos sociais imediatos
3. RECESSÃO E GASTO SOCIAL
4. O GASTO EM SAÚDE
  - 4.1. O comportamento na crise
  - 4.2. A estrutura da despesa pública
  - 4.3. As medidas de ajuste
5. AS POLÍTICAS RACIONALIZADORAS
  - 5.1. As principais medidas
  - 5.2. As limitações
  - 5.3. Um balanço
6. O IMPACTO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA
  - 6.1. As modalidades assistenciais da previdência social
    - 6.1.1. OS CONVENIOS E OS SERVIÇOS CONTRATADOS
    - 6.1.2. A REDE PRÓPRIA DO INAMPS
  - 6.2. O papel das consultas de urgência
  - 6.3. O atendimento básico e especializado
7. O DESEMPENHO DE ALGUNS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS
8. OUTROS RESULTADOS
  - 8.1. A expansão da rede física
  - 8.2. O crescimento do emprego setorial
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 1. INTRODUÇÃO(\*)

A severidade da crise econômica que a partir do início dos anos 80 afetou a América Latina, não tem precedentes nas últimas cinco décadas. Mas, a despeito de algumas características comuns a todos os países latino americanos, essa crise e seus efeitos sociais adquirem contornos próprios em cada país.

No Brasil, a recessão sobreveio imediatamente após um período de desaceleração do crescimento (1974-1980) que sucedeu a fase do chamado "milagre brasileiro", quando o produto cresceu a taxas geométricas anuais superiores a 10% (1968-1973).

Ao instalar-se a crise, a inflação elevou-se a patamares inusitados. O desemprego atingiu níveis dramáticos, particularmente nos grandes centros urbanos. O esforço nacional, que poderia estar canalizado para o resgate da imensa dívida social, passou a priorizar o pagamento do serviço do endividamento externo, contraído durante a euforia dos tempos de prosperidade e amplificado pela alta na taxa internacional de juros.

Entretanto, ainda é insuficiente o conhecimento sobre a repercussão da crise econômica sobre os serviços de saúde. Também pouco se sabe, de forma sistemática e a nível nacional, sobre as modificações que possam ter ocorrido, tanto na composição relativa das diversas fontes de custeio como na própria prestação de serviços médico-sanitários providos pelo setor público.

---

(\*)Este documento é uma síntese de algumas partes dos seguintes trabalhos:

1) "Recessão e Gasto Social: A Conta Social Consolidada (1980-1986)", de Solon M. Vianna, Sérgio F. Piola, Lucia P. de Miranda Baptista, do IPEA e William Paul McGreevey, do BIRD; e

2) "Impacto da Crise Econômica nos Serviços de Saúde: O Caso do Brasil", de Solon M. Viana, André C. Médici, Sérgio F. Piola, Euclides A. de Castilho, Célia L. Szwarcwald, Sebastião F. Camargo e Lorena B. Silva, patrocinado pela OPS e BID.

Se ocorreu uma diminuição dos recursos para a área de saúde, qual a magnitude? Tal redução atingiu todas as fontes? E todos os programas na mesma proporção? Qual o impacto decorrente da criação, em 1982, de uma nova fonte de financiamento (FINSOCIAL)? Como, enfim, as políticas públicas do setor responderam à crise? Quais foram as estratégias de ajuste adotadas?

É possível explicar porque uma eventual redução de recursos não tenha implicado em uma diminuição na prestação de serviços tal como captado por uma primeira leitura das estatísticas setoriais? Teria havido um aumento de eficiência? Queda de qualidade? Ambos? Ou simples queima de gordura em um sistema cronicamente pouco eficiente e infestado de toda a sorte de parasitismos? Ou tudo isso junto? Em síntese, são estas as principais perguntas que se procura responder neste documento.

Não se analisa, neste trabalho, as ações de saneamento e proteção do meio-ambiente, nem os programas de alimentação e nutrição, sendo que estes últimos foram os que apresentaram maior crescimento real durante e depois da crise.

O estudo está concentrado na atuação do Governo Federal no campo da prestação de serviços médicos, hospitalares e sanitários entre 1980 e 1986. A limitação da abrangência é, na verdade, mais aparente do que real. A análise considera perto de 70% dos recursos financeiros oficiais, já que este é o tamanho aproximado da participação das fontes federais no financiamento setorial.

Ademais, como a maior parte do setor privado de saúde e a totalidade das Secretarias Estaduais e inúmeras Secretarias Municipais de Saúde recebem, mediante convênio, recursos da Previdência Social (INAMPS) e do Ministério da Saúde, os serviços prestados nesses níveis estão cobertos pelo estudo.

## 2. A CRISE ECONOMICA

### 2.1.1. Antecedentes e evolução

O exame dos antecedentes da crise revela um padrão de desenvolvimento econômico dinâmico e excludente, expresso em taxas de crescimento com raros similares internacionais convivendo com altos níveis de pobreza.

Revela, também, a existência de setores altamente modernos e tecnificados, ao lado de atividades de baixas produtividade e remuneração que absorvem pelo menos metade da PEA. E, ainda, a presença significativa de um estado cuja inegável modernização contemplou menos o social do que o econômico. Tais características acentuaram, principalmente nas últimas duas décadas, as desigualdades presentes na sociedade brasileira.

O histórico econômico deste período apresenta 3 fases distintas. A fase de crescimento acelerado - o chamado "milagre brasileiro" - entre 1968 e 1973, quando o PIB cresceu a taxas geométricas de 11,2% ao ano e a inflação alcançou seu nível mais baixo (15,5% em 1973).

A desaceleração do crescimento (crescimento do PIB na ordem de 7,5% ao ano), entre 1974 e 1980, decorreu não só dos choques do petróleo, como das condições das trocas internacionais. A manutenção do crescimento, ainda que com taxas mais modestas neste período, se deve aos volumosos investimentos estatais, principalmente em insumos básicos, energia, mineração, prospecção de petróleo e transportes. Nesta fase a inflação retomou sua curva ascendente e cresceu o endividamento externo, embora ao final de 1975, em plena recessão mundial, o Brasil pudesse dar a impressão de ser uma ilha de prosperidade, graças aos grandes empreendimentos governamentais em andamento.

A crise explícita, terceira etapa (1981-1984), fez com que o PIB "per capita" decrescesse de US\$2055 para US\$1708 entre 1980 e 1984 (Tabela 2.1.). A produção da indústria de transformação caiu cerca

de 12,2% e o investimento em geral foi drasticamente reduzido. Ao mesmo tempo, as taxas de inflação que se mantiveram próximas de 100% em 1981 e 1982, pularam para 211% em 1983, demonstrando a ineficácia das tentativas estabilizadoras adotadas. A dívida externa, por sua vez, elevou-se de US\$62,8 bilhões para US\$99,8 bilhões entre 1980 e 1984.

O ano de 1985 representa a continuidade da recuperação econômica iniciada em fins do ano anterior. O PIB "per capita", que crescera para US\$1855 em 1985, subiu para US\$1960 em 1986 (Tabela 2.1.). O desemprego aberto caiu ao longo de 1985 e 1986, só voltando a aumentar em maio de 1987. O mesmo aconteceu com o salário real. Mas o nível de investimento permaneceu muito baixo, tanto em 1985 como em 1986. Sua participação no PIB atingiu em 1985 o seu ponto mais baixo desde 1970.

O êxito inicial do Plano Cruzado (congelamento de preços e salários em março de 1986), eliminando a inflação com o "choque heterodoxo", foi anulado em seguida pela resistência do governo em proceder a uma revisão dos preços defasados a partir de junho.

A popularidade propiciada pelo Plano levou o Governo a uma grande vitória nas eleições de novembro. A partir daí, as medidas tardias de correção de curso, encerrando a curta fase de euforia, não impediram o retorno da inflação, já que suas causas básicas não haviam sido combatidas.

## 2.2. Os efeitos sociais imediatos

O rebaixamento dos salários reais e a ampliação do leque de remunerações foi a tônica da política salarial, mesmo antes da recessão, embora esta viesse agravar o problema. Tal política atuou como instrumento de redução dos custos industriais, aumentando assim a competitividade externa dos manufaturados nacionais.

Os efeitos combinados da recessão e da política salarial de corte restritivo trouxeram uma queda na qualidade de vida da população, consubstanciada no aumento dos níveis de desemprego, na queda dos salários reais e na elevação dos níveis de desproteção dos trabalhadores, representada pelo incremento do número de empregados sem vínculo formal e, por conseguinte, sem proteção previdenciária.

As taxas de atividade, entretanto, cresceram pressionadas pela proliferação das ocupações de baixa remuneração que caracterizam o setor informal da economia. A taxa de desemprego aberto aumentou de 1,84% em 1976 para 4,86% em 1983. Com a tênue recuperação da economia, a partir de setembro de 1984, a taxa de desemprego desceu para 3,38% em 1985 (Tabela 2.2.).

Entre 1979 e 1983, o percentual de empregados sem carteira de trabalho assinada, em relação ao total de empregados, aumentou de 40,1% para 47,2%, reduzindo-se discretamente em 1984 para 45,1%. A taxa de "não contribuição à Previdência Social", dada pela relação entre os trabalhadores que não contribuíram para a previdência e o total de trabalhadores, subiu de 50,1% (1981) para 52,3% em 1983 e 53,2% em 1984 (Tabela 2.2.).

TABELA 2.1  
EVOLUCAO REAL DO PRODUTO INTERNO BRUTO  
E DA POPULACAO BRASILEIRA ESTIMADA (1980-1986)

Em US\$ Milhoes de 1986.

Anos de Referencia	Produto Interno	Populacao	PIB
	Bruto (1)	(Em Mil Hab.) (2)	Per Capita (Em US\$)
1980	244,578.3	119,062.7	2,055.2
1981	228,002.7	121,954.9	1,869.6
1982	226,980.5	124,980.4	1,816.1
1983	218,915.0	128,098.9	1,709.0
1984	224,225.4	131,258.3	1,708.3
1985	248,550.4	134,514.6	1,855.2
1986(3)	270,144.5	137,851.7	1,959.7

FONTE: CCN/IBRE/FGV, "Revista Conjuntura Economica", V.44, de maio de 1987 e IBGE, Censos Demograficos de 1970 e 1980.

(1) - Os dados do PIB correspondente a serie existente, em termos nominais, na revista "Conjuntura Economica", v.44, maio/87 e deflacionado pelo Índice Geral de Precos-Disponibilidade Interna (media para 1986), a precos medios de 1986. Esta serie foi convertida para Dolares constantes de 1986, em termos medios. As duvidas quanto as taxas de crescimento encontradas deveram ser esclarecidas na observacao constante na tabela 4.1. A taxa media de cambio calculada para 1986 foi de Cz\$ 13,55 por dolar.

(2) - O dado de populacao de 1980 corresponde ao valor da populacao residente encontrada nos resultados definitivos do Censo Demografico de 1980. Os dados para os anos seguintes da serie foram projetados de acordo com a taxa geometrica de crescimento anual encontrada para o periodo 1970-1980.

(3) - Resultados Preliminares.

ELABORACAO: Andre Cezar Medici.

TABELA 2.2

BRASIL: INDICADORES DE PRECARIIDADE DO MERCADO DE TRABALHO  
1976 - 1985

Em Percentagem

ANOS	EMPREGADOS SEM CARTEIRA ASSINADA		OCUPADOS COM RENDA INFERIOR A 1 SALARIO MINIMO	OCUPADOS QUE NADA DESCONTAM PARA PREVIDENCIA	TAXA DE PRECARIIDADE	TAXA DE DESOCUPACAO
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	1976	23.3	33.7	43.7	-	-
1977	25.0	41.1	46.9	-	-	2.32
1978	25.0	40.1	45.1	51.7	-	2.36
1979	25.1	40.1	41.6	50.9	-	2.76
1981	25.8	41.9	38.6	50.1	52.4	4.26
1983	29.2	47.2	41.7	52.3	58.0	4.86
1984	27.6	45.1	40.9	53.2	56.3	4.26
1985	29.1	43.5	42.1	52.7	57.6	3.38

FONTE: Fundacao IBGE, PNAD's 1976-1985.

- (1) Empregados que nao possuiam carteira de trabalho assinada pelo empregador como parte dos ocupados.
- (2) Empregados que nao possuiam carteira de trabalho assinada pelo empregador como parte dos empregados.
- (3) Ocupados com renda inferior a um salario-minimo como parte dos ocupados.
- (4) Trabalhadores que nao descontam para a previdencia social como parte dos ocupados.
- (5) A taxa de precariedade do mercado do trabalho e a soma dos desempregados abertos, adicionados dos ocupados com renda inferior a 1 salario-minimo e dos ocupados com renda entre 1 e 2 salarios-minimos que nao descontam para a Previdencia Social. Este total e dividido pela PEA.

Ods. : Nos anos de final zero, que correspondem a realizacao dos Censos Demograficos, nao sao feitas as PNAD's. Nesse sentido nao existem PNAD 1980. Em 1982 os dados de mao-de-obra da PNAD ficaram incompativeis com os relativos aos demais anos, em funcao de alteracoes no periodo de referencia, o que foi corrigido a partir de 1983. Resolveu-se, portanto, nao utilizar as informacoes de 1982.

### 3. RECESSÃO E GASTO SOCIAL

O entendimento dos efeitos da crise sobre a dinâmica das políticas governamentais de cunho social passa, antes de tudo, pelo conhecimento do comportamento dos gastos governamentais com esses programas. Assim, esta seção está dedicada à análise dos sucessivos cortes de recursos que os programas sociais sofreram ao longo dos anos mais duros da última crise econômica.

As despesas do Governo Federal com seus programas sociais, depois de quedas reais sucessivas em 1983 e 1984, apresentaram nítida recuperação em 1985 e 1986. Apesar de um crescimento em 1985 de 17,1% em relação ao ano anterior, e de 12,7% em 1986 em confronto com 1985, as despesas sociais federais ainda ficaram inferiores às registradas em 1982 (Tabela 3.1.).

O mesmo ocorreu com a evolução dessas despesas em relação ao PIB. O percentual até 1983 se manteve em torno de 10%, baixando para 7,9% em 1984, aumentando em 1985 para 8,5 e para 8,9 em 1986 (Tabela 3.1.).

A participação das fontes que compõem o orçamento fiscal (\*), no financiamento das políticas sociais, ficou inferior a 1/3 do total das aplicações na área, até 1984. Ainda que descendo a 27,5% em 1982, o percentual subiu em 1984, alcançando em 1985 36,9% e 39,6% em 1986 (Tabela 3.1.).

Entre 1980 e 1984, os gastos do Tesouro (Orçamento Fiscal) sofreram uma queda real de 15%, e o gasto social financiado por esta fonte caiu em 14%. Em 1985 e 1986, os gastos totais do Tesouro aumentaram em 18% e 74%. Os gastos sociais custeados por essa fonte, após 3 anos de quedas sucessivas, cresceram 42% e 21% nesses dois anos (Tabela 3.2.)

---

(\*) Inclui a contribuição social que compõe o FINSOCIAL criada em 1982 (Decreto-Lei nº 1940).

No Orçamento Fiscal (Tabela 3.2.) ficou caracterizado um nítido aumento de prioridade para a área social em 1985. Neste ano, o percentual do gasto social vis\_à:vis a despesa total do Tesouro chegou a 33%, o maior no período analisado. Em 1986, apesar do gasto federal com recursos do Tesouro na área social ter crescido 21% em relação a 1985, a participação deste gasto, dentro da despesa total do Tesouro, é a menor observada no período (23,1%) (Tabela 3.2.).

Na verdade, se tivesse sido mantido em 1986 o mesmo percentual de 1985 (33,1%), conforme a Tabela 3.2., o gasto social com recursos do Orçamento Fiscal teria alcançado mais de Cz\$180 bilhões (preços de 1986). Nessa hipótese, o gasto social federal como um todo teria subido para cerca de Cz\$ 374 bilhões, o que seria o maior valor no período analisado.

As perdas nos fundos sociais durante a crise, também foram severas (Tabela 3.3.). As despesas do SINPAS(FPAS) (\*) caíram 15% entre 1980 e 1984. Em 1985 e 1986, elas cresceram, embora ainda mantivessem níveis inferiores a 1982. O crescimento deste biênio pode ser atribuído ao aumento da massa de salários e, em plano secundário, ao aumento de eficiência na arrecadação. Isto porque, pelo menos 90% dos recursos do FPAS provêm das contribuições sobre a folha de salários.

O FAS (\*\*) também sofreu reduções reais, particularmente entre 1982/1983 (-23,2%) e 1983/1984 (-43,9%). Fenômeno semelhante ocorreu com os recursos do BNH, em que os gastos se reduziram em 62,7% entre 1980 e 1984 (Tabela 3.3.).

Entretanto, o FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social, entretanto, criado em 1982, conseguiu manter-se sem perdas entre 1983 e 1984,

---

(\*) Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Fundo de Previdência e Assistência Social).

(\*\*) Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social

crescendo 23,7% em 1985 em relação ao ano anterior, ganhos que - nem de perto - neutralizaram as perdas das demais fontes. A Tabela 3.3. não demonstra esse fato, porque destaca apenas a parcela do Fundo a cargo do BNDES.

E preciso ter em conta que o FINSOCIAL faz parte, desde 1983, do orçamento fiscal. Em 1984 (\*) os recursos originários dessa fonte representaram 10%, 47,8% e 50,2%, respectivamente, dos gastos do MEC, MS e MINTER. No ano seguinte esses percentuais foram de 24,8%, 71,1% e 24,2%.

Em 1985 e 1986, 80,4% e 96,3% da receita desse Fundo foram utilizados como fonte convencional do Tesouro para compor os orçamentos dos Ministérios da área social. Esse percentual foi de apenas 21,1% em 1984 e poderá alcançar a 95,8% em 1987 (\*\*).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o FINSOCIAL tem sido, não um instrumento de expansão da área social, como justificado na sua criação, mas apenas uma fonte substitutiva da receita tributária, no interior do Orçamento Fiscal do Governo.

A Tabela 3.4. mostra a participação relativa das diferentes áreas nos dispêndios sociais do Governo Federal, consideradas todas as fontes. Os recursos para Saúde tiveram uma presença relativamente estável entre 80 e 86. As áreas de Habitação e Urbanismo e Alimentação e Nutrição apresentaram comportamentos opostos. Enquanto a primeira teve sua participação nos gastos sociais federais diminuída de 12,2% em 1980 para 3,9% em 1986, a segunda área quadruplicou sua participação no mesmo intervalo de tempo.

---

(\*) REZENDE, Fernando e SILVA, Beatriz A. Estudos para a Reforma Tributária. Tomo 4, Contribuições Sociais. IPEA. Textos para discussão interna nº 107. Março 1987.

(\*\*) ABREU E LIMA M., BAPTISTA L. e MUNIZ, K. FINSOCIAL - Análise Sumária de Financiamento (1982-1986). IPEA/ASTEC-FINSOCIAL, Janeiro, 1987.

TABELA 3.1

BRASIL: EVOLUCAO DO GASTO FEDERAL NA AREA SOCIAL, TOTAL E PER-CAPITA  
E PARTICIPACAO DOS RECURSOS DO TESOIRO NA DESPESA TOTAL  
1980 - 1985

(Precos de 1986)

ANO	GASTO SOCIAL FEDERAL (1)							
	TOTAL			PER-CAPITA			RECURSOS DO TESOIRO (2)	
	Cz\$ (A)	Var. % a.a.	% do PIB	Cz\$ Mil.	US\$	Var. % a.a.	Cz\$ Mil (B)	% B/A
1980	307,476,987	-	9.2	2,526.66	185.10	-	85,252,723	27.7
1981	312,472,745	1.6	10.0	2,511.03	183.95	(0.6)	92,954,230	29.7
1982	331,635,938	6.1	10.7	2,606.24	190.93	3.8	91,295,605	27.5
1983	279,392,479	(15.7)	9.3	2,147.19	157.30	(17.6)	68,696,330	28.2
1984	241,813,106	(20.6)	7.9	1,817.35	133.13	(22.4)	73,196,480	30.3
1985	283,284,329	17.1	8.5	2,082.04	152.53	14.6	104,672,221	36.9
1986	319,166,501	12.7	8.9	2,297.50	168.31	10.3	126,485,893	39.6

FONTE: VIANNA, S.M.; PIOLA, S.F.; BAPTISTA, L. e McGREEVEY, W.P. - Recessao e Gasto Social: A Conta Social Consolidada-CSC (1980-1986) IPEA/IPLAN - Banco Mundial. Em fase de publicacao. Brasilia, junho de 1987.

NOTAS: (1) Todas as fontes.

(2) Inclui recursos do FINSOCIAL alocados nos orcamentos dos Ministerios Setoriais a partir de 1983.

TABELA 3.2

BRASIL: EVOLUCAO DAS DESPESAS DO TESOIRO (ORCAMENTO FISCAL)  
TOTAIS E COM AS AREAS SOCIAIS (1)  
1980 - 1986

Em Cz\$ Milhoes de 1986

ANO	GASTO DO TESOIRO FEDERAL		
	TOTAL	GASTO SOCIAL	
	Cz\$ 1.000,00 (A)	Cz\$ 1.000,00 (B)	% B/A
1980	314,600,394,636	85,252,723,476	27.1
1981	283,689,578,111	92,954,229,646	32.8
1982	297,230,023,848	91,295,605,508	30.7
1983	280,745,015,678	78,696,330,549	28.0
1984	266,784,013,442	73,196,479,763	27.4
1985	315,969,650,297	104,672,220,735	33.1
1986	548,108,711,200	126,485,893,500	23.1

FONTE: VIANNA, S.M.; PIOLA, S.F.; BAPTISTA, L. e McGREEVEY, W.P.  
op.cit.

(1) Saude, Alimentacao e Nutricao, Saneamento e Protecao do Meio Ambiente, Educacao e Cultura, Habitacao e Urbanismo, Trabalho e Assistencia e Previdencia.

TABELA 3.3.  
GASTO SOCIAL FEDERAL, POR FONTES  
1980 - 1986

Em Cz\$ Milhoes de 1986

ANOS	TESOURO (1)			FPAS			FAS			BNH			FINSOCIAL (2)			OUTRAS			TOTAL		
	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%	Valor	Indice	%
1980	85,252.7	100.0	27.7	171,923.2	100.0	55.9	4,123.3	100.0	1.3	45,363.1	100.0	14.8	-	-	-	814.7	100.0	0.3	307,477.0	100.0	100.0
1981	92,954.2	109.0	29.7	174,572.7	101.5	55.9	4,379.7	106.2	1.4	39,821.6	87.8	12.7	-	-	-	744.5	91.4	0.2	312,472.7	101.6	100.0
1982	91,295.6	107.1	27.5	193,939.6	112.8	58.5	4,245.6	103.0	1.3	39,269.0	86.6	11.8	2,345.1	100.0	0.7	541.0	66.4	0.2	331,636	107.9	100.0
1983	78,696.3	92.3	28.2	162,874.7	94.7	58.3	3,258.1	79.0	1.2	29,677.2	65.4	10.6	4,812.5	205.2	1.7	73.7	9.0	0.0	279,393	90.9	100.0
1984	73,196.5	85.9	30.3	146,484.9	85.2	60.6	1,826.2	44.3	0.8	16,902.6	37.3	7.0	3,367.6	143.6	1.4	35.3	4.3	0.0	241,813	78.6	100.0
1985	104,672.2	122.8	36.9	153,025.3	89.0	54.0	1,162.3	28.2	0.4	20,192.3	44.5	7.1	4,232.2	180.5	1.5	-	-	-	283,284	92.1	100.0
1986	126,485.9	148.4	39.6	176,453.1	102.6	55.3	1,287.5	31.2	0.4	14,610.0	32.2	4.6	330.0	14.1	0.1	-	-	-	319,167	103.8	100.0

FONTES:

(1) Inclui recursos do FINSOCIAL alocados nos Ministerios Setoriais a partir de 1983.

(2) Alocacoes do BNDES.

TABELA 3.4  
BRASIL: PARTICIPACAO RELATIVA DAS DIFERENTES AREAS NAS DESPESAS DO  
GOVERNO FEDERAL NA AREA SOCIAL  
1980-1985

AREAS	ANOS						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Alimentacao e Nutricao	0.6	0.7	0.7	1.0	1.2	2.0	2.6
Saude	18.8	17.3	17.0	16.0	19.5	18.9	18.0
Saneamento	3.5	4.3	4.1	3.2	2.3	3.7	2.9
Educacao e Cultura	11.0	11.3	11.7	11.0	11.7	13.9	16.5
Habitacao e Urbanismo	12.2	9.4	9.2	8.5	5.8	4.9	3.9
Trabalho	0.4	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.7
Assistencia e Previdencia	53.5	56.7	56.9	59.8	59.1	56.1	55.4

FONTES: VIANNA, S.M., PIOLA, S.F., BAPTISTA, L. e McGREEVEY, W.P. op.cit.

#### 4. O GASTO EM SAÚDE

##### 4.1. O comportamento na crise

O gasto federal "per capita" em saúde (\*) no período 1980-1983 caiu de US\$35,64 para US\$ 26,63. Em 1984 teve início uma discreta recuperação desse indicador, embora o valor máximo, obtido em 1986, não alcançasse a US\$32,00, taxa inferior àquela dispendida em qualquer um dos três primeiros anos da década (Tabela 4.1.).

A evolução do gasto federal, como percentual do PIB, não é muito diferente: valores decrescentes até 1983, com ligeira elevação em 1982, passando a aumentar a partir de 1984, mas apresentando uma pequena queda no último ano (1986) do período analisado, quando o percentual foi de 1,67% (Tabela 4.1.).

Com base nesse indicador, a posição do Brasil é de desconforto, quando confrontada com a de países desenvolvidos, nos quais o governo joga um papel importante no setor saúde ou até mesmo se comparada com países em desenvolvimento cujas economias não possuam o porte da brasileira.

Ainda que se agregue ao gasto federal em saúde as despesas estimadas para os estados e municípios com a mesma função, o que elevaria o percentual para cerca de 2,2% do PIB, a colocação do Brasil no ranking internacional estaria próxima à Tanzânia, Perú e Venezuela, e bastante distante de países como Austrália (4,4%), Alemanha Ocidental (6,1%) e Suécia (7,5%) (Tabela 4.2.).

A queda dos recursos federais não foi compensada - o que não surpreende em um país com estrutura tributária fortemente centralizada - por um maior aporte dos gastos estaduais. Estes também caíram de forma significativa durante a recessão. E é

---

(\*) Não inclui as despesas com programas de alimentação e nutrição e de saneamento e proteção ao meio-ambiente. Inclui as despesas da previdência social com assistência médica.

improvável que as despesas municipais tenham tido comportamento diferente.

A Tabela 4.3. mostra que os gastos consolidados dos governos estaduais com seus programas de saúde caíram, entre 1979 e 1984, de US\$ 964,1 milhões para US\$ 874 milhões. A queda, como mostra a mesma Tabela, alcançou todos os itens de despesa, sendo menor nos gastos de consumo.

As despesas com saúde (\*) das pessoas físicas também decresceram entre 1979 e 1984. Os abatimentos na renda bruta dos gastos com saúde passaram de US\$1.125,4 milhões, em 1979, para pouco mais da metade (US\$617,2 milhões) em 1984. (\*\*).

Se essa diminuição ocorreu na camada mais rica da população, ou seja, aquele segmento que faz declaração anual de renda, muito provavelmente ocorreu também - e talvez em maior grau - entre os mais pobres.

O indicador utilizado, entretanto, expõe apenas a ponta do iceberg das despesas pessoais com saúde, o que não anula por inteiro a sua utilidade. A limitação não decorre apenas do pequeno percentual da população declarante de renda em relação ao total da PEA. Um fator adicional da imprecisão, de difícil quantificação, é o "acerto" entre profissionais (médicos e dentistas) e pacientes, quanto aos preços de tratamento. O preço diminui se o consumidor dispensar o recibo. E, sem comprovante, a despesa não pode ser abatida da renda bruta e, assim, não aparece como despesa em saúde.

---

(\*) Pagamento de honorários profissionais (médicos, dentistas e psicólogos) e despesas hospitalares e com exames complementares (radiologias, laboratórios, etc.).

(\*\*) Ministério da Fazenda. Centro de Informação Econômico-Fiscais.

#### 4.2. A estrutura da despesa pública

Uma das principais mudanças ocorridas na estrutura do gasto federal em saúde, ao longo da recessão, foi o aumento da participação dos recursos do Orçamento Fiscal no montante global dos desembolsos. Conseqüentemente, as fontes vinculadas à área social, particularmente o FPAS, tiveram sua participação relativa diminuída, mesmo nos 2 anos pós crise (1985-1986).

Em 1980 os recursos do Tesouro participavam com menos de 13% no gasto total. Essa participação teve crescimento constante (com uma pequena queda em 1984), até atingir 21,8% em 1986 (Tabelas 4.4. e 4.5.).

Dessa forma, os fundos sociais, sobretudo o FPAS, sofreram perdas relativas sucessivas. De uma participação da ordem de 85% nas despesas com saúde, os recursos oriundos da previdência social diminuíram sua presença no período, chegando a 77,7% em 1986. (Tabelas 4.4. e 4.5.).

A Tabela 4.6. mostra a distribuição percentual do gasto federal consolidado em saúde, segundo a natureza econômica da despesa. Não só durante a recessão mas, por igual, nos dois anos subsequentes, registrou-se uma taxa de investimento inferior a 3%, o que pelo menos sugere uma tendência ao sucateamento da capacidade instalada do setor público de prestação de serviços.

Também as despesas de custeio tiveram sua participação relativa no gasto global reduzida em escala significativa, passando de 86,1% em 1980 para 65,2% em 1986. Tal redução pode ser explicada pela queda expressiva no gasto com serviços de terceiros, rubrica fortemente influenciada pelas despesas do INAMPS com a rede privada contratada - que decresceu de 63% (1980) para 36,1% (1986).

O crescimento das Transferências Correntes e de Capital surge como resultado da estratégia de fortalecer os serviços de saúde oferecidos pelos estados e municípios.

As despesas do INAMPS - o componente de maior magnitude financeira do gasto federal - estão na Tabela 4.7. Essa Tabela mostra o crescimento real, a partir de 1981, dos recursos para os serviços próprios e para convênios com outros órgãos governamentais, em detrimento dos gastos com o setor privado, que se reduzem no período considerado (81-86).

A evolução dos dispêndios pelos Sub Programas típicos da Função Saúde e Saneamento (Programa Saúde)(\*) - excluído o Sub Programa Alimentação e Nutrição - apresenta pelo menos dois aspectos destacáveis.

Em primeiro lugar, o Sub Programa Assistência Médica e Sanitária, o mais importante em volume de recursos, é o único que em 1986 não apresentou recuperação em relação às perdas sofridas durante a recessão (Tabela 4.8.).

Em segundo, áreas como Controle de Doenças Transmissíveis e Vigilância Sanitária, sobretudo esta última, que em 1984 contou apenas com a metade das disponibilidades de 1980, - mostraram em 1986 recuperação expressiva, atingindo índices (1980=100) de 215 e 214 respectivamente (Tabela 4.8.);

No orçamento fiscal, o Ministério da Saúde, responsável pelos programas de saúde pública, teve uma participação sempre inferior a 2% entre 1970 e 1984. Em 1985 subiu para 2,6%, caindo discretamente em 1986 (2,25%) (Tabela 4.9.).

Os recursos do FPAS, em sua maior parte, são destinados ao pagamento de pensões e aposentadorias. Entre 1970 e 1976 a parcela destinada à assistência médica chegou a atingir mais de 30%. A partir de então, começou a declinar, alcançando 27,6% em 1979 e 21,9% em 1983, elevando-se em 1985 para 26,7% e caindo novamente em 86 para 25,2% (Tabela 4.10).

---

(\*) Conforme a Classificação Funcional Programática adotada no orçamento federal.

Esta fonte, baseada fundamentalmente em alíquota sobre a folha de salário e remunerações dos trabalhadores assalariados ou autônomos, é muito sensível às flutuações cíclicas da economia. Daí porque a política econômica de estabilização, praticada ao longo da crise, acarretou - além da queda dos níveis de poupança, emprego e salários - fortes restrições aos financiamentos das políticas previdenciárias que deveriam fazer frente a estas mesmas condições de agravamento.

#### 4.3. As medidas de ajuste

A criação do FINSOCIAL (1982) cujos recursos são oriundos da "contribuição social" à qual, para algumas empresas, é baseada em alíquota sobre o faturamento e para outras em alíquota sobre o imposto de renda devido ou supostamente devido, não compensou as perdas sofridas pelas demais fontes (\*). Apenas impediu que os recursos setoriais se estiolassem ainda mais, principalmente em áreas prioritárias, como doenças endêmicas e alimentação e nutrição. Embora essa fonte tenha crescido no período, as aplicações em saúde tiveram comportamento oscilante (Tabela 4.11.).

A compensação para as perdas do FPAS foi buscada, a partir de Janeiro de 81, predominantemente com a elevação da contribuição empresarial e dos trabalhadores assalariados, dos autônomos e, ainda, dos aposentados e pensionistas (\*\*). A receita subiu em 1982 mas voltou a cair, fazendo com que a previdência acumulasse novos déficits em 1983 e 1984 (Tabela 4.12.).

Além dessas medidas, cabe ressaltar, no campo das contribuições compulsórias da Previdência, a ampliação da base de incidência das contribuições das empresas ao SESI, SENAI, SENAC e SESC, destinando

---

(\*) Ver Capítulo 3.

(\*\*) A taxação de aposentados e pensionistas foi extinta em 1986.

ao SINPAS o valor excedente da arrecadação face ao orçamento destes órgãos. Foi concedido, também, crédito orçamentário suplementar ac MPAS de Cz\$50 bilhões, além de possibilitar a emissão de Cz\$180 bilhões em ORTNs especiais, destinadas a cobrir o déficit da Previdência.

No campo da despesa, foram reforçadas as estratégias de saneamento administrativo e financeiro da Previdência, destacando-se o combate às fraudes nos benefícios e na assistência médica. Outra medida foi a redução do valor real dos pagamentos efetuados à rede privada que, mediante contrato com o INAMPS, presta assistência médico-hospitalar à clientela previdenciária.

TABELA 4.1  
BRASIL: RELACOES ENTRE O GASTO FEDERAL COM SAUDE,  
O PIB E A POPULACAO  
1980 - 1986

(Em US\$ de 1986).

ANOS	GASTO FEDERAL EM SAUDE SOBRE O PIB (%)	GASTO FEDERAL EM SAUDE PER CAPITA ANUAL (US\$)
1980	1.74	35.64
1981	1.76	32.95
1982	1.84	33.33
1983	1.56	26.63
1984	1.59	27.13
1985	1.68	30.27
1986	1.67	31.85

TABELA 4.2  
PERCENTUAL DO GASTO PUBLICO COM SAUDE EM RELACAO AO PIB  
EM ALGUNS PAISES DESENVOLVIDOS E EM DESENVOLVIMENTO  
EM ANOS RECENTES

PAISES	ANO	% DO PIB
DESENVOLVIDOS		
Australia	1982	3.2
Austria	1983	4.4
Franca	1982	0.5
Alemanha Ocidental	1982	6.1
Grecia	1983	1.9
Italia	1982	3.2
Japao	1983	0.4
Noruega	1983	4.2
Suecia	1982	7.5
Estados Unidos	1983	1.2
EM DESENVOLVIMENTO		
Tanzania	1983	1.9
Zimbane	1981	1.6
Colombia	1982	0.9
Honduras	1983	1.5
Peru	1983	2.2
Venezuela	1982	1.9
India	1982	0.6
Sri Lanka	1983	1.1
Paquistao	1983	0.5
Brasil	1986	2.2

FONTES: ABEL SMITH, B. - The World Economic Crisis.  
Parte 1. Repercussions on Health. Health Policy  
and Planning 1 (3): 202-213. Oxford University  
Press, 1986.

TABELA 4.3  
BRASIL: GASTOS SOCIAIS CONSOLIDADOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS COM OS PROGRAMAS DE SAUDE  
SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA  
1979 - 1984

Em US\$ Milhoes de 1986

NATUREZA DA DESPESA	ANOS DE REFERENCIA			
	1979		1984	
	VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	964.1	100.0	874.0	100.0
FORMACAO BRUTA DE CAPITAL FIXO	73.3	7.6	65.5	7.5
CONSUMO	833.1	86.4	792.5	90.7
TRANSFERENCIAS	36.5	3.8	15.9	1.8
INVERSOES FINANCEIRAS	21.2	2.2	0.1	0.0

FONTE: MEDICI, A.C. - "O custeio da politica social ao nivel regional: Subsidios para uma estrategia de descentralizacao".

OBS. : Estao excluidas as transferencias inter-governamentais e intra-governamentais, dado que elas representam duplicacao de recursos ao nivel destas esferas.

TABELA 4.4  
BRASAO DO GASTO FEDERAL CONSOLIDADO EM SAUDE, POR FONTES  
1980 a 1986

US\$ Milhoes de 1986

ANOS	GASTO EM SAUDE POR FONTES						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTRAS
		TOTAL	ORD. VINCULADO	FINSOCIAL			
1980	4,245.2	548.4	548.4	-	3,614.2	67.1	15.5
1981	4,018.6	572.2	572.2	-	3,337.5	87.0	21.9
1982	4,165.3	647.2	647.2	-	3,406.9	80.4	30.8
1983	3,411.4	625.1	559.6	87.6	2,740.1	40.8	5.4
1984	3,561.6	577.8	504.1	73.7	2,919.3	62.0	2.5
1985	4,071.1	829.9	729.8	100.1	3,217.8	23.4	...
1986(4)	4,391.2	955.0	943.3	11.7	3,413.1	23.1	...

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

OBS. : Os gastos do Tesouro ordinarios vinculados incluem recursos do FINSOCIAL alocados no orcamento do Ministerio da Saude. Ja os gastos sob a rubrica FINSOCIAL referem-se apenas aos recursos alocados aos Ministerios para a funcao saude atraves do BNDES. Os gastos em saude do FPAS nao correspondem somente aos gastos do INAMPS, mas tambem aos gastos de saude de outros orgaos da Previdencia e repasses da Previdencia para gastos de saude de saude de outros orgaos da Previdencia e repasses da Previdencia para gastos em saude em outras esferas.

TABELA 4.5  
BRASIL: DISTRIBUICAO AL CONSOLIDADO EM SAUDE, POR FONTE  
1980-1986

ANOS	GASTO EM SAUDE POR FONTES						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTRAS
		TOTAL	ORD. VINCULADO	FINSOCIAL			
1980	100.0	12.9	12.9		85.1	1.6	0.4
1981	100.0	14.2	14.2		83.0	2.2	0.6
1982	100.0	15.5	15.5		81.8	1.9	0.8
1983	100.0	18.3	16.4	1.9	80.3	1.2	0.2
1984	100.0	16.2	14.2	2.0	82.0	1.7	0.1
1985	100.0	20.4	17.9	2.5	79.0	0.6	-
1986(4)	100.0	21.8	21.5	0.3	77.7	0.5	-

FONTE: Tabela 4.4

TABELA 4.6  
BRASIL: ESTRUTURA DO GASTO FEDERAL CONSOLIDADO EM SAUDE  
SEGUNDO A NATUREZA ECONOMICA DA DESPESA  
1980 - 1986

NATUREZA DA DESPESA	Em Percentagem			
	ANOS			
	1980	1982	1984	1986
TOTAL GERAL	100.0	100.0	100.0	100.0
DESPESA DE CUSTEIO	86.1	78.9	77.4	65.2
- Pessoal	16.4	18.3	16.3	21.7
- Servicos de Terceiros	63.0	55.4	56.1	36.1
- Outras	6.7	5.2	5.0	7.4
TRANSFERENCIAS CORRENTES	9.5	15.7	17.9	28.4
- Intra-governamentais	5.5	5.4	6.2	11.3
- Inter-governamentais	1.2	6.0	6.9	10.7
- Outras Transferencias	2.8	4.3	4.8	6.4
INVESTIMENTOS	2.8	2.9	2.3	2.9
INVERSOES FINANCEIRAS	0.2	0.1	0.0	0.0
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	1.4	2.4	2.4	3.5

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP.

TABELA 4.7  
BRASIL: INAMPS - EVOLUCAO DAS DESPESAS REALIZADAS, SEGUNDO PROGRAMA DE TRABALHO  
1981 - 1986

(Em US\$ Milhoes de 1986)

PROGRAMAS	ANOS					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
TOTAL GERAL	3,337.5	3,480.1	2,740.1	2,919.6	3,217.9	3,410.9
ADMINISTRACAO	181.7	177.3	134.8	119.6	163.5	199.7
ASSISTENCIA MEDICA E SANITARIA	3,107.6	3,181.5	2,476.9	2,691.5	2,906.6	3,029.4
Constr. e Expansao de Unidades de Assistencia Medica	-	-	-	-	-	1.1
Constr. e Expansao de Unidades Ambulatoriais	-	-	-	-	-	7.6
Assistencia Medica - Servicos Proprios	618.9	636.5	548.2	555.9	823.8	933.6
Assistencia Medica - Servicos Contratados	1,853.6	1,900.8	1,466.5	1,701.9	1,373.3	1,401.1
Participacao no custeio da assistencia medica prestado para outros orgaos governamentais	157.5	185.2	125.0	140.4	270.9	360.5
Participacao no custeio da assistencia medica prestado para Hospitais Universitarios de Ensino	74.8	100.8	89.9	79.8	156.1	148.0
Manutencao da rede de distribuicao de medicamentos	77.0	72.9	52.0	51.4	69.3	42.4
Participacao no custeio da assistencia medica prestado para Entidades Filantropicas	112.6	124.3	87.1	61.3	75.4	50.1
Participacao no custeio da assistencia medica prestado para Sindicatos e outras Entidades de Classe	85.8	60.9	42.2	31.2	34.2	30.1
Participacao no custeio da assistencia medica prestado para Empresas.	116.0	100.1	48.9	28.3	24.5	11.7
Reorientacao e racionalizacao da assistencia medica	-	-	17.0	41.3	79.0	43.0
Participacao de Organismos Internacionais - Projetos	11.5	-	-	-	-	0.1
OUTROS PROGRAMAS	48.2	121.3	128.4	108.5	147.8	181.8

FONTES: a) INAMPS EM DADOS (1979-1985).

b) MPAS/Secretaria de Planejamento e Orcamento (1986).

NOTA : Esta serie foi deflacionada pelo Indice Geral de Precos - Disponibilidade Interna a precos medios de 1986, e convertida para dolares constantes de 1986. A taxa media de cambio calculada para 1986 foi de Cz\$ 13.65 por dolar.

TABELA 4.8  
BRASIL : EVOLUCAO DAS DESPESAS DOS SUBPROGRAMAS TIPICOS (\*) DO PROGRAMA SAUDE(1).  
1980 A 1986

(Indice - Base : 1980 = 100)

SUBPROGRAMAS	ANOS						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
TOTAL	100	94	99	80	84	99	110
- Assistencia Medico Sanitaria	100	92	95	75	80	87	93
- Controle de Doencas Transmissiveis	100	68	88	68	72	136	215
- Vigilancia Sanitaria	100	111	95	70	50	133	214
- Produtos Profilaticos e Terapeuticos	100	125	119	86	76	92	103
- Demais Subprogramas	100	117	118	108	99	139	132

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP

(\*) - Nao inclui Alimentacao e Nutricao.

TABELA 4.9  
BRASIL: PARTICIPACAO DO MINISTERIO DA SAUDE  
NA DESPESA GERAL DA UNIAO  
1970 - 1986

Em Percentagem

ANOS	PARTICIPACAO	ANOS	PARTICIPACAO
1970	1.11	1979	1.82
1971	1.41	1980	1.38
1972	1.19	1981	1.39
1973	1.03	1982	1.56
1974	0.94	1983	1.11
1975	1.13	1984	1.48
1976	1.58	1985	2.60
1977	1.80	1986	2.25
1978	1.81	1987	-

FONTES: Balancos Gerais da Uniao (ate 1982) e Orcamento da Uniao (ate 1986).

TABELA 4.10  
BRASIL: EVOLUCAO DAS DESPESAS DO INAMPS  
1970 - 1986

Em US\$ Milhoes de 1986

ANO	PARTICIPACAO DO INAMPS NA DESPESA DO SINPAS (%)	
1970	28.98	
1971	27.91	
1972	26.37	
1973	26.84	
1974	27.89	
1975	29.21	
1976	31.59	
1977	30.56	
1978	29.81	
1979	27.58	
1980	27.35	
1981	24.34	
1982	23.27	
1983	21.91	
1984	25.34	
1985	26.74	
1986	25.21	

FONTE: DATAPREV/SINTESE - Sistema Integrado de Series Historicas

TABELA 4.11  
BRASIL: DISTRIBUICAO DOS RECURSOS DO FINSOCIAL POR PROGRAMA SOCIAL  
1982-1986

Em US\$ Milhoes de 1986

PROGRAMAS SOCIAIS	ANOS DE REFERENCIA				
	1982	1983	1984	1985	1986
ALIMENTACAO	124.0	351.0	293.0	457.9	634.6
SAUDE	401.6	172.3	298.9	167.0	297.1
EDUCACAO	238.5	81.5	71.0	188.8	53.6
HABITACAO	94.3	91.9	106.2	213.0	183.0
APOIO AO PEQ. AGRICULTOR	68.4	414.0	380.8	162.2	319.3
PROGR. INTEGRADA	-	-	5.9	18.8	122.1
ADMIN. DE RECEITAS	-	-	-	2.4	2.8
TOTAL	926.8	1,111.4	1,155.8	1,210.7	1,612.5

FONTE: ABREU E LIMA M.; BAPTISTA, L. e MUNIZ, K. - FINSOCIAL: Analise sumaria do financiamento (1982-1986) - IPEA/ASTEC-FINSOCIAL, janeiro de 1986.

TABELA 4.12  
 BRASIL: EVOLUCAO DOS SUPERAVITS/DEFICITS  
 DO SINPAS  
 1972-1985

Em US\$ Milhoes de 1986

ANOS	DEFICIT OU SUPERAVIT
1972	350.3
1973	646.7
1974	660.0
1975	515.4
1976	(144.1)
1977	(93.7)
1978	58.8
1979	(75.6)
1980	(905.8)
1981	(1,096.0)
1982	1,227.4
1983	(215.5)
1984	(35.9)
1985	453.5

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balancos  
 do FPAS.

## 5. AS POLITICAS RACIONALIZADORAS

### 5.1. As principais medidas

As medidas de ajuste descritas na parte anterior buscavam o equilíbrio financeiro pela ótica da receita. Cabe destacar, por igual, as políticas racionalizadoras que, pelo menos em tese, teriam efeitos sobre o ajuste da despesa e a melhoria da eficiência das políticas sociais.

No caso do setor Saúde, o esforço de ajuste setorial recaiu principalmente sobre a assistência médica (INAMPS), seja por ser a área de maior magnitude financeira, seja porque era a atividade onde parecia mais evidente a gordura a ser cortada.

Para proceder a esses ajustes foi criado o CONASP (\*), cujo "Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", dado à luz em agosto de 1982, teve como desdobramento a estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS, até hoje o principal mecanismo de articulação entre agências federais (MS, MEC, MPAS/INAMPS) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O plano do CONASP incluía em suas diretrizes básicas a prioridade para atenção primária, a eliminação da capacidade ociosa do setor público, a integração de diferentes agências de saúde e o estabelecimento de "limites orçamentários para a cobertura assistencial, ajustando seus programas às condições reais da economia nacional".

As AIS, institucionalizadas em 1984, aprofundaram os aspectos doutrinários das propostas de ajuste, definindo a responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do

---

(\*) Decreto N° 86.329, de 2.9.81. Antes desse Decreto outro instrumento de articulação interinstitucional já estava em operação: a CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento, criada pela Portaria Interministerial n° 05 (MS/MPAS) de 11.3.80.

sistema de serviços. A estratégia compreendia, ainda, a descentralização do processo de planejamento e administração; a participação dos diferentes segmentos sociais nas definições de necessidades; no encaminhamento de soluções e na avaliação da assistência prestada; a regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados (contratados pela previdência); e a integralidade das ações de saúde superando os anacronismos da dicotomia preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar.

O Plano do CONASP e, logo a seguir, as AIS tiveram - e estão tendo - profunda repercussão no sistema de saúde, sobretudo ao promover a adaptação do componente médico-hospitalar ao contexto de escassez e colocar novas bases organizacionais desse mesmo sistema, com fundamento em mecanismos de articulação interinstitucional.

O papel contencionista do CONASP ficou evidenciado mesmo antes da edição do Plano. Dois meses depois de sua criação o CONASP promoveu a elaboração de diretrizes com a finalidade de reduzir despesas com medicina de alta tecnologia. Com o Plano, foi disciplinado o número de cotas de atendimento pelos diferentes provedores, aumentando a participação dos conveniados (Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, hospitais universitários e filantrópicos) e da rede própria do INAMPS.

Os controles sobre os prestadores privados se tornaram menos frouxos, sobretudo depois que o INAMPS evidenciou um excesso de 70 mil leitos, além das necessidades reais, contratados pela Previdência. Foi implantada uma nova sistemática de contas hospitalares (pagamento por procedimento), de vez que a internação era o componente assistencial que, sozinho, consumia mais de 50% dos recursos do INAMPS. A sistemática anterior não permitia qualquer previsão razoável de gastos e induzia à superprodução de serviços.

Os procedimentos de alto custo foram objeto de medidas especiais. Somente a despesa com diálise renal, no país como um todo, excedia o

total do gasto com assistência médica em 5 estados do Nordeste. Mesmo assim o programa de diálise só estava cobrindo metade das necessidades nacionais. Não só foram reduzidos em 50% os honorários dos especialistas como foi estimulada a diálise peritoneal, tratamento alternativo de custo bem mais baixo.

A cooperação interinstitucional no tratamento do câncer estimulou a utilização da capacidade ociosa do MS e do INAMPS. Com isso, cerca de US\$3,5 milhões anuais deixaram de ser pagos a serviços privados contratados.

## 5.2. As limitações

A integração programática das instituições públicas de saúde, inerente às AIS, tinha algumas visíveis limitações, apresentando um contencioso no qual se destaca:

- consolidação da hegemonia do INAMPS que, a par de continuar administrando seus serviços próprios, os contratos e credenciamentos com o setor privado, reforçou sua influência junto às Secretarias de Saúde, que se tornaram ainda mais dependentes dos recursos previdenciários;
- retração dos recursos estaduais e municipais na medida do aumento do aporte federal (\*);
- falta de representação formal do setor privado nas comissões estaduais, regionais e locais;
- alcance ainda insuficiente como instrumento de universalização e equidade. A população rural continuou como paciente de 2a. classe nas clínicas privadas, dada a forma de pagamento adotada pela previdência social, que privilegiava o atendimento urbano. Os não-previdenciários permaneceram sem

---

(\*) BRASIL, 1985. Relatório sobre a situação social do país. Volume 2. UNICAMP/MSPP, 1986.

acesso ao setor privado, salvo em situações de emergência.

Parte do contencioso foi obtendo solução gradual, sobretudo com o advento da Nova República, em 1985. A remuneração prevista para contratos da previdência com o setor privado, para o atendimento da população rural, passou a ser igual à adotada para os trabalhadores urbanos. Isso eliminou a discriminação. Mas os rurais continuam sem atendimento nos hospitais privados, que não tem convênio específico. E não foi feito qualquer progresso em relação aos não-previdenciários quanto ao acesso aos serviços particulares contratados.

A implantação dos SUDS (\*) em alguns estados, a partir de 1987, robusteceu a autoridade da Secretaria de Saúde, ainda que de forma desigual de estado para estado, dadas as condições locais mais ou menos favoráveis à descentralização.

Um maior grau de descentralização poderia ter acontecido a partir da Resolução nº 06 da CIPLAN, de 03/05/84, que institucionalizou as AIS e que explicitava ser da unidade federada a responsabilidade sobre a saúde da população e, especificamente, sobre a política de organização e controle do sistema de saúde, tanto na sua vertente pública como privada (\*\*).

A participação da população nos diferentes níveis de gestão, através de suas entidades representativas, continuou incipiente; pouco ou nada foi obtido no desenvolvimento de recursos humanos ou no estabelecimento de novos planos de cargos e salários.

Os sistemas gerenciais permaneceram anacrônicos e não se tornaram visíveis os esforços organizados e a vontade política que permitissem modernizar a gestão, sobretudo a nível local e estadual.

---

(\*) Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Decreto nº 94.657, de 20/07/87).

(\*\*) SALLES, Aloysio. Plano do CONASP: reflexões após 2 anos de aplicação. Saúde em Debate 17(25-27). Out. 84.

### 5.3. Um balanço

O Plano do CONASP e o seu desdobramento mais importante - as AIS - promoveram a adaptação do sistema médico-hospitalar ao contexto de escassez sem, ao menos na ótica de seus primeiros executores, provocar danos sociais de monta ou perdas visíveis na qualidade dos serviços prestados (\*).

Mas é difícil compartilhar integralmente desse otimismo. As medidas de ajuste, pela sua própria natureza restritiva, certamente terão ocasionado algum dano à qualidade do atendimento. Parece improvável que nesse processo de lipoaspiração para eliminar a gordura do super-faturamento e do uso desnecessário de alguns serviços médicos, não se tenha eliminado também porções de tecido sadio (ver Seção 6.2.).

Em um aparente paradoxo, todo o acervo de providências, envolvendo cortes e restrições em busca de ajuste à crise de recursos, trouxe um primeiro impulso à construção de um sistema de saúde universal e com menos desigualdades. Tentativas anteriores com os mesmos objetivos, como a Lei nº 6.229/75, instituindo o Sistema Nacional de Saúde ou o PREVSAÚDE (\*\*), não tiveram qualquer consequência prática. A primeira, vítima de suas próprias ambigüidades e da falta de vontade política para corrigi-las, tornou-se mais um adereço jurídico, sem qualquer uso social concreto. O PREVSAÚDE foi abandonado, mesmo depois de escoimado das formulações que desagradavam os interesses privados, burocráticos e corporativos dominantes.

A Lei nº 6.229 foi promulgada quando se pensava estar em uma fase de infundável prosperidade, e o PREVSAÚDE surgiu quando a crise

---

(\*) SALLES, A. op.cit.

(\*\*) Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (1979).

econômica e suas seqüelas sociais ainda não eram tão evidentes. Daí porque essas medidas, sobretudo o PREVSAÚDE, com inúmeras semelhanças com o Plano do CONASP e com as AIS, não tiveram resultados.

Sem resolver todos os problemas, as AIS ao repassar mais recursos para estados e municípios, se constituíram em importante fator de descentralização; de redução das desigualdades de acesso aos serviços e de aumento do grau de articulação entre as diferentes instituições públicas do setor.

O saldo se configura positivo, tendo em conta que os avanços obtidos ocorreram em apenas 4 anos.

## 6. O IMPACTO NA ASSISTENCIA MEDICA

Descritos os comportamentos das receitas e dos gastos sociais ao longo da crise, bem como a estratégia de ajuste e as políticas racionalizadoras adotados no setor, cabe conhecer quais foram os reais impactos da crise (e das medidas a ela contrapostas) na produção dos serviços de saúde.

O consumo de serviços médico-hospitalares, consideradas todas as formas de prestação (públicas e privadas, com ou sem a participação da previdência social), apresentou crescimento entre 1981 e 1984 no número de consultas "per capita", ao lado de declínio na atenção hospitalar. O número de consultas médicas por habitante aumentou de 4,8 (1981) para 5,9 (1984), enquanto que a cobertura hospitalar diminuiu de 14,1% para 13,4% (Tabela 6.1.).

Em 1984 a participação da previdência social através de suas diferentes modalidades assistenciais (serviços próprios, convênios com órgãos públicos e contratos com o setor privado), na assistência médica como um todo, esteve em torno de 58% nas consultas e 89,1% nas hospitalizações.

### 6.1. As modalidades assistenciais da previdência social

O número de consultas para a população urbana apresentou crescimento permanente. O total de consultas (urbanas e rurais) teve uma ligeira queda em 1986, influenciado pelo comportamento das consultas rurais (\*) que apresentaram diminuição em relação a 1984. Em valores "per capita" houve, paradoxalmente, pequena queda pós-1984, mas durante a crise o ritmo de crescimento foi mantido. Entre 1978 e 1984 a taxa global de consultas por habitante passou de 1,30 para 1,77 (Tabela 6.2.).

---

(\*) Possivelmente muitas consultas rurais foram contadas como urbanas. Não há outra explicação para a diminuição.

As internações hospitalares (rurais e urbanas) como um todo, serviços sobre os quais foram mais concentradas as medidas de controle, tiveram crescimento até 1981, mas começaram a cair a partir desse último ano até 1986, com um pequeno aumento em 1984. Com a assistência hospitalar à população urbana acontece praticamente o mesmo, com exceção de um aumento pequeno em 1986.

O número de atendimentos hospitalares à população rural apresentou uma queda abrupta em 1986 (\*). Essa queda, constante desde 1983, é em parte explicável pela diminuição da população rural. A cobertura global (Tabela 6.3.) subiu até 1981 (10,6%), decrescendo desde então (8,2% em 1986).

As medidas de ajuste tiveram efeitos distintos nas diferentes modalidades assistenciais operadas pelo INAMPS. E não poderia ser diferente. Afinal, as restrições sobre os serviços contratados, o fortalecimento dos convênios (MS, Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários) e dos serviços próprios, teriam que ter repercussão concreta, tanto nas despesas como na cobertura dos serviços médico-hospitalares.

#### 6.1.1. OS CONVENIOS E OS SERVIÇOS CONTRATADOS

A participação do INAMPS no custeio da assistência médica, através de convênios (\*\*), cresceu entre 1981 e 1986 (Tabela 4.7.). Nesta mesma modalidade assistencial, o número de internações hospitalares quase duplicou e os cuidados ambulatoriais cresceram 1,7 vezes no mesmo período. Tudo isso como decorrência da prioridade concedida (CONASP/AIS) à essa modalidade assistencial. (Tabela 6.2. e 6.3.)

---

(\*) Possivelmente, número significativo de internações rurais foram contabilizados como urbanas, como resultado da política de equalizar os dois sistemas de atendimento.

(\*\*) Com Secretarias de Saúde estaduais e municipais, hospitais do MS, F.SESP, hospitais universitários, sindicatos e entidades filantrópicas. Nessa modalidade não é utilizado o sistema de remuneração por ato médico ("fee for service").

O gasto com serviços privados contratados só começou a cair em 1983 (Tabela 4.7.). As internações hospitalares caíram a partir de 1981. As consultas ambulatoriais, entretanto, cresceram de 1979 a 1984, só começando a cair depois deste último ano (Tabelas 6.2. e 6.3.).

A diminuição das internações é coerente com as medidas contencionistas e a conseqüente erosão dos recursos destinados à área privada, atribuível também à política tarifária do INAMPS (reajustes em taxas inferiores à inflação). Mas o esforço para conter o atendimento ambulatorial privado só começou a ter resultado há 2 anos, fato que pode ser atribuído a uma explicável reação inicial dos provedores à diminuição da receita: aumentar a produção para manter (ou elevar) o faturamento.

#### 6.1.2. A REDE PROPRIA DO INAMPS

Os efeitos da prioridade concedida pelas AIS aos serviços próprios não apresentaram os mesmos resultados que no caso dos convênios. Entre 1981 e 1986 a despesa (Tabela 4.7.) com serviços próprios só apresentou queda real em 1983, crescendo de forma expressiva desde então. As consultas (clientela urbana) na rede própria começaram a cair em 1981 (Tabela 6.2.), com ligeira recuperação em 1985 e uma queda em 1986.

As internações nos hospitais do INAMPS entre 1978 e 1986 não apresentaram um comportamento uniforme. A produtividade dos recursos institucionais é oscilante. A tendência parece ser de queda. Dispondo de menos leitos em 1978 do que em 1986, o número de internações foi maior no primeiro ano (\*) (Tabela 6.3.).

---

(\*) O número de leitos em hospitais próprios do INAMPS era de 8.111 em 1979, aumentando para 9.761 em 1986. (Fonte: INAMPS em Dados, 1978, e Dimensões da Previdência e Assistência Social no Brasil, s.d.).

E improvável que as inúmeras paralisações (greves) que têm ocorrido na rede previdenciária possam explicar essa queda (\*). O aumento das despesas poderia ser explicado em parte, como decorrência do esforço financeiro de colocar em funcionamento hospitais paralisados. O esforço, entretanto, não foi compensado pelo aumento no atendimento, como era de se esperar, o que sugere a permanência de problemas de gestão ainda por resolver.

Somente no estado do Rio de Janeiro, no primeiro ano do Plano CONASP, foram ativados o Hospital de Nova Iguaçu (280 médicos), Centro Previdenciário de Niterói (140 médicos), PAM-Del Castilho (260 médicos), Maternidade Alexandre Fleming (64 médicos), PAM-Irajá (72 médicos), serviços de emergência do Hospital de Bonsucesso (32 médicos) e do Hospital de Andaraí (50 médicos) (\*\*).

Ainda no Rio de Janeiro foi inaugurado o Serviço de Cirurgia Cardiovascular do HSE, enquanto que em São Paulo foram ativados o Hospital Ipiranga (266 médicos) e um Centro de Diagnóstico Cardiológico. No país como um todo, foram reequipados, na mesma época, 346 PAMs e 15 hospitais. Isso explica em parte o aumento das despesas com os próprios (\*\*).

Um bom exemplo dos problemas administrativos que anulam, ou pelo menos, minimizam o esforço é o que ocorre com os hospitais próprios da previdência, que funcionaram em 1985 com ociosidade oscilando entre 24% e 43% em relação aos padrões internacionais. Os serviços ambulatoriais, por sua vez, poderiam prestar de 15% a 44% mais consultas do que faziam (\*\*\*) .

---

(\*) Dados do Ministério do Trabalho (SES) indicam a ocorrência de pelo menos 37 greves na área de saúde e previdência em 1986, com uma média de 6 dias de paralização cada uma.

(\*\*) SALLES, A. *op.cit.*

(\*\*\*) INAMPS. Relatório de Atividades. Brasília. 1985. 43p.

## 6.2. O papel das consultas de urgência

O insucesso relativo na contenção do atendimento ambulatorial nos serviços contratados, pode ser explicado pelo comportamento das consultas de "urgência" (Tabela 6.4.), onde o controle da demanda é praticamente impossível. Em valores "per capita" o número dessas consultas duplicou entre 1978 e 1986. Enquanto permanecia estável nos serviços próprios, esse tipo de atendimento cresceu constantemente de 1978 a 1984 nas demais modalidades.

A política das AIS, favorecendo os convênios do INAMPS com outras instituições públicas, fez com que também na modalidade convênios (Tabela 6.4.) crescessem as consultas de urgência, que aumentaram em 2,8 vezes entre 1980 e 1986 (\*).

Mesmo assim, enquanto nos serviços próprios, convênios e no atendimento rural as consultas de urgência corresponderam em 1986, respectivamente, a apenas 15,8%, 18,5% e 5,2% (1985) do total das consultas, nos serviços contratados o percentual chegou a 60,5%. Em 1978 o percentual das consultas de urgência, em relação ao total de consultas, foi de 35% nos serviços contratados com o setor privado (Tabela 6.5.)

O crescimento dos atendimentos de urgência permite duas interpretações. De um lado, é um indicador de insuficiência, inadequação, ou mesmo má qualidade do atendimento ambulatorial convencional. A demora para ser atendido no ambulatório faz com que as pessoas procurem o pronto-socorro, onde o atendimento é imediato. Por outro lado, a falta de atendimento ambulatorial faz com que certas doenças evoluam e exijam o atendimento emergencial.

---

(\*). Neste caso, as despesas do INAMPS não aumentam. A modalidade convênio não adota, como já referido, o pagamento em função do número de atos médicos.

Deve-se notar que o aumento dessas consultas decorre também do expediente, usado por muitas clínicas particulares, de transformar o que deveria ser um atendimento ambulatorial normal em consulta classificada, para efeito contábil, como sendo de urgência. Enquanto a consulta ambulatorial está sujeita a cotas pré-fixadas pelo INAMPS, o atendimento de urgência, em princípio, não é passível de controle.

Nos serviços próprios do INAMPS as consultas ambulatoriais apresentaram tendência decrescente, enquanto que o atendimento de urgência se manteve em relativa estabilidade. Esta peculiaridade poderia ser explicada também pelo fato de que a quase totalidade da rede do INAMPS é composta de PAMs, (\*) (610) que não funcionam 24 horas diárias com atendimento de urgência, ao contrário dos hospitais.

Um aumento expressivo dos cuidados de urgência, como ocorreu nos serviços contratados pela previdência social, pode ser um indicador de queda de qualidade. Até porque são atendimentos que, salvo em real situação de risco de vida para o paciente, tendem a ser ainda mais sumários e superficiais do que, muitas vezes, são as consultas ambulatoriais pré-agendadas.

### 6.3. O atendimento básico e especializado

A contenção, quer no atendimento ambulatorial, quer no hospitalar, não se distribuiu equitativamente por todas as áreas médicas básicas e especializadas ("outras", nas Tabelas 6.6. e 6.7.).

Em cirurgia geral o número absoluto de atendimentos se manteve equilibrado, o que significa uma diminuição na taxa "per capita". Nas demais (clínica médica, ginecologia e pediatria) houve um crescimento no período.

---

(\*) Posto de Assistência Médica

O atendimento obstétrico (pré-natal) decresceu ligeiramente entre 1981 e 1985. Pode ser um resultado das medidas de controle, eliminando consultas "fantasmas", como pode ser, também, decorrente de queda da natalidade. Ou, ainda, por diminuição da produtividade. As três hipóteses não são mutuamente excludentes.

Mais explícita é a diminuição do atendimento especializado a partir de 1981. As consultas nessa área caíram em 32% entre 1982 e 1986. As explicações não diferem muito das anteriores: controles mais severos sobre o setor privado e queda de produtividade. A prioridade concedida à expansão dos serviços básicos, em detrimento dos mais sofisticados, não explica, sozinha, a queda expressiva no atendimento especializado.

As internações por área tiveram um comportamento diferente. A tendência foi de queda generalizada, a partir de 1981, em todas as áreas, menos fisiologia, onde a diminuição começou em 1980. Somente as internações de psiquiatria tornaram a crescer em 1985, mas caíram de novo em 1986 (Tabela 6.7.).

No atendimento hospitalar ao parto (obstetrícia), as hipóteses explicativas para a diminuição de atendimento são, em geral, as mesmas usadas no caso do pré-natal. Só que, no caso das internações, não houve, como nas consultas, um aumento em 1986.

Mas a queda excepcional das hospitalizações fisiológicas - 50% entre 1980 e 1985 - parece ser conseqüência de uma política deliberada de desospitalização em favor do fortalecimento do tratamento ambulatorial. Política similar na área de psiquiatria não teve os mesmos resultados (Tabela 6.7.).

TABELA 6.1  
BRASIL: NUMERO DE CONSULTAS E DE INTERNACOES  
POR HABITANTES  
1981 - 1984

ANOS	CONSULTAS POR HABITANTES	INTERNACOES POR 100 HABITANTES
1981	4.79	14.1
1982	5.12	13.9
1983	5.57	13.1
1984	5.86	13.4

FONTE: FIBGE, AMS 1981-1984.

TABELA 6.2  
BRASIL: CONSULTAS MEDICAS, POR MODALIDADE ASSISTENCIAL, TOTAL E PER CAPITA  
1978 a 1986

ANOS	CONSULTAS MEDICAS - CLIENTELA URBANA				CONSULTAS MEDICAS (RURAL	TOTAL DE CONSULTAS	CONSULTAS PER CAPITA	
	PROPRIOS	CONTRATADOS	CONVENIOS	TOTAL			RURAL	TOTAL
1978	57,685.107	49,172.186	43,787.082	150,644.375	-	150,644.375	-	1.30
1979	53,622.324	48,969.190	39,868.057	142,459.571	17,403.781	159,863.352	0.43	1.35
1980	59,063.589	52,093.865	49,050.683	160,208.137	19,543.037	179,751.174	0.49	1.48
1981	57,680.428	60,528.329	63,801.478	182,010.235	20,579.152	202,589.387	0.51	1.63
1982	55,877.181	63,725.009	65,399.365	185,001.555	21,246.890	206,248.445	0.53	1.62
1983	53,429.115	71,168.476	73,049.005	197,646.596	20,930.517	218,577.113	0.52	1.68
1984	52,232.139	75,439.374	85,828.695	213,500.208	22,158.472	235,658.680	0.55	1.77
1985	52,794.680	66,784.629	99,238.811	217,818.120	20,544.579	238,362.699	0.51	1.75
1986	49,812.754	63,144.108	108,122.537	221,079.399	16,445.784	237,525.183	0.41	1.71

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 A 1986.

TABELA 6.3  
BRASIL: INTERNACOES HOSPITALARES, POR MODALIDADE ASSISTENCIAL, E PERCENTUAL  
1978 a 1986

ANOS	INTERNACOES HOSPITALARES - CLIENTELA URBANA				INTERNACOES HOSPITALARES (RURAL	TOTAL DE INTERNACOES	% DE COBERTURA	
	PROPRIOS	CONTRATADOS	CONVENIOS	TOTAL			RURAL	TOTAL
1978	253,362	6,986,084	541,742	7,781,188	1,876,867	9,658,055	4.68	8.33
1979	239,643	7,451,930	873,663	8,565,236	2,036,046	10,601,282	5.08	8.93
1980	218,383	8,427,099	916,639	9,562,121	2,191,330	11,753,451	5.47	9.66
1981	214,882	9,201,698	1,361,568	10,778,148	2,415,388	13,193,536	6.04	10.50
1982	236,601	8,775,249	1,496,891	10,508,741	2,562,141	13,070,882	6.41	10.27
1983	247,006	7,777,971	1,652,659	9,677,636	2,393,526	12,071,162	5.99	9.28
1984	229,741	8,427,450	1,856,850	10,514,041	2,155,308	12,669,349	5.40	9.52
1985	238,504	7,596,151	2,228,885	10,063,540	2,032,200	12,095,740	5.09	8.39
1986	240,785	7,636,958	2,531,615	10,409,358	985,468	11,394,826	2.47	8.20

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 A 1986.

TABELA 6.4  
BRASIL: CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIAS, POR MODALIDADE ASSISTENCIAL RURAL E URBANO  
1978 a 1986

ANOS	INTERNACOES HOSPITALARES - CLIENTELA URBANA				INTERNACOES HOSPITALARES (RURAL	TOTAL DE INTERNACOES	CONS.MED.DE URG.PER CAPITA	
	PROPRIOS	CONTRATADOS	CONVENIOS	TOTAL			RURAL	TOTAL
1978	6,964,113	17,269,178	-	24,233,291	-	24,233,291	-	0.21
1979	6,817,274	21,362,407	-	28,179,681	-	28,179,681	-	0.24
1980	6,919,436	22,315,624	6,956,143	36,191,203	1,256,885	37,448,088	0.03	0.31
1981	6,715,338	26,661,036	8,239,905	41,616,279	1,407,700	43,023,979	0.04	0.35
1982	6,638,502	29,729,873	7,758,713	44,127,088	1,183,360	45,310,448	0.03	0.36
1983	6,642,983	40,944,030	9,683,308	57,270,321	1,114,875	58,385,196	0.03	0.45
1984	6,717,906	44,813,343	11,978,436	63,509,685	1,146,647	64,656,332	0.03	0.49
1985	6,890,781	38,311,776	12,773,981	57,976,538	1,062,593	59,039,131	0.03	0.43
1986	7,875,855	38,189,317	20,033,650	66,098,822	...	66,058,822	...	0.48

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 A 1986.

NOTA : (1) Inclusive consultas de urgencia/emergencia rural nos servicos prestados em convenios.

TABELA 6.5  
BRASIL: DISTRIBUICAO PERCENTUAL DAS CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA CUSTEADAS PELO INAMPS  
POR MODALIDADE ASSISTENCIAL EM RELACAO AO TOTAL DE CONSULTAS NA MESMA MODALIDADE  
1978 a 1986

ANOS	CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA - CLIENTELA URBANA				CONSULTAS MED.	TOTAL
	PROPRIOS	CONTRATADOS	CONVENIOS	TOTAL	DE URGENCIA (RURAL)	CONSULTAS DE URGENCIA
1978	12.07	35.12	-	16.09	-	16.09
1979	12.71	43.62	-	19.78	-	17.63
1980	11.72	42.84	14.18	22.59	6.43	20.83
1981	11.64	44.05	12.91	22.86	6.84	21.24
1982	11.88	46.65	11.86	23.85	5.57	21.97
1983	12.43	57.53	13.26	28.98	5.33	26.71
1984	12.86	59.40	13.96	29.75	5.17	27.44
1985	13.05	57.37	13.00	26.62	5.17	24.77
1986	15.81	60.48	18.53	29.90	...	27.81

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 A 1986.

TABELA 6.6  
BRASIL: CONSULTAS MEDICAS, POR CLINICAS BASICAS E OUTRAS, CUSTEADA PELO INAMPS.  
1978 - 1986

ANOS	CONSULTAS MEDICAS							TOTAL
	CLINICA MEDICA	CIRURGIA GERAL	CLINICA GINECOLOGICA	CLINICA OBSTETRICIA	CLINICA PEDIATRICA	URGENCIA/ EMERGENCIA	OUTRAS	
1978	30,957,005	3,137,437	7,892,129	5,663,486	16,965,346	24,233,291	61,795,681	150,644,375
1979	31,779,817	3,327,246	8,333,264	6,059,575	18,048,477	28,179,681	63,740,313	159,468,373
1980	45,845,123	3,603,420	10,559,653	8,312,682	25,626,585	37,448,088	48,355,623	179,751,174
1981	52,763,099	3,717,717	11,435,087	9,668,268	29,427,250	43,023,979	52,553,977	202,589,387
1982	54,982,418	3,659,364	11,571,687	9,529,571	31,152,311	45,310,448	50,042,646	206,248,445
1983	57,519,176	3,308,086	11,500,413	9,165,396	31,539,011	58,385,196	47,159,835	218,577,113
1984	65,372,730	3,246,912	12,234,550	9,003,740	34,569,909	64,656,332	46,574,507	235,658,680
1985	71,126,516	3,339,242	13,029,190	9,209,682	36,585,963	59,039,131	46,032,975	238,362,699
1986	69,593,625	3,503,399	13,066,389	9,898,314	39,582,000	66,058,622	35,822,834	237,525,183

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 a 1986.

TABELA 6.7  
BRASIL: INTERNACOES HOSPITALARES POR CLINICAS ESPECIALIZADAS, CUSTEADA PELO INAMPS.  
1978 - 1986

ANOS	INTERNACOES HOSPITALARES					TOTAL
	CLINICA MEDICA	CLINICA CIRURGICA	CLINICA OBSTETRICA	CLINICA PSIQUIATRICA	CLINICA TISILOGICA	
1978	5,060,609	1,701,996	2,502,833	353,649	38,968	9,658,055
1979	5,583,386	1,866,625	2,695,477	383,877	41,849	10,571,214
1980	6,601,619	1,968,891	2,741,499	398,881	42,561	11,753,451
1981	7,436,834	2,110,758	3,188,814	425,782	31,348	13,193,536
1982	7,422,199	1,971,851	3,234,619	419,775	22,348	13,070,792
1983	6,784,030	1,845,132	3,060,024	355,419	26,557	12,071,162
1984	7,381,849	1,964,359	2,938,301	362,924	21,916	12,669,349
1985	6,876,627	1,923,705	2,911,366	364,143	19,899	12,095,740
1986(1)	6,593,100	1,760,736	2,659,538	342,909	21,331	11,394,826

FONTE: MPAS/INAMPS - INAMPS EM DADOS, 1978 a 1986.

NOTA : (1) Inclusive 14,820 internacoes de "Grande Queimado" no total das internacoes.

## 7. O DESEMPENHO DE ALGUNS PROGRAMAS PRIORITARIOS

A queda nos recursos para a saúde, na primeira metade da década, não atingiu por igual os diferentes programas setoriais. A assistência médica teve perdas reais quase constantes. Outros cresceram em plena recessão, como foi o caso da Alimentação e Nutrição, não analisado nesta oportunidade (\*).

Em contraposição, a prioridade, presente na retórica, para o controle de doenças transmissíveis, não se concretizou na distribuição de recursos. Como visto na Tabela 4.8., o gasto com essa área despencou, entre 1980 e 1983, do índice 100 para 68, recuperando-se a partir de 1984 (1986 = 215).

A participação desse subprograma no gasto federal com saúde se situou entre 2,34% e 1,7% (Tabela 7.1.) no período da crise. Somente em 1985/1986 o percentual se elevou para 3,2% (1985) e 4,5% (1986). Em valores reais, o gasto nessa área passou de Cz\$1.956 milhões em 1978 para Cz\$1.008 milhões em 1984 (US\$143,2 milhões e US\$738,4 milhões).

No combate à malária, a Incidência Parasitária Anual - IPA passou de 15,4% em 1980 para 26,3% em 1986, na área geográfica de erradicação a longo prazo. Coincidentemente ou não, nos anos em que a alocação de recursos, para o controle dessa endemia, situou-se nos níveis mais baixos (1983-1984), o IPA atingiu um novo patamar: mais de 20 casos por 1.000 habitantes (21,0 em 1983 e 25,5 em 1984).

O controle da doença de Chagas recebeu aumentos reais de recursos, o que explica o crescimento das atividades (ampliação da área geográfica de atuação da SUCAM) durante a recessão. Apenas em 1983 houve uma diminuição de recursos (Tabela 7.2.). No período

---

(\*) Os recursos para programas de Alimentação e Nutrição quadruplicaram entre 1980 e 1986.

analisado, o gasto no combate a essa endemia passou de Cz\$170,5 milhões (US\$12,5 milhões) em 1980 para Cz\$687,8 (US\$50,4 milhões) em 1986. Dados da SUCAM indicam que nesse período o Índice de Infecção Natural caiu de 4,4% para 2,2%.

O combate ao *Aedes Aegypti*, vetor da febre amarela e da dengue, teve redução significativa entre 1980 e 1984. A vacinação antiamarílica caiu em mais de 30% e o número de prédios borrifados em quase 70%. O afrouxamento da vigilância e do combate ao mosquito foi responsável por surtos da dengue em 1985 e pelo retorno do risco da febre amarela urbana. O vetor hoje é encontrado em mais de 284 municípios e o *Aedes Albopictus*, mais resistente e inexistente no Brasil até 1985, já foi identificado em 113 localidades de 4 estados.

Com o alarme provocado pelo surto de dengue, a vacinação antiamarílica triplicou em 1985 e 1986, bem como o número de localidades inspecionadas; o número de prédios borrifados duplicou no mesmo período. Os recursos para este programa tiveram o comportamento padrão da crise: queda entre 1980 e 1984 e recuperação em 1985 e 1986. As despesas com o combate ao *Aedes* são, hoje, 3 vezes maiores do que em 1980 e quase 20 vezes maiores do que em 1982 (Tabela 7.2.).

As atividades de controle da esquistossomose apresentaram uma queda entre 1980 e 1982, recuperando-se nos dois anos seguintes. O número de exames coproscópicos decresceu de 1,6 milhões em 1980 para cerca de 1 milhão em 1982, crescendo para 2,6 milhões em 1985. A queda neste e em outros indicadores em 1986, pode ser atribuída ao deslocamento de pessoal dessa atividade para a de combate à dengue e febre amarela. Os recursos para o controle da esquistossomose caíram em 1982 e 1983, recuperando-se daí em diante. O gasto em 1986 foi quase quatro vezes maior do que em 1980 (Tabela 7.2.).

Os índices de imunização (Tabela 7.3.) melhoraram sensivelmente a partir de 1980. A cobertura na vacinação DPT passou de 39,5% em 1980 para 67,2% em 1984. Na vacinação contra o sarampo os

percentuais passaram de 56,4% para 80,1%. Paradoxalmente, essas atividades parecem ter entrado em queda depois da crise. Os percentuais de cobertura caíram para 64,7% (DPT) e 66% (sarampo) em 1985.

As diferenças regionais em relação à cobertura vacinal também diminuíram. Em 1980, as regiões Sul e Sudeste vacinaram mais de 80% dos menores de 1 ano, contra o sarampo. No Nordeste e Norte, no entanto, a cobertura foi inferior a 30%. Em 1984 a cobertura foi de 68,3% no Norte e 64% no Nordeste, caindo para 50,2% e 54,7%, respectivamente, em 1985.

Bons resultados também foram alcançados na cobertura vacinal de menores de 1 ano para protegê-los da difteria, do tétano e da coqueluche. Em 1980, a cobertura do grupo populacional era inferior a 40% no Brasil como um todo; em 1985 essa proporção subiu para quase 65%. No Nordeste e Norte os percentuais de cobertura passaram, no mesmo período, de 15% e 16,4% para 57,4% e 51,2%, respectivamente. Já na região Centro-Oeste a cobertura subiu de 33% em 1980 para 68% em 1985. Apenas as regiões Sul e Sudeste apresentaram coberturas vacinais mais aceitáveis. Todas as demais registraram cobertura abaixo dos níveis recomendados e, além disso, os percentuais tiveram grandes variações de um ano para o outro. Isto demonstra que a vacinação - como atividade de rotina - ainda não vem recebendo a prioridade necessária.

A despeito dos resultados operacionais, em média favoráveis, a incidência do sarampo ainda é elevada e a ocorrência de tétano não apresenta diminuição, mas o número de casos de difteria tem caído (Tabela 7.4.).

Melhores resultados foram alcançados no controle da poliomielite. Até 1979 eram registrados, em média, mais de 2.200 casos anualmente. A estratégia de "campanhas" foi bem sucedida. A partir de 1981 a incidência caiu abruptamente até 1983 (45 casos). Nos 3 anos seguintes o número de casos tem aumentado em decorrência da queda da

vacinação no Nordeste, do maior rigor na notificação e da baixa eficácia da vacina contra o vírus tipo 3, predominante naquela região (Tabela 7.4.).

A crise atingiu também a produção de imunobiológicos (soros e vacinas). A produção do soro antiofídico, que alcançava 102 mil ampolas anuais em 1982, desceu para pouco mais de 32 mil em 1984, devido basicamente à paralização das atividades de um laboratório privado, que supria 2/3 do mercado nacional, por falta de condições técnicas. O Programa de Auto-Suficiência em Imunobiológicos, criado em 1985, deverá nacionalizar a produção de vacinas antipólio e alcançar a auto-suficiência nas vacinas triplíplices, tetânica e soros antitetânico, antidiftérico e antiofídico, entre outros objetivos.

O Subprograma Produtos Profiláticos e Terapêuticos, que em 1981 absorveu 2,36% do gasto federal com saúde, teve sua participação reduzida até 1984 (1,60%), recuperando-se ligeiramente em 1985 e 1986 (Tabela 7.1.). A avaliação da Assistência Farmacêutica, o componente mais importante desse subprograma, é mais complicada face à indisponibilidade de dados sobre o número de pessoas beneficiadas. O gasto "per capita" nessa atividade, um dos poucos indicadores disponíveis, teve quedas constantes de 1981 até 1984, recuperando-se a partir daí (Tabela 7.5.).

Na área de sangue e hemoderivados aconteceram avanços importantes. A partir de abril de 1980, com a criação do PRO-SANGUE, a ação conjunta do MS e MPAS (INAMPS) na área tornou-se mais direta e articulada. Naquele ano somente o estado de Pernambuco contava com um Centro de Hematologia (\*). Seis anos depois estavam em operação 14 Hemocentros e 8 Núcleos de Hemoterapia (que serão transformados em Hemocentros), localizados em 20 unidades da federação.

---

(\*) Nos padrões técnicos preconizados pelo PROSANGUE.

O problema do controle do sangue está, contudo, longe de ser equacionado: são realizadas no Brasil cerca de 5 milhões de transfusões por ano, das quais somente 25% pelo setor público, sendo que 50% destas últimas sob a responsabilidade de hemocentros.

Essa questão tornou-se mais dramática com o aparecimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS. Em 1986, do total de casos conhecidos (2.013), a transmissão sanguínea era responsável por 14,6% dos casos. Desses, a utilização de sangue e hemoderivados respondia por 60,4% dos casos e a transmissão através de drogas injetáveis 39,6% (\*). De qualquer forma, não fora a criação do PROSANGUE e sua expansão em plena crise, o problema ainda seria mais grave do que é hoje.

(\*). MS-Ações e Metas para 1987. Documento preliminar. Setembro de 1987. (Mimeo.).

TABELA 7.1  
BRASIL: GASTO FEDERAL EM SAUDE POR SUB-PROGRAMA TIPICO  
1980-1986

Em Percentagem

PROGRAMAS	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
ASSISTENCIA MEDICA E SANITARIA (1)	84.02	81.68	81.18	78.54	80.22	73.76	70.90
CONTROLE DE DOENCAS TRANSMISSIVEIS	2.34	1.68	2.09	1.99	2.01	3.20	4.56
VIGILANCIA SANITARIA	0.06	0.09	0.07	0.07	0.05	0.11	0.15
PRODUTOS PROFILATICOS E TERAPEUTICOS	1.78	2.36	2.15	1.92	1.60	1.65	1.66
ALIMENTACAO E NUTRICAO	3.21	3.56	4.27	5.87	6.02	9.38	12.51
OUTROS PROGRAMAS	8.56	10.62	10.23	11.61	10.10	11.96	10.22

(1) Inclui atencao materno-infantil.

TABELA 7.2  
BRASIL: GASTO DO TESOIRO COM CONTROLE DE ENDEMIAS.  
1980 A 1986

(A Preços Constantes de 1986).

PROGRAMAS	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986	
	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)
CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE	42,695,119	4.50	106,947,735	11.78	101,549,882	8.52	68,237,314	7.44	118,809,302	12.82	110,566,539	6.88	159,066,639	6.81
CONTROLE DA DOENCA DE CHAGAS	170,543,367	17.97	249,435,008	27.47	334,496,294	28.07	268,997,014	29.33	304,465,589	32.85	566,319,600	35.22	687,874,188	29.44
CONTROLE DA FEBRE AMARELA	105,788,218	11.15	...	...	19,284,055	1.62	69,737,871	7.60	54,869,967	5.92	179,433,653	11.16	368,943,181	15.79
CONTROLE DA MALARIA	518,645,273	54.65	407,920,886	44.92	569,142,048	47.77	476,356,099	51.94	448,403,210	48.38	687,982,221	42.78	1,016,129,133	43.49
CONTROLE DE OUTRAS ENDEMIAS	111,379,466	11.74	143,728,145	15.83	167,044,352	14.02	33,879,339	3.69	375,903	0.04	63,744,573	3.95	104,207,652	4.46
TOTAL	949,051,443	100.00	908,031,775	100.00	1,191,516,642	100.00	917,207,637	100.00	926,923,972	100.00	1,608,046,586	100.00	2,336,220,793	100.00

NOTA: Os valores estão em Cz\$ 1,00 de 1986.

TABELA 7.3  
BRASIL: COBERTURAS VACINAIS EM MENORES DE 1 ANO POR TIPO, SEGUNDO AS GRANDES REGIOES  
1980-1985

GRANDES REGIOES	1980		1981		1982		1983		1984		1985	
	AS (1)	3 DOSES DPT(2)										
NORTE	28.6	16.4	59.2	16.2	58.0	71.9	48.1	37.3	68.3	50.3	50.2	51.1
NORDESTE	25.7	15.3	62.0	19.3	37.6	22.3	45.5	40.0	64.1	64.3	54.7	57.4
SUDESTE	80.5	66.6	85.1	74.3	88.7	68.5	85.3	79.1	89.3	67.9	71.5	67.1
SUL	82.2	36.2	84.6	60.7	93.6	71.6	84.4	80.9	100.0	77.4	84.9	80.6
CENTRO-OESTE	43.0	33.0	48.3	30.3	51.2	34.6	55.6	43.0	69.1	73.9	67.0	68.3
BRASIL	56.4	39.5	73.1	47.2	67.5	51.4	67.3	61.0	80.1	67.2	66.0	64.7

FONTE: MS/SNABS/DNES.

(1) Anti-Sarampo

(2) 5 de crianças que completaram a serie de 3 doses de vacinas.

TABELA 7.4  
BRASIL: CASOS REGISTRADOS DE ALGUMAS DOENCAS TRANSMISSIVEIS  
1976-1986

ESPECIFICACAO	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
SARAMPO	73,631	54,410	51,345	66,080	92,278	61,287	39,370	58,759	80,875	75,993	...
DIFETERIA	4,886	5,685	5,021	4,558	4,584	3,846	3,297	3,369	2,860	2,023	...
TETANO	3,006	3,272	3,218	3,941	2,867	2,940	2,810	2,858	2,800	2,623	...
COQUELUCHE	28,607	33,104	34,169	33,092	43,055	42,247	54,766	26,300	19,221	22,119	...
POLIOMIELITE	2,448	2,389	1,707	2,507	1,312	122	69	45	142	329	612
FEBRE AMARELA	3,807	5,147	3,256	3,895	4,280	3,967	3,325	3,875	4,689	4,344	...
RAIVA HUMANA	104	149	131	163	160	139	125	99	...	...	...

FONTE: 1976 a 1993 - Anuario Estatístico da Fundacao IBGE.  
1984 a 1985 - MS/SNABS.

TABELA 7.5  
BRASIL: GASTO FEDERAL TOTAL E PER CAPITAL EM ASSISTENCIA FARMACEUTICA, POR FONTES  
1980 - 1986  
(Em Cz\$ constantes de 1986)

ANOS	FONTES						GASTO FEDERAL PER CAPITA	
	TESOURO		FPAS		TOTAL		Em Cz\$	Indice Base 1980 = 100
	Em Cz\$ Mil	%	Em Cz\$ Mil	%	Em Cz\$ Mil	%		
1980	1,062,901,364	100.00	...	...	1,062,901,364	100.00	9,201.18	100.00
1981	274,251,164	20.70	1,050,494,777	79.30	1,324,745,941	100.00	10,907.03	118.54
1982	270,844,685	21.39	995,356,586	78.61	1,266,201,271	100.00	10,172.66	110.56
1983	204,029,964	22.31	710,395,223	77.69	914,425,187	100.00	7,168.64	77.91
1984	102,030,109	12.69	702,248,219	87.31	804,278,328	100.00	6,152.54	66.87
1985	31,537,126	3.23	945,890,279	96.77	977,427,405	100.00	7,296.09	79.30
1986	513,336,508	47.01	578,594,000	52.99	1,091,930,508	100.00	7,953.58	86.44

FONTES: (1) Balancos Gerais da Uniao (1980-1986).  
(2) INAMPS EM DADOS (1980-1986).  
(3) MPAS - Secretaria de Planejamento e Orcamento (1986).

## 8. OUTROS RESULTADOS

### 8.1. A expansão da rede física

Entre 1978 e 1984, o crescimento do número de leitos hospitalares ficou aquém do desejável. Em 1981 existiam 4,18 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes no país. Em 1984 essa relação tinha caído para 3,98 (Tabela 8.1.).

O setor público vem tendo participação declinante no conjunto dos leitos de internação. Em 1978, esse setor respondia por 26,4% do total de leitos, enquanto que em 1984 essa participação caiu para 23,8%.

No caso do setor privado, vale destacar o crescimento da participação do ramo com fins lucrativos. Este, que detinha 35,9% dos leitos em 1978, passa a deter 40,5% em 1984. O mesmo não se pode dizer com relação aos não-lucrativos (beneficentes e filantrópicos), cuja participação relativa se reduz no período. No caso do setor beneficente, até mesmo o número absoluto de leitos se reduz (Tabela 8.2. e 8.2.A).

Apesar de ter ocorrido ligeira desconcentração, o Sudeste continuava sediando mais da metade dos leitos existentes no país em 1984 (\*). Como era de se esperar, os leitos do setor público se apresentam melhor distribuídos do que os do setor privado. No entanto, a diferença entre os dois padrões (público e privado) de distribuição do número de leitos não é muito forte, dado que em 1984 a Região Sudeste concentrava 49,5% dos leitos públicos e 54,8% dos leitos privados (Tabela 8.3.).

A redução da taxa de leitos é compatível com a conjuntura recessiva, mas não deixa de ser surpreendente o aumento da rede ambulatorial no

---

(\*) Houve redução no número absoluto de leitos públicos nessa região entre 1978 e 1984.

mesmo intervalo de tempo. Entre 1978 e 1984 (Tabela 8.4.), o número de estabelecimentos de saúde, sem internação, passou de 9.637 para 20.691.

O setor público, que respondia por 70,2% dessa rede, passou a deter 81% em 1984. Apesar da conseqüente perda relativa do setor privado como um todo, o seu segmento lucrativo teve um aumento de participação de 12,8% para 13,3%. A rede ambulatorial pública, apresentou uma tendência à desconcentração, ao contrário da rede privada (Tabela 8.4.).

No Distrito Federal a evolução da capacidade instalada teve um comportamento ainda mais atípico para um momento de crise. Enquanto a relação leitos/1.000 habitantes se mantinha estável entre 1977 e 1986, a rede ambulatorial oficial passou de 5 unidades (77/79) para 40 (1983) e 42 (1986), conforme mostra a Tabela 8.5.

## 8.2. O crescimento do emprego setorial

Ao longo da crise, o emprego formal cresceu a níveis bastante baixos (1,3% ao ano no período 1980-83) e, em alguns setores de atividade, como na indústria de transformação, as taxas de crescimento apresentaram-se negativas.

O crescimento do emprego em saúde (Tabela 8.6.) foi de 6,46 a.a. entre 1980 e 1984. Embora tenham sido as atividades públicas de saúde as que mais puxaram o nível do emprego no período (10,2% ao ano), o crescimento no setor privado também foi importante (2,6% ao ano). Com essa performance, o setor saúde, que respondia por 3,5% dos empregos formais em 1976, passa a englobar 5,0% do total de postos de trabalho existentes no país em 1983.

Tal crescimento do emprego em saúde parece ter sido uma decorrência do consórcio das estratégias públicas de absorção de postos de trabalho nos momentos de crise, com o clientelismo político, que se

agudiza nos anos eleitorais, combinado com a ampliação da rede oficial e privada de ambulatorios ocorrida no período.

Vale destacar, no entanto, que apesar do aumento do emprego, ocorreu forte achatamento salarial nas categorias profissionais de saúde, o que incentivou ainda mais o multi-emprego, característica do comportamento laboral dos profissionais de saúde de maior qualificação, particularmente os médicos.

Em 1981, o setor privado concentrava 51,3% do emprego em saúde, sendo que nos estabelecimentos com internação esta proporção chegava a 62,5% (Tabela 8.7.). Já em 1982 o setor privado perdeu a hegemonia na totalidade do emprego em saúde, passando a abarcar 48,7% do total. Tal movimento ocorre inclusive nos estabelecimentos hospitalares, onde o setor privado passou a abarcar 59,0% do emprego, naquele mesmo ano. Isso leva a crer que a tendência à privatização do emprego em saúde, verificada nos anos setenta, esteja sendo revertida nos anos oitenta.

TABELA 8.1  
BRASIL: NUMERO DE LEITOS HOSPITALARES  
POR 1.000 HABITANTES  
1981 - 1984

ANOS	LEITOS POR 1000 HABITANTES
1981	4.18
1982	4.13
1983	4.05
1984	3.98

FONTE: FIBGE, AMS 1981-1984.

TABELA 8.2  
BRASIL: EVOLUCAO DO NUMERO DE LEITOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL (1)  
1978 - 1984

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS			
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	FILANTROP.	BENEFIC.	IC/FINS LUCRAT.
1978	463,129	122,363	27,850	83,049	11,464	340,766	134,486	39,880	166,400
1979	475,446	116,148	29,056	75,438	11,654	359,298	141,803	38,808	178,687
1980	495,633	120,275	29,588	78,185	12,502	375,358	150,066	37,747	187,545
1981	509,241	122,298	29,243	79,591	13,464	386,943	142,846	33,686	200,937
1982	515,931	124,795	29,983	81,133	13,679	391,196	138,769	32,606	208,005
1983	518,613	124,398	30,813	79,349	14,236	394,215	139,832	33,855	208,321
1984	522,818	124,260	31,045	78,588	14,627	398,558	140,273	32,985	211,802

FONTE: FIBGE, AMS 1978 A 1984.

(1) Inclui os leitos das Fundacoes Particulares.

TABELA 8.2-A  
BRASIL: DISTRIBUICAO DOS LEITOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL  
1978 - 1984

(Em %)

ANOS	TOTAL	PUBLICOS				PRIVADOS			
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	FILANTROP.	BENEFIC.	C/FINS LUCRAT.
1978	100.00	26.42	6.01	17.93	2.48	73.58	29.04	8.61	35.93
1979	100.00	24.43	6.11	15.87	2.45	75.57	29.83	8.16	37.58
1980	100.00	24.27	5.96	15.77	2.52	75.73	30.28	7.62	37.83
1981	100.00	24.02	5.74	15.63	2.64	75.98	28.05	6.61	39.46
1982	100.00	24.19	5.81	15.72	2.65	75.81	26.89	6.32	40.31
1983	100.00	23.99	5.94	15.30	2.75	76.01	25.96	6.53	40.17
1984	100.00	23.77	5.94	15.03	2.80	76.23	26.83	6.31	40.51

FONTE: FIBGE, AMS 1978 A 1984.

TABELA 8.3  
DISTRIBUICAO DOS LEITOS HOSPITALARES, POR CATEGORIA INSTITUCIONAL, SEGUNDO ANOS E REGIOES.  
1978 E 1984

ANOS E REGIOES	TOTAL		PUBLICOS		PRIVADOS	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978						
BRASIL	463,129	100.00	122,363	100.00	340,766	100.00
NORTE	14,020	3.03	7,664	6.26	6,356	1.87
NORDESTE	77,436	16.72	27,525	22.49	49,911	14.65
SUDESTE	256,260	55.33	64,878	53.02	191,382	56.16
SUL	89,554	19.34	15,571	12.73	73,983	21.71
CENTRO OESTE	25,859	5.58	6,725	5.50	19,134	5.61
1984						
BRASIL	522,818	100.00	124,260	100.00	398,558	100.00
NORTE	17,033	3.26	7,980	6.42	9,053	2.27
NORDESTE	96,192	18.40	31,242	25.14	64,950	16.30
SUDESTE	279,937	53.54	61,487	49.48	218,450	54.81
SUL	93,974	17.97	16,001	12.88	77,973	19.56
CENTRO OESTE	35,677	6.82	7,550	6.08	28,127	7.06

FONTE : Fundacao IBGE, AMS 1978 e 1984.

TABELA 8.4  
DISTRIBUICAO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE SEM INTERNACAO HOSPITALAR.  
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL SEGUNDO ANOS E REGIOES.  
1978 E 1984

ANOS E REGIOES	TOTAL		PUBLICOS		PRIVADOS	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1978						
BRASIL	9,637	100.00	6,767	100.00	2,870	100.00
NORTE	352	3.65	317	4.68	35	1.22
NORDESTE	2,769	28.73	2,191	32.38	578	20.14
SUDESTE	4,162	43.19	2,722	40.22	1,440	50.17
SUL	1,958	20.32	1,216	17.97	742	25.85
CENTRO OESTE	496	5.15	421	6.22	75	2.61
1984						
BRASIL	20,691	100.00	16,816	100.00	3,875	100.00
NORTE	1,161	5.61	1,078	6.41	83	2.14
NORDESTE	6,482	31.33	5,840	34.73	642	16.57
SUDESTE	8,498	41.07	6,070	36.10	2,428	62.66
SUL	3,563	17.22	2,923	17.38	640	16.52
CENTRO OESTE	987	4.77	905	5.38	82	2.12

FONTE : Fundacao IBGE, AMS 1978 e 1984.

TABELA 9.5  
DISTRITO FEDERAL: CAPACIDADE INSTALADA OFICIAL (1)  
1977 - 1986

ANO	CENTROS DE SAUDE	REDE HOSPITALAR		
		HOSPITAIS	LEITOS	
			NUMERO	TAXA/1000 HAB.
1977	5	7	1,414	1.4
1978	5	7	1,564	1.5
1979	5	7	1,583	1.4
1980	15	8	1,806	1.5
1981	38	9	1,880	1.5
1982	38	9	1,894	1.4
1983	40	9	2,110	1.5
1984	40	10	2,249	1.5
1985	41	10	2,417	1.6
1986	42	10	2,407	1.5

FONTE: GDF/SES/FHDF - Relatorio Estatistico (1986).

NOTA : (1) Apenas a FHDF (Fundacao Hospitalar do Distrito Federal) instituicao de saude mais significativa no DF.

