

consejo directivo

comité regional



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XIX Reunión

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXI Reunión



Washington, D. C.
Septiembre-October 1969

Tema 33 del programa

CD19/26 (Esp.)
29 Septiembre 1969
ORIGINAL: PORTUGUES

PLAN BRASILEÑO DE LA COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES DE PROTECCION Y
RECUPERACION DE LA SALUD

(Tema propuesto por el Gobierno del Brasil)

El Director de la Oficina tiene el honor de someter a la consideración del Consejo Directivo el documento adjunto, presentado por el Gobierno del Brasil.

(TRADUCCION)

Comisión de Asuntos Internacionales

Of. CAI/537/69

Río de Janeiro, Gb
1 de septiembre de 1969

Señor Director:

Tengo la satisfacción de dirigirme a usted para referirme de nuevo a un asunto que hemos examinado en repetidas ocasiones.

A consecuencia de la política nacional de salud, Su Excelencia, el Señor Presidente de la República recomendó al Ministerio de Salud que preparara un plan nacional de salud en el que se interpretara y concretara el criterio y la doctrina contenidos en la política enunciada y adoptada.

Por consiguiente, y después de detenido estudio y esmerado análisis, en los que participaron los elementos más representativos del Ministerio de Salud, organismos estatales y privados que se ocupan de la salud, asociaciones de obreros y miembros de los cuerpos legislativos nacionales pertenecientes a la Comisión de Salud, se elaboró un Plan de Coordinación de las Actividades de Protección y Recuperación de la Salud.

Como era de esperar y desear, el Plan fue objeto de acalorados debates, en un clima democrático de libre manifestación del pensamiento, en la prensa médica y profana y en las asociaciones profesionales de los más variados matices y, finalmente, se IMPLANTO el Plan en sectores cuidadosamente escogidos como representativos del mayor número de características geopolíticas de este país-continente.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud se ha interesado muy profundamente en este problema desde hace tiempo y no es preciso en esta oportunidad recordar las repetidas intervenciones e iniciativas de la Organización desde el momento en que su Consejo Directivo resolvió encomendar al Director que se ocupase del asunto con carácter prioritario.

Así, pues, el Ministerio de Salud considera que se ha llegado ya a la fase en que la experiencia del Brasil no debe quedar circunscrita al territorio nacional, toda vez que la cuestión, en el estado de madurez en que se halla, ha atraído la atención de los países hermanos de las Américas.

Estimo que durante la reunión del Consejo Directivo, a celebrarse en septiembre próximo, sería de beneficio para todos que se incluyera en el programa un tema especial en el que se pueda exponer detalladamente el Plan

Brasileño de Coordinación de las Actividades de Protección y Recuperación de la Salud. No cabe duda de que las observaciones formuladas al respecto por los participantes en la reunión de un organismo de tan elevada categoría como es el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud serán muy valiosas para perfeccionar dicho Plan.

Por encargo del Señor Ministro, le ruego se sirva adoptar las medidas que considere oportunas con tal finalidad, gestión por la cual le quedo muy agradecido.

Aprovecho la ocasión para reiterar a usted mi consideración más distinguida,

(Firmado) Murillo Belchior
Director Ejecutivo

Dr. Abraham Horwitz
Director de la OPS
525 23rd. Street
Washington, D.C., E.U.A.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO DE COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES
DE PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

MAIO - 1968



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PLANO DE COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES
DE PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE**

MAIO - 1968

Este plano foi elaborado em cumprimento às diretrizes
básicas do Governo Marechal Costa e Silva

Direção geral

MINISTRO LEONEL MIRANDA

Formulação e coordenação ALDO OLIVERO

Coordenações setoriais

ROMEU LOURES
MANOEL FERREIRA
GODOFREDO H. CARNEIRO LEÃO
JOÃO LYRA MADEIRA

CÂMARA DOS DEPUTADOS - COMISSÃO DE SAÚDE
SUBCOMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Anapolino Faria
Fausto Gaioso
Jader Albergaria
Justino Alves Pereira
Mário Maia

SECRETARIA GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Dário Gadêlha

ESTUDOS SETORIAIS E COLABORAÇÕES

Achilles Scorzelli Junior	Iseu Almeida e Silva
Adamastor Lemos Filho	Itagildo Ferreira
Agostinho Saldanha de Loyola	Italo Domingos Le Vocci
Alceu Vicente Weissman de Carvalho	Jairo Ramos
Alipio Corrêa Neto	Jefferson Barata
Gen. Bda. Alvaro Menezes Pais	João Wagner
Antonio Cordeiro Junior	Jorge Vieira Lôbo
Antonio Moniz de Aragão	José Caruso Magdalena
Antonio Dias Santos	José Luiz Guimarães
Armando Oliveira Assis	José Rodrigues da Silva
Benedito Abud	Lucio Vasconcelos Costa
Benjamin Gaspar Gomes	Luiz Felipe Saldanha da Gama Murgel
Celso Barroso Leite	Luiz Seixas
Clovis Salgado	Mario de Oliveira Ferreira
Dalton Fonseca Paranaguá	Marques Pôrto
Décio Pacheco Pedroso	Murillo Bastos
Diamantino Salgueiro da Silva	Murillo Bastos Belchior
Dirceu Luiz de Campos	Nélio Reis
Djalma Costa da Silva	Nelson Luiz de Araujo Moraes
Edmar Terra Blois	Nilo Timotheo da Costa
Edson Gualberto	Olendino Prados
Eduardo Augusto Caldas Brito	Gen. Div. Olívio Vieira Filho
Fernando Maigre Veloso	Olympio da Silva Pinto
Fernando Martins Seidl	Osmar Pilla
Francisco Fialho	Oswaldo Iorio
Francisco Marques Pereira	Oswaldo Silva
Francisco Silva Telles	Pedro Kassab
Frederico Simões Barbosa	Renato Carvalho Loures
George Cunha	Renato Fontoura
Vice-Alm. Geraldo Barroso	Roberto Eiras Furquim Werneck
Maj. Brg. Geraldo Cesário Alvim	Romeu Soeiro
Helio dos Santos Ribeiro	Rubem Pena
Hermes Affonso Bartholomeu	Sebastião de Almeida Paiva
Hildebrando Monteiro Marinho	Silvio Pinto Lopes
Hilton Rocha	Tomaz Russell Rapôso de Almeida
Hugo Alqueires Vitorino Baptista	Walter Silva
Hugo Castro Faria	Woodrow Pimentel Pantoja

S U M Á R I O

- Nota Preliminar	7
- Política Nacional de Saúde	11
1 - ORGANIZAÇÃO BÁSICA DO SISTEMA	17
11 Disposições Gerais	17
111 Descentralização	17
112 Áreas de Saúde	17
113 Órgãos Componentes do Sistema	18
12 Atividades Administrativas	20
121 Órgão Nacional de Saúde	20
122 Órgãos Estaduais de Saúde	21
123 Órgãos Locais de Saúde	22
13 Atividades Executivas de Prestação dos Serviços	23
131 Médicos	23
132 Hospitais	28
133 Outros Serviços	31
134 Farmácia	32

14 Atividades para o Aperfeiçoamento dos Serviços	33
141 Planejamento	33
142 Pesquisa Biomédica	35
143 Formação e Aperfeiçoamento de Pessoal	36
144 Estatística	43
2 - CUSTEIO DAS ATIVIDADES	45
21 Princípios Básicos	45
22 Condicionamento do Preço dos Serviços	46
23 Participação dos Clientes no Custeio	47
24 Subvenções	53
241 Condição Essencial	53
242 Investimentos em Saúde	54
243 Valor Global das Subvenções	55
244 Valor das Subvenções para as Áreas e Serviços de Saúde	56
25 Financiamentos	57
26 Fiscalização dos Gastos	58
3 - RECURSOS	58
31 Considerações	58
32 Recursos Públicos para Assistência Médica	63

33 Fase de Transição	65
34 Atenuação de Desníveis	66
4 - IMPLANTAÇÃO	67
41 Órgão Nacional de Saúde	67
42 Levantamentos	68
43 Integração do Pessoal e Entidades do Serviço Público	68
44 Previsão de Prazos	69
5 - LEI NACIONAL DE SAÚDE	71

ANEXOS

(item 112) - Áreas de Saúde	75
(item 123) - Memorando sobre a constituição e funcionamento dos órgãos locais de saúde	79
(item 131.5) - Nota técnica sobre o procedimento para a distribuição de médicos	93
(item 244.2) - Cálculo do valor das subvenções para as áreas e serviços de saúde	107
(item 42) - Orientação para o levantamento de dados referentes às áreas de saúde	115

NOTA PRELIMINAR

As atividades do Ministério da Saúde, até os primeiros meses de 1968, resultaram de métodos de ação de natureza essencialmente coletiva. A êsse encargo vem juntar-se agora o de coordenar a assistência médica.

Integra-se, pois, sob a coordenação de um só órgão, tal como preconizado por quantos se têm ocupado do estudo do setor, o conjunto de ações médico-sanitárias para a proteção e recuperação da saúde.

A Constituição do Brasil e a Lei da Reforma Administrativa atribuíram ao Ministério da Saúde o nôvo encargo, impondo, assim, a orientação que especialistas e autoridades recomendavam como medida inicial para a solução dos problemas decorrentes da desordenada distribuição de recursos humanos, materiais e financeiros, da desarticulada atuação de profissionais e entidades e da impropriedade do sistema de relações entre os administradores, executores e usuários dos diversos e desentrosados programas de saúde em realização.

O agravamento recente das dificuldades do setor traduziu-se nas solicitações que recebemos — da Previdência Social, dos Estados e de outros setores interessados — no sentido de desincumbir-se êste Ministério, com urgência, da nova atribuição.

Com êsse propósito e obedecendo à determinação do Presidente da República, simultâneamente com a adoção de medidas destinadas a incrementar os programas prioritários de saúde pública, foram realizados os estudos e programas indispensáveis à execução da tarefa de coordenação da assistência médica, que constituem a matéria dêste documento.

A presente programação visa às medidas básicas de coordenação das atividades de proteção e recuperação da saúde individual. As atividades específicas da saúde pública — embora constituindo com a assistência médica um conjunto integrado de ações médico-sanitárias — estão explícitas em documento à parte, em elaboração, e onde são revistos a sua organização e métodos de execução.

O planejamento compreende, básicamente, três fases. Na primeira, tratou-se do formulação da política nacional de saúde. A segunda fase, neste documento relatada, trata do estabelecimento de normas e diretrizes básicas pertinentes a organização, custeio, recursos e implantação das atividades médico-assistenciais, a serem coordenadas pelo Ministério. A terceira fase do planejamento, já iniciada, inclui a elaboração dos planos locais correspondentes às áreas de saúde em que se divide o território nacional. Êsses planos locais, obedientes à política nacional de saúde e às normas contidas nesta

programação, são indispensáveis, dadas as peculiaridades das regiões brasileiras.

Esse processo de planejamento, contudo, não impedirá que, antes de entrarmos no segundo semestre dêste ano, seja começada a implantação do novo sistema em vários pontos do território nacional.

O tempo até agora consumido não poderia ter sido menor. Além do levantamento, estudo e elaboração concluídos, inicialmente dependíamos da exposição e debate com o Presidente da República, para que por Sua Excelência fôsem tomadas as decisões que presidiram ao trabalho. Também, a orientação e concordância dos Ministros do Planejamento e Coordenação Geral e do Trabalho e Previdência Social constituíram preliminares básicas. A seleção de técnicos de administração para a elaboração dos documentos exigiu, igualmente, tempo. E, finalmente, não foi pequeno o número de dias aplicado na audiência de dezenas de especialistas e autoridades em saúde.

Não obstante essa cuidadosa elaboração, entendemos que o planejamento será nossa atividade permanente. Não só porque muitas normas podem aperfeiçoar-se através da pesquisa e experimentação local, como pelo fato de o incessante processo evolutivo criar a cada passo novos e complexos problemas, que exigem a permanente revisão de soluções e métodos.

De excepcional significação técnica e política consideramos a circunstância, para nós extremamente honrosa, de a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados ter designado, para acompanhar os trabalhos de planejam-

to e implantação do novo sistema, uma Comissão composta de cinco ilustres deputados federais. Em princípio, foi decidido que as diretrizes e normas, consolidadas pela experiência local, integrarão o projeto de lei nacional de saúde, a ser submetido ao Congresso.

O objetivo do Poder Legislativo é o mesmo que norteia a conduta do Poder Executivo, e que se exprime no conceito doutrinário da saúde: proporcionar ao maior número de brasileiros os melhores níveis possíveis de bem-estar físico, mental e social.

Se atingirmos as metas previstas, estaremos, quando concluída a implantação, proporcionando às populações rurais e urbanas, respectivamente, o triplo e o dôbro dos serviços médicos que atualmente usufruem. Com essa finalidade, dedicamos o que de melhor podemos dar e conclamamos a colaboração e a boa vontade das autoridades, do povo e, em especial, dos nossos companheiros e colegas da classe médica, de cuja competência e dedicação dependem, inelutavelmente, os resultados desejados.

LEONEL MIRANDA

Resumo dos princípios e diretrizes da POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

- A proteção e recuperação da saúde devem realizar-se mediante a completa articulação das diversas atividades médicas e sanitárias, visando ao bem-estar físico, mental e social do homem e ao desenvolvimento sócio-econômico do país.
 - Na distribuição de recursos, terá prioridade o combate às doenças transmissíveis.
 - A natureza e a qualidade da assistência decorrerão do estágio econômico de cada comunidade, atenuados os desníveis pela adequada redistribuição de recursos, a cargo do governo.
-
- As atividades de orientação normativa e de controle básico da assistência médica competem, precipuamente, aos órgãos de jurisdição federal e estadual; as atividades de direção dos serviços, aos órgãos locais, e as de execução aos profissionais e entidades do sistema.

- A assistência médica deve ser estruturada na medida dos recursos disponíveis e segundo as efetivas necessidades assistenciais da população, independentemente de categorias profissionais ou sociais e tendo-se em vista, basicamente, a densidade da população e o nível de riqueza de cada área.

- Com o objetivo de reduzir custos operacionais e ampliar o campo de atuação dos profissionais de nível superior, poderá ser utilizado, sob a orientação destes, pessoal auxiliar na execução de tarefas que se caracterizam pela simplicidade da técnica exigida.



- A proteção da saúde coletiva é cometida principalmente à responsabilidade governamental, sem exclusão da possibilidade de participação controlada da iniciativa privada. Na programação do setor, serão incluídas as campanhas de erradicação ou controle de doenças transmissíveis e as atividades locais permanentes de imunização, de proteção materno-infantil, de higiene da alimentação e de saneamento básico.

- As atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial, a cargo do poder público.

- Os métodos de funcionamento do sistema assistencial devem assegurar ao usuário o direito de escolher o médico e o hospital de sua preferência, mas o montante do custeio oficial não deverá sofrer variação em função do médico ou do hospital escolhido.

- Sem prejuízo dos aspectos científicos, sociais e econômicos pertinentes à indústria e comércio de medicamentos, a ação dos órgãos de saúde deve compreender a adoção de medidas que visem a assegurar, relativamente aos remédios destinados a pessoas de reduzido poder aquisitivo:

- a) quanto à produção e comercialização:

- a redução dos gastos exagerados com a propaganda dirigida a médicos, consumidores ou distribuidores;

- a simplificação dos processos de embalagem de medicamentos;

- a supressão da multiplicidade de fórmulas com o mesmo valor terapêutico;

- a não incidência, em proporções excessivas sobre o custo dos medicamentos, de parcelas de lucro, de retribuição do capital ou de utilização de técnicas;

- o controle de qualidade dos medicamentos;

- b) quanto à ajuda direta ao consumidor, as medidas a adotar devem orientar-se no sentido de assegurar a legítima destinação dos benefícios proporcionados.

- Sem o objetivo de substituição da estrutura privada de produção e comercialização de remédios, as medidas relacionadas com a assistência farmacêutica devem ficar a cargo de associações locais de médicos e consumidores.

●●●

A pesquisa, sob a coordenação e com o apoio financeiro dos recursos do sistema de saúde, terá em vista, prioritariamente, o combate às endemias.

●●●

- O setor-saúde avaliará as necessidades de pessoal de nível superior, médio e auxiliar, cabendo ao setor educacional — sem exclusão da ação supletiva do setor-saúde — as atividades referentes à formação profissional.

●●●

- O aperfeiçoamento do pessoal deverá ser praticado através de medidas que visem a possibilitar, entre outros meios, o treinamento em geral, a frequência a cursos e a concessão de bolsas de estudo.

●●●

- O registro e informação de dados sobre proteção e recuperação da saúde constituem encargos do sistema de saúde. A apuração e análise devem ser feitas segundo as necessidades desse sistema, através da estrutura do órgão nacional de estatística.

●●●

- A remuneração de profissionais e entidades do sistema de assistência médica deve manter-se em níveis compatíveis com a elevada importância de que se reveste a atividade, mas, assegurada a viabilidade desses níveis, impõe-se a correspondência entre o serviço efetivamente executado e a remuneração recebida.

- Os honorários correspondentes a serviços da competência dos médicos serão sempre pagos diretamente às pessoas físicas desses profissionais, não devendo, portanto, incluir-se entre os pagamentos devidos a entidades.

- O custeio de serviços médicos a cargo dos poderes públicos deve condicionar-se a critérios que o tornem insusceptível de majoração por força de variações individuais do comportamento técnico ou financeiro dos profissionais ou entidades.
- Excetuados os indigentes, não se dispensará a participação dos usuários no pagamento dos preços, embora, para cêrca de metade da população, a exigência deva limitar-se ao objetivo de regularizar a demanda dos serviços.
- A participação direta do usuário no custeio deverá verificar-se em maior ou menor grau, conforme o nível econômico individual.
- As iniciativas que visem ao pagamento, facultativo, do custo dos serviços a cargo dos usuários, sob o regime de mutualidade, capitalização, beneficência ou ajuda patronal, desde que respeitados o direito de escolha do médico pelo paciente e demais princípios da política nacional de saúde, devem ser coordenadas e apoiadas pelos órgãos do sistema de saúde.

1 — ORGANIZAÇÃO BÁSICA DO SISTEMA

11 — DISPOSIÇÕES GERAIS

111 — DESCENTRALIZAÇÃO

111.1 Os serviços de saúde serão executados através de estruturas locais, correspondentes às “áreas de saúde”, delimitadas na forma da orientação abaixo descrita.

111.2 A implantação e o funcionamento das atividades em cada uma das áreas de saúde obedecerão ao plano local, cuja elaboração deverá observar as diretrizes e normas contidas neste plano básico de coordenação.

112 — ÁREAS DE SAÚDE

112.1 Inicialmente, serão adotados para as áreas de saúde os grupamentos territoriais admitidos pela Fundação IBGE, segundo critérios de dependência econômica entre municípios. Esses grupamentos poderão ser modificados, para atender aos problemas específicos de saúde, identificados no planejamento local.

112.2 Para orientar o programa de implantação das atividades em função da conveniência administrativa, tendo-se em vista o maior ou menor vulto e complexidade de problemas locais, distinguem-se, entre as áreas de saúde, as que estão sujeitas — conforme a orientação do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral — a programas de “desenvolvimento urbano integrado”. O anexo (item 112) relaciona as áreas de saúde, a sua localização, a quantidade de municípios compreendidos em cada área e a população nela existente.

113 — ÓRGÃOS COMPONENTES DO SISTEMA DE SAÚDE

113.1 As atividades de planejamento, supervisão, coordenação, controle, direção e execução dos programas de saúde integrarão um sistema que compreenderá:

- um órgão nacional de saúde;
- órgãos estaduais de saúde (um em cada Estado, Território e Distrito Federal);
- órgãos locais de saúde, de natureza privada e constituídos com a participação da comunidade;
- profissionais e entidades executoras de serviços, compreendidos nos órgãos locais de saúde.

113.2 Os serviços de saúde do sistema serão executados por profissionais e entidades nele integrados.

113.21 Não integram o sistema os profissionais ou entidades que — por livre opção — continuarem a praticar atividades de saúde desvinculadas da direção e dos benefícios previstos no programa nacional.

113.22 Integram o sistema os profissionais e entidades nêle inscritos, tendo-se em vista a estrutura estabelecida pelo planejamento local. Essa estrutura será elaborada com base nas diretrizes expressas neste plano, em função das necessidades locais e com a ponderação da eventual subsistência de profissionais e entidades desvinculadas.

113.23 Considerar-se-á unidade executora cada um dos profissionais ou entidades vinculados:

- os médicos e demais profissionais de nível superior, que exerçam suas atividades em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais;
- os estabelecimentos hospitalares, cirúrgicos ou clínicos;
- os serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
- os serviços odontológicos;
- os serviços farmacêuticos;
- as sociedades que, através de métodos de mutualidade, capitalização, beneficência ou ajuda patronal, visem ao pagamento de serviços de saúde.

113.24 Em razão de fatores geográficos, demográficos e nosológicos, poderá ser estabelecida a complementação de recursos entre áreas, Estados ou Regiões, com o fim de assegurar melhor utilização dos meios disponíveis. Deve-se ter em vista essa orientação principalmente em relação à assistência

hospitalar especializada que se coadune com ação geogràficamente extensiva, como na lepra, doenças mentais, cãncer e outras doenças.

12 — ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

121 — ÓRGÃO NACIONAL DE SAÚDE

As atividades de planejamento, supervisão, coordenação e contròle, em âmbito nacional, serão exercidas pelo Órgão Central do Ministério da Saúde, o qual, além das funções que lhe couberem por disposição de lei ou regulamento, deverá incumbir-se de:

- sugerir, quando indicada, a revisão da política nacional e das medidas de coordenação das atividades de proteção e recuperação da saúde;
- supervisionar a elaboração dos planos locais de saúde;
- elaborar o orçamento nacional da saúde, visando, especialmente, à compatibilização dos encargos e recursos;
- promover a liberação e o recebimento dos recursos destinados ao custeio dos programas de saúde, redistribuindo-os segundo as exigências dos programas em execução;
- acompanhar as execuções orçamentárias;
- estabelecer normas específicas relativas aos diversos sistemas de atividades auxiliares de administração;
- proporcionar, nos estados de calamidade ou emergência, recursos médicos para as zonas afetadas;

— promover ou executar as providências necessárias à implantação do sistema de saúde.

121.1 Como órgão de consulta e assessoramento do Órgão Central, presidido pelo dirigente dêste, será constituído um Conselho Consultivo, composto de seis membros, sendo três designados pelo Ministro da Saúde e os três outros eleitos, um pela Associação Médica Brasileira, um pelas Confederações Nacionais dos Trabalhadores e um pelas Confederações das Empresas.

122 — ÓRGÃOS ESTADUAIS DE SAÚDE

122.1 Em âmbito estadual, as atividades de planejamento, supervisão, coordenação e contrôle dos órgãos locais das áreas de saúde serão de competência da Junta Estadual de Saúde, constituída de três membros, que representarão a Secretaria de Saúde do Estado, o Instituto Nacional da Previdência Social e o Ministério da Saúde, sob a presidência do Secretário de Estado da Saúde ou do representante por êle designado.

122.2 As Juntas Estaduais de Saúde, além das atribuições que lhes forem cometidas por lei ou regulamento, deverão:

— propor, quando couber, a revisão dos princípios da política e das medidas de coordenação, a cargo do órgão nacional de saúde;

— pronunciar-se sôbre os planos locais de saúde e controlar a sua execução;

— acompanhar a elaboração dos orçamentos das áreas de saúde e elaborar o orçamento estadual do setor;

— controlar as execuções orçamentárias;

— exercer as funções próprias dos órgãos centrais das atividades auxiliares de administração;

— dirigir a execução local das medidas necessárias à assistência às zonas atingidas, nos estados de calamidade ou emergência;

— dirigir a execução das providências relativas à implantação do sistema nas áreas de saúde do Estado.

122.3 Como órgão de consulta e assessoramento de cada Junta Estadual de Saúde, presidida por um dos membros desta, será constituída uma Comissão Consultiva, composta de seis membros, sendo dois designados pela própria Junta e quatro eleitos, um pela entidade médica estadual filiada à Associação Médica Brasileira, um pela Federação dos Sindicatos Médicos do Estado, quando houver, um pelas Federações Estaduais dos Trabalhadores e um pelas Federações Estaduais das Empresas.

123 — ÓRGÃOS LOCAIS DE SAÚDE

Em cada área de saúde, a direção e o controle das atividades de proteção e recuperação da saúde individual deverão ficar a cargo de sociedades civis, sem finalidade lucrativa, integradas pelos profissionais e entidades de saúde individual da área, e pelos representantes da comunidade local e de órgãos federais e estaduais. A constituição e o funcionamento dessas sociedades deverão orientar-se pelos preceitos contidos em anexo (item 123).

123.1 Cada município compreendido na área de saúde deverá manter junto à sociedade um representante credenciado para cuidar dos interesses locais.

13 — ATIVIDADES EXECUTIVAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

131 — MÉDICOS

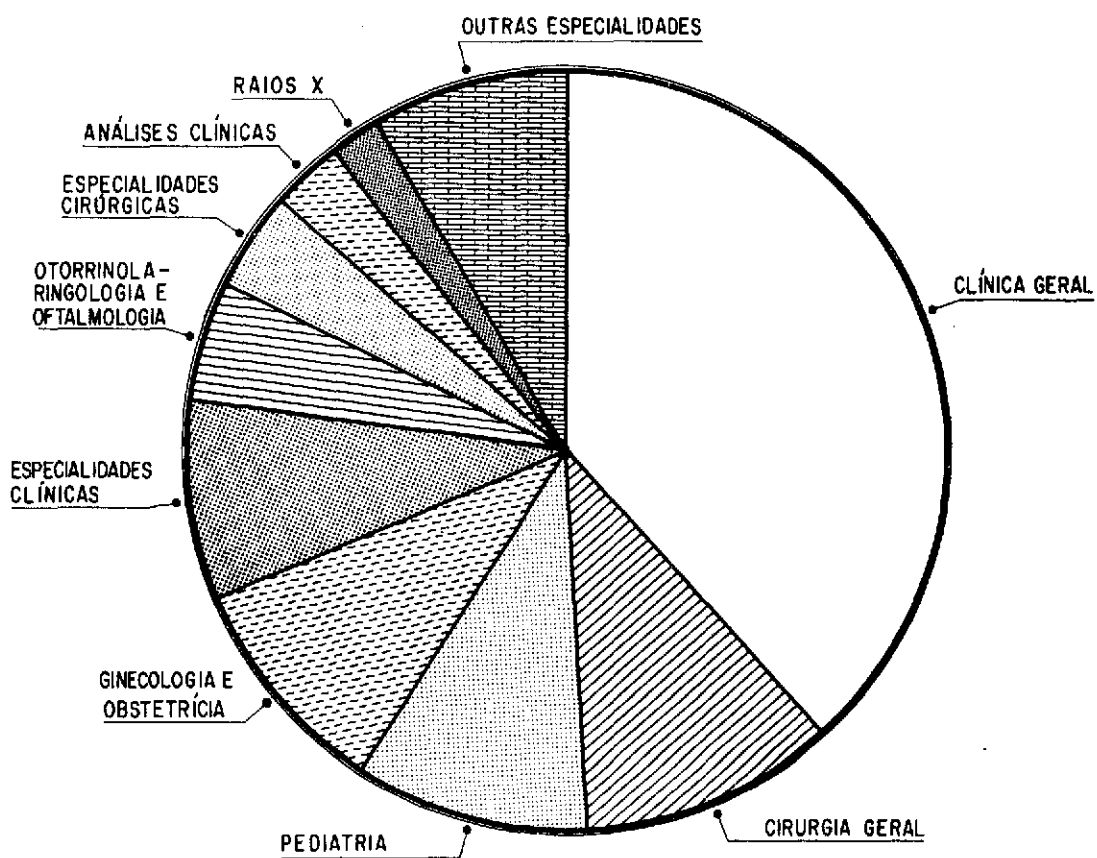
131.1 Os registros existentes sôbre médicos em atividade diferem entre si. Por isso, não é possível conhecer com exatidão as disponibilidades atuais. Em número aproximado, porém, pode-se admitir que o Brasil conta atualmente com cêrca de 35 000 médicos. Excluindo-se a parte da população que ainda não pôde ser atingida pelos serviços de saúde, há um médico para, aproximadamente, 2 300 habitantes.

131.2 Para completa solução dos problemas brasileiros de saúde, existe possivelmente insuficiência de clínicos. Mas concorrem com êsse fator outros de igual ou de maior influência, entre os quais tem relêvo a exagerada concentração de médicos em alguns centros urbanos, tal como ocorre no Estado da Guanabara, onde se registra a existência de pouco mais de 440 habitantes por médico. Por outro lado, a produtividade dos médicos encontra-se sèriamente reduzida, em consequência das atuais condições de relações entre as entidades, os profissionais e os clientes. Além disso, a maior carência de especialistas e as deficiências, em quantidade e qualidade, de pessoal de nível médio e auxiliar agravam as dificuldades do momento.

131.3 O tratamento das questões relacionadas com a insuficiência de médicos, com as relações entre êstes e as entidades e clientes e com a maior carência de especialistas e de pessoal de nível médio e auxiliar é objeto de diferentes

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS, SEGUNDO AS ESPECIALIDADES - 1967



partes desta programação. Sobre a orientação para a distribuição de médicos, assunto prioritário entre os que foram referidos, trata-se a seguir.

131.4 As medidas de remuneração a adotar, como constam do capítulo próprio, oferecem consideráveis atrativos para a localização de médicos nas áreas que, atualmente, não dispõem de assistência ou são precariamente atendidas. Para que a movimentação espontânea de médicos seja feita no sentido de suprir adequadamente, nos limites dos recursos disponíveis, as efetivas necessidades de cada zona, é necessário que se determine previamente o quadro de clínicos que se poderá pretender para a área, tendo-se em vista a quantidade de médicos existentes no Brasil, sua especialização, população a atender e o estágio econômico dessas populações.

131.5 A ponderação desses fatores influentes na distribuição de médicos está pormenorizadamente tratada na nota técnica em anexo (item 131.5). Nesse anexo, as possibilidades de trabalho médico foram estimadas em horas, visando a facilitar a futura avaliação do trabalho médico a ser admitido para as zonas que não comportem um médico residente.

131.6 A quantidade de horas médicas atribuíveis a uma determinada área é dada pelo índice local, aplicado sobre o número de horas a distribuir. Esse índice é obtido pela ponderação do número de habitantes e do nível econômico da área. Para a avaliação do nível econômico, consideram-se o valor da transformação industrial e o valor das vendas locais.

131.7 Os fatores adotados permitirão, ao ser elaborado o planejamento de cada área de saúde, estimar convenientemente a estrutura médica local, se-

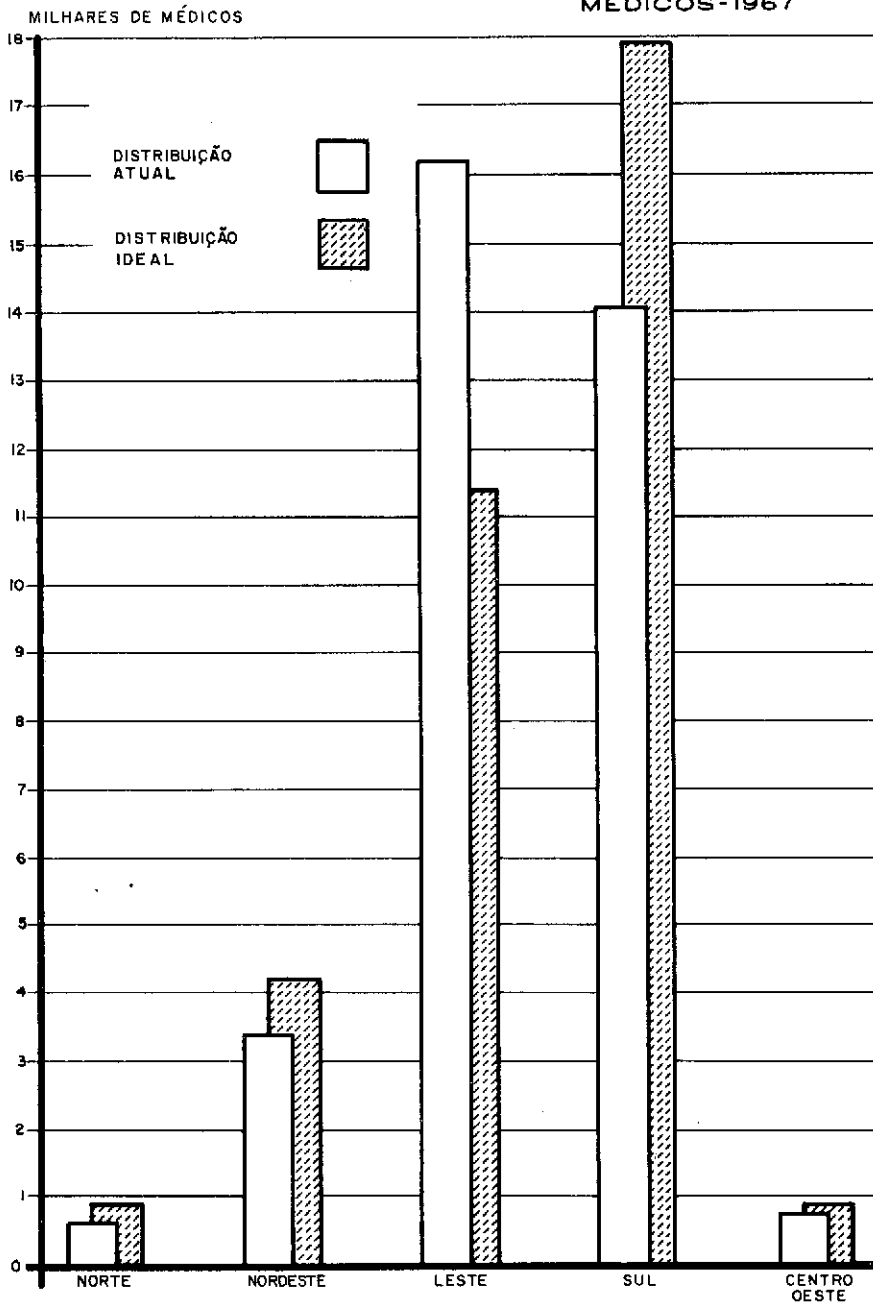
gundo as diferentes especializações. Resumidamente, a distribuição de médicos obtida, em relação a cada Região e Unidade da Federação, é a seguinte:

Regiões Fisiográficas e Unidades da Federação	Distribuição ideal	Distribuição atual	Médicos Existentes	
			Quanto ao Total Disponível	Deficit	Excedentes
BRASIL	35 000	35 000		
<u>Norte</u>	<u>868</u>	<u>635</u>	<u>233</u>	<u>—</u>
Acre e Territórios	119	64	55	—
Amazonas	248	112	136	—
Pará	501	459	42	—
<u>Nordeste</u>	<u>4 224</u>	<u>3 373</u>	<u>851</u>	<u>—</u>
Maranhão	574	154	420	—
Piauí	280	224	56	—
Ceará	861	723	138	—
Rio Grande do Norte	308	245	63	—
Paraíba	497	420	77	—
Pernambuco	1 375	1 339	36	—
Alagoas	329	268	61	—
<u>Leste</u>	<u>11 137</u>	<u>16 210</u>	<u>—</u>	<u>5 073</u>
Sergipe	199	139	60	—
Bahia	1 694	1 700		6
Minas Gerais	3 304	3 383		79
Espírito Santo	455	293	162	—
Rio de Janeiro	1 593	1 782		189
Guanabara	3 892	8 913		5 021
<u>Sul</u>	<u>17 973</u>	<u>14 044</u>	<u>3 929</u>	<u>—</u>
São Paulo	12 768	9 235	3 533	—
Paraná	1 663	1 603	60	—
Santa Catarina	822	450	372	—
Rio Grande do Sul	2 720	2 756	—	36
<u>Centro-Oeste</u>	<u>798</u>	<u>738</u>	<u>60</u>	<u>—</u>
Mato Grosso	280	261	19	—
Goiás	—	327	—	—

NOTA — A inexistência de dados básicos (transformação industrial e valor das vendas) prejudica a estimativa da distribuição ideal relativa a Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MÉDICOS-1967



132.1 Existem no Brasil — segundo os dados disponíveis, em média e considerada a população que pode ser atingida pelos serviços de saúde — pouco menos de três leitos hospitalares para cada grupo de mil habitantes. Essa proporção insuficiente é agravada pela imprópria localização de muitos hospitais e, como com freqüência ocorre, pelo baixo rendimento dos leitos, quer pela ociosidade de cêrca de 35% dêles, quer pelo excessivo período médio de internação individual.

132.2 Os métodos de subvenção dos estabelecimentos hospitalares, referidos no capítulo próprio, estabelecem critérios que deverão corrigir as deficiências de rendimento dos leitos.

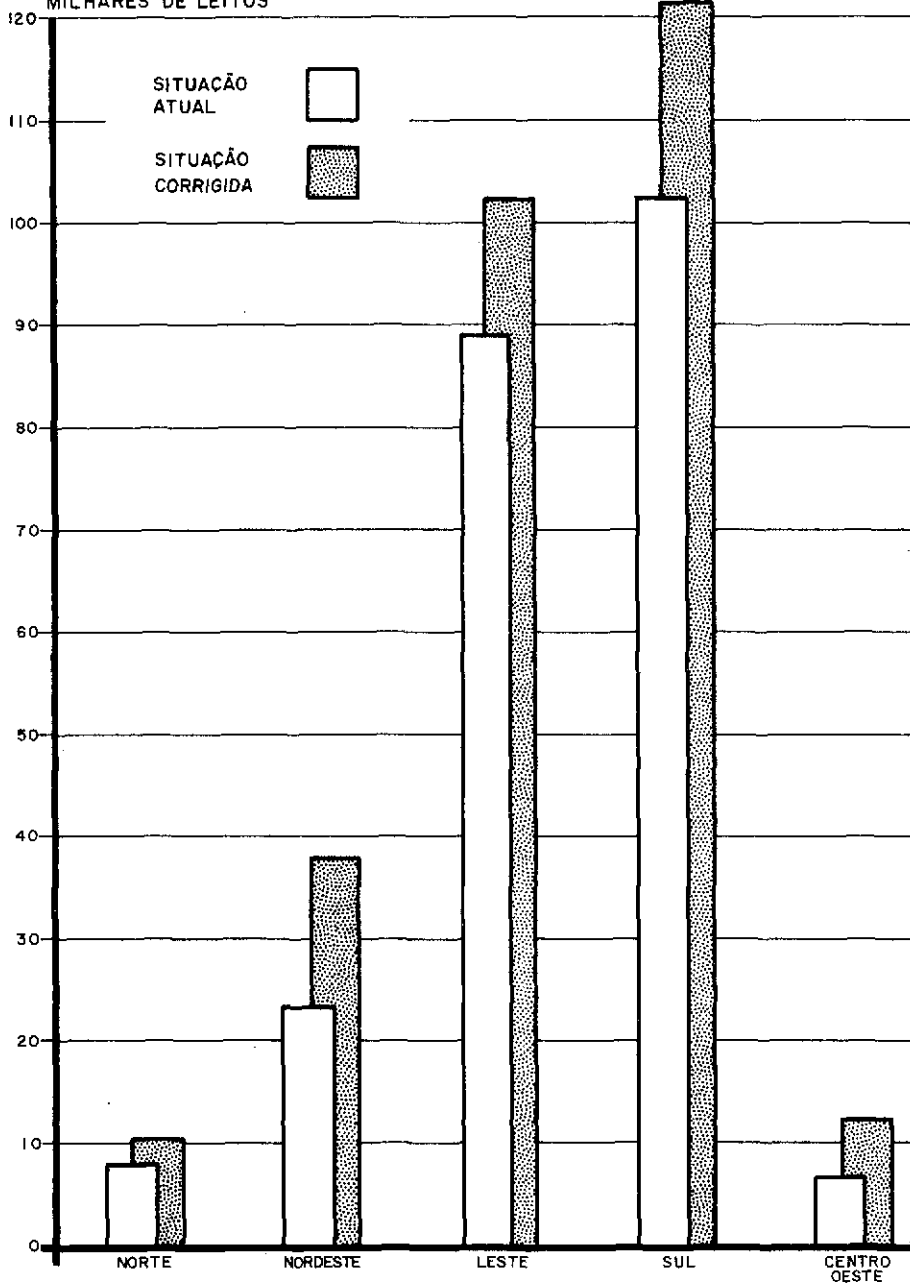
132.3 A imprópria localização de muitas entidades hospitalares resulta, principalmente, da falta de planejamento coordenado. Essa falta tem propiciado a edificação de hospitais em função de iniciativas isoladas, segundo critérios que raramente avaliam de modo acertado os fatores básicos representados pelas necessidades e possibilidades locais de construção e manutenção.

132.4 A estrutura hospitalar das áreas de saúde deve ter em vista, como os demais serviços, o estágio econômico da comunidade, atenuados os desníveis pela adequada redistribuição de recursos, a cargo do govêrno. Com êsse objetivo, será necessário, ao ser feito o planejamento local, estimular a implantação de novos leitos ou promover a paralisação ou moderação do crescimento de estabelecimentos hospitalares, de acôrdo com as condições reais da área.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MILHARES DE LEITOS

Nº DE LEITOS HOSPITALARES



132.5 Em princípio e em números globais, as correções gerais previstas constam do quadro seguinte:

Regiões Fisiográficas e Unidades da Federação	Situação atual			Situação corrigida		Deficit de leitos
	Número de leitos	Popula- ção (1 000)	Leitos por 1 000 habitantes	Leitos por 1 000 habitantes	Número de leitos	
<u>Norte</u>	<u>7 757</u>	<u>2 989</u>	<u>2,59</u>	<u>3,44</u>	<u>10 279</u>	<u>2 522</u>
Rondônia	288	95	3,03	3,20	304	16
Roraima	95	36	2,64	3,00	108	13
Amapá	154	89	1,73	2,60	231	77
Acre	274	184	1,49	2,50	460	186
Amazonas	3 006	822	3,66	3,66	3 006	0
Pará	3 940	1 763	2,23	3,50	6 170	2 230
<u>Nordeste</u>	<u>23 372</u>	<u>17 204</u>	<u>1,36</u>	<u>2,21</u>	<u>38 081</u>	<u>14 709</u>
Maranhão	1 158	3 038	0,38	1,00	3 038	1 880
Piauí	1 327	1 345	0,99	1,50	2 017	690
Ceará	4 399	3 619	1,22	2,00	7 238	2 839
Paraíba	2 766	2 152	1,29	2,00	4 304	1 538
Rio Grande do Norte	2 093	1 231	1,70	2,00	2 462	369
Pernambuco	9 395	4 475	2,10	3,50	15 662	6 267
Alagoas	2 234	1 344	1,66	2,50	3 360	1 126
<u>Leste</u>	<u>88 237</u>	<u>27 229</u>	<u>3,09</u>	<u>3,77</u>	<u>102 555</u>	<u>14 318</u>
Sergipe	1 323	812	1,63	2,50	2 030	707
Bahia	7 293	6 514	1,12	2,00	13 028	5 735
Minas Gerais	35 565	10 747	3,31	3,50	37 614	2 049
Espírito Santo	2 853	1 361	2,10	3,00	4 083	1 230
Rio de Janeiro	11 511	4 027	2,86	4,00	16 108	4 597
Guanabara	29 692	3 768	7,88	7,88	29 692	0
<u>Sul</u>	<u>102 552</u>	<u>29 486</u>	<u>3,48</u>	<u>4,12</u>	<u>121 397</u>	<u>18 845</u>
São Paulo	53 127	15 047	3,53	4,00	60 188	7 061
Paraná	11 768	5 888	2,00	4,00	23 552	11 784
Santa Catarina	9 694	2 469	3,93	3,93	9 694	0
Rio Grande do Sul	27 963	6 082	4,60	4,60	27 963	0
<u>Centro Oeste</u>	<u>6 653</u>	<u>3 820</u>	<u>1,74</u>	<u>3,20</u>	<u>12 241</u>	<u>5 588</u>
Mato Grosso	2 197	1 162	1,89	3,49	4 060	1 863
Goiás e Distrito Federal	4 456	2 658	1,68	3,08	8 181	3 725
BRASIL	228 571	80 728	2,83	3,51	284 553	55 982

Segundo as condições econômicas atuais.
Considera-se corrigida a oferta de leitos nas áreas que apresentam disponibilidade equivalente ou superior a proporcionada pelo estágio econômico atual.

133 — OUTROS SERVIÇOS

133.1 Os serviços complementares de diagnóstico e de tratamento — tais como os de radiologia, de patologia clínica, de fisioterapia — devem estruturar-se tendo-se em vista as proporções correspondentes às respectivas especialidades, conforme referido no item 131 e em anexo (item 131.5).

133.2 Os setores materno-infantil e de alimentação incluem-se na programação relativa às atividades de proteção e recuperação da saúde coletiva.

133.3 Os serviços de reabilitação deverão ser organizados com base nos problemas e recursos de cada área.

133.4 A inexistência de dados estatísticos sobre a odontologia impossibilita sejam definidas, desde logo, as normas para a organização local da atividade. Entretanto, são previstos, em cada área de saúde, serviços odontológicos de remoção de focos com subvencionamento dos respectivos profissionais, estimados em número equivalente a um quinto do dos médicos de clínica médica geral. Posteriormente, quando os recursos investidos em saúde atingirem as proporções desejadas e diante dos dados obtidos, esses serviços deverão ser ampliados.

133.5 Os serviços de enfermagem estruturam-se em complementação às atividades médicas que integram. Dada a carência de pessoal da especialidade, até que as providências referentes à formação de enfermeiros produzam

resultados, deve ocorrer a maior utilização de pessoal auxiliar, para a execução de tarefas que se caracterizem pela simplicidade da técnica exigida.

133.6 O Serviço Social, inicialmente, limitar-se-á aos casos especiais que forem definidos.

134 — FARMÁCIA

134.1 Na primeira fase de funcionamento do sistema, a assistência farmacêutica compreenderá a ajuda financeira para a compra de medicamentos, na proporção dos recursos do sistema e das necessidades individuais, e o controle da legítima destinação dos benefícios concedidos. A assistência, nessa fase, deverá ser praticada pelo Serviço Social, que poderá valer-se de pessoas ou entidades interessadas em práticas beneficentes, para atingir as diversas localidades de cada área de saúde.

134.2 O cumprimento, em maior extensão, da política nacional de saúde, relativamente à assistência farmacêutica, deverá ser realizado mediante a constituição de associações locais de cooperação de consumidores.

134.21 Das associações deverão participar os médicos, a população interessada e as organizações de comercialização de produtos farmacêuticos, localizadas na área ou que forem ali constituídas.

134.22 Com o objetivo de reduzir os preços dos medicamentos destinados às pessoas de baixo poder aquisitivo e sem prejuízo dos aspectos científicos, sociais e econômicos das atividades farmacêuticas, deverão conter-se entre as

incumbências precípua das associações as seguintes atribuições, a serem exercidas por grupos especializados:

a) a seleção de medicamentos, de modo a reduzir a multiplicidade de fórmulas com o mesmo valor terapêutico;

b) a realização de compras com prévio condicionamento da produção, visando-se à composição de preços desonerados de excessivas parcelas de propaganda, embalagem, lucros e remuneração pela utilização de técnicas ou patentes;

c) o estabelecimento de preços de venda;

d) o controle do valor e do uso dos benefícios individuais que forem proporcionados pelos recursos oficiais.

134.23 Ainda, deverá competir às associações locais a adoção de medidas de controle da qualidade dos medicamentos entregues ao consumo, a ser feita periodicamente e sobre quantidade significativa de produtos retirados dos estoques.

14 — ATIVIDADES PARA O APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS

141 — PLANEJAMENTO

141.1 As atividades de planejamento devem ser exercidas permanentemente, objetivar a atualização da política nacional de saúde, das medidas de coordenação contidas nesta programação e dos planos locais de saúde, e basear-se na experiência proporcionada pelo funcionamento do sistema e no desenvolvimento científico, econômico e social.

141.2 Em qualquer nível de direção ou execução, o planejamento é da responsabilidade precípua da chefia, à qual cabe sempre a orientação dos trabalhos e a decisão, em cada caso, sobre a oportunidade e praticabilidade das medidas propostas por assessôres ou coordenadores da atividade.

141.3 A execução das tarefas de planejamento constitui atribuição de:

a) profissionais ou técnicos do setor-saúde e representantes de entidades profissionais de classe;

b) assessorias de planejamento junto à administração das áreas de saúde;

c) assessorias estaduais de planejamento e coordenação de planos locais, instituídas nas Juntas Estaduais de Saúde;

d) assessoria central de planejamento e coordenação de planos junto ao Ministro da Saúde e aos órgãos componentes da estrutura central do Ministério.

141.4 Dentro dos limites de competência dos setores assessorados, cabem aos agentes do sistema de planejamento, entre outras atribuições definidas em atos próprios:

a) aos agentes referidos na alínea *a* do item anterior — com estímulo e apoio dos demais integrantes do sistema de planejamento — propor a revisão ou atualização de quaisquer princípios, normas ou disposições, relacionados com assuntos pertinentes à atividade específica do agente e dos quais possua êle comprovada experiência;

b) aos demais agentes, promover o levantamento de dados, análise e formulação. referentes aos princípios, normas e planos do sistema de saúde.

141.5 Quanto possível, os vínculos entre as entidades assessoradas e os agentes de seus sistemas de planejamento serão limitados a cada programa desejado, quer no tocante a serviços a serem prestados, quer quanto à remuneração.

142 — PESQUISA BIOMÉDICA

142.1 Os principais objetivos da pesquisa biomédica devem compreender:

- o reconhecimento e avaliação dos problemas de interesse sanitário;
- a determinação dos modos de disseminação, tratamento e prevenção das doenças e suas relações com as condições biológicas e sociais;
- a identificação de agentes causadores e transmissores de doenças e dos recursos destinados à sua eliminação.

142.2 A coordenação básica das atividades de pesquisa — que forem exercidas com o apoio financeiro, técnico ou administrativo dos recursos do sistema de saúde — deverá ficar a cargo de um órgão de constituição colegiada, integrante da estrutura do Ministério e presidido pelo Ministro da Saúde.

142.3 Ao órgão central de coordenação das pesquisas biomédicas devem competir:

- a) a formulação dos critérios para caracterização dos projetos prioritários de pesquisa;
- b) a aprovação dos projetos de pesquisa a executar e a distribuição

das dotações específicas do sistema para os mesmos projetos;

c) o levantamento das atividades de pesquisa em realização e a adoção de providências para, conforme o interesse de que se revistam, estimular ou suprimir projetos em execução;

d) o acompanhamento da execução e a divulgação dos resultados das atividades de pesquisa.

142.4 Subordinada ao órgão central de coordenação de pesquisas, instituir-se-á uma Secretaria Executiva, para o desempenho de encargos de natureza administrativa ou executiva.

142.5 Para a proposição, direção ou execução de projetos de pesquisa, poderá ser admitida ou solicitada a iniciativa de entidades ou pessoas físicas não vinculadas ao serviço público.

143 — FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL

143.1 A formação de pessoal de nível superior, médio e auxiliar deve ter em vista as reais possibilidades e necessidades dos serviços, avaliadas por órgão próprio do setor-saúde. O mesmo órgão, além do apoio técnico, administrativo e financeiro que fôr possível proporcionar ao setor educacional, deverá incumbir-se das medidas destinadas à promoção do aperfeiçoamento do pessoal e da ação educacional supletiva.

143.2 As possibilidades de utilização de pessoal são limitadas, principalmente, pelos recursos a serem investidos no setor-saúde, cujo montante, se-

gundo o estabelecido pela experiência econômica de diferentes países, não deverá exceder a 5% do produto interno bruto.

143.3 As necessidades de pessoal somente poderão ser determinadas com maior exatidão após o decurso de algum tempo de execução do sistema, dado que a baixa produtividade e dispersão características da atual organização dos serviços de saúde tornam difícil e insegura qualquer previsão.

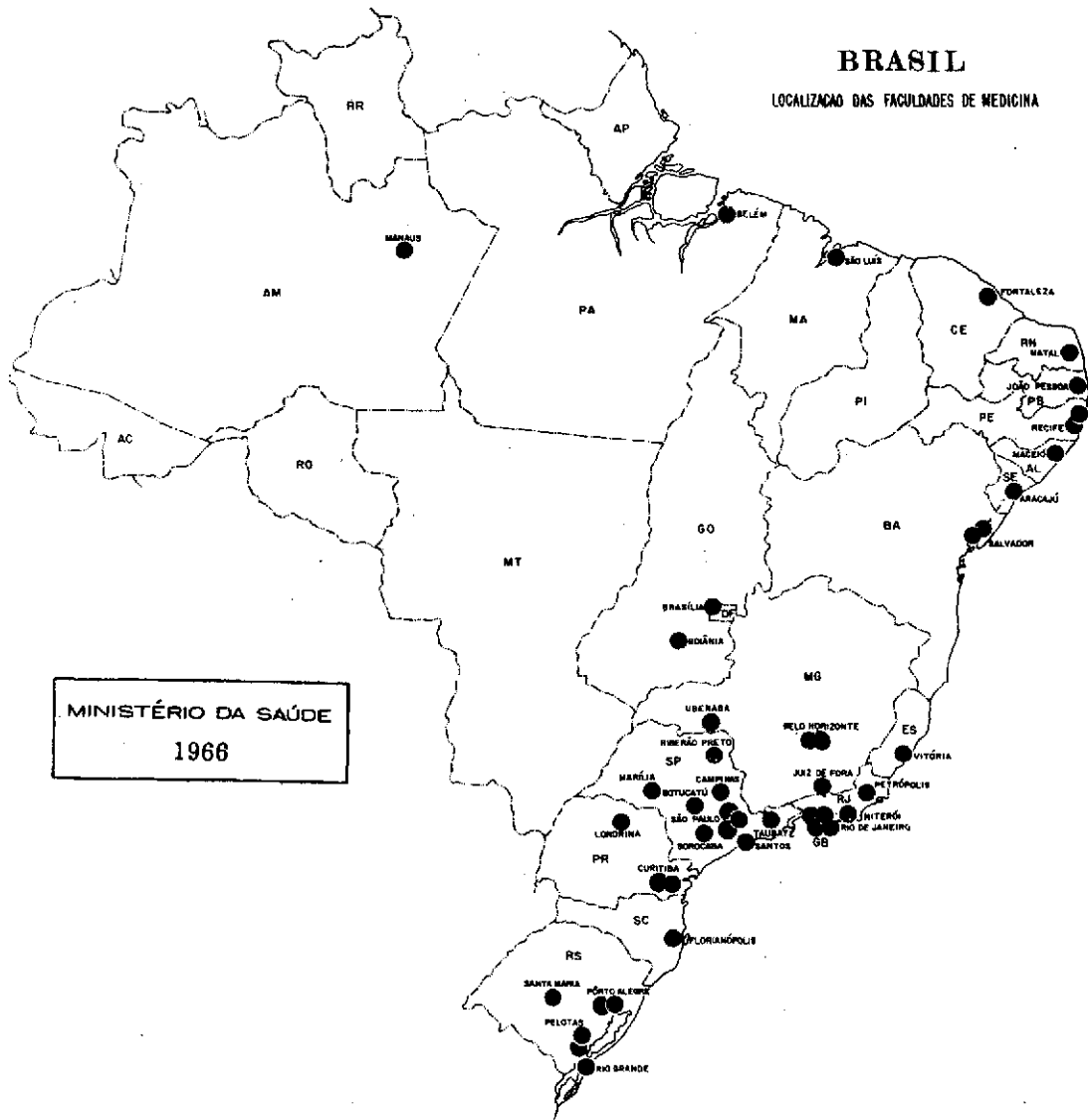
143.4 Não obstante, algumas normas devem ser desde logo observadas, de modo que a preparação de profissionais decorra de critério estabelecido em função do problema a resolver, em lugar de resultar, como se verifica, da eventual afluência de candidatos aos cursos, ou da insuficiência e desproporção destes, instituídos sem correspondência com o número de profissionais necessários e, em consequência, com distorção flagrante dos investimentos.

143.5 Para orientar a avaliação imediata das necessidades de formação, deve ser adotada a conclusão do estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos Demográficos, da Fundação IBGE. Recomenda a conclusão que, para ser mantida uma dada proporção de profissionais em relação à população, previsto o crescimento desta a uma taxa de 3% ao ano, o número de pessoas formadas anualmente deve ser equivalente a cerca de 5% do número de profissionais estabelecido naquela proporção.

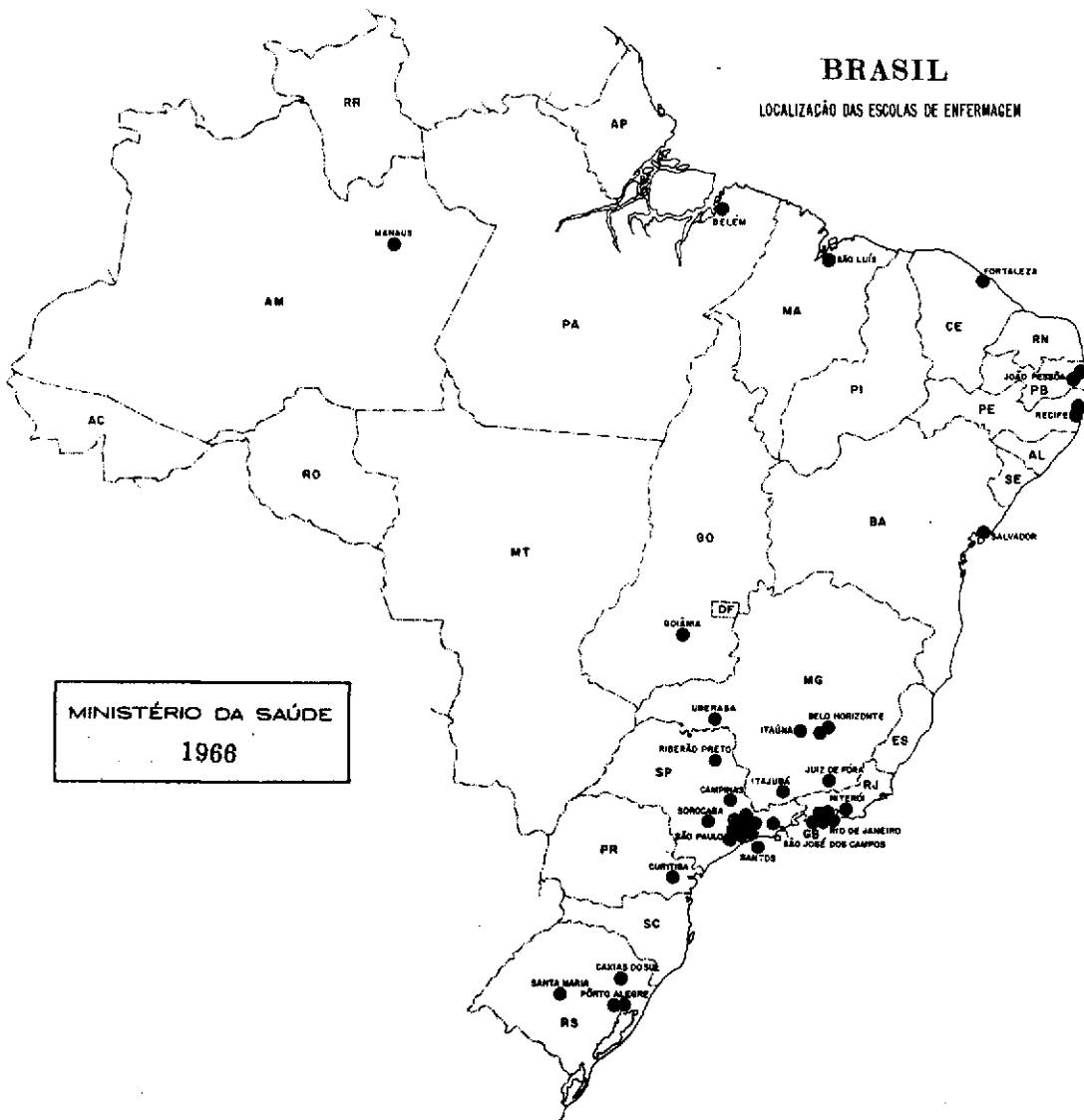
143.6 O quadro seguinte exemplifica a aplicação da percentagem referida, tomando-se por base diversas proporções que viessem a ser desejadas entre o número de habitantes e os médicos, considerada a população total atual de 88 milhões:

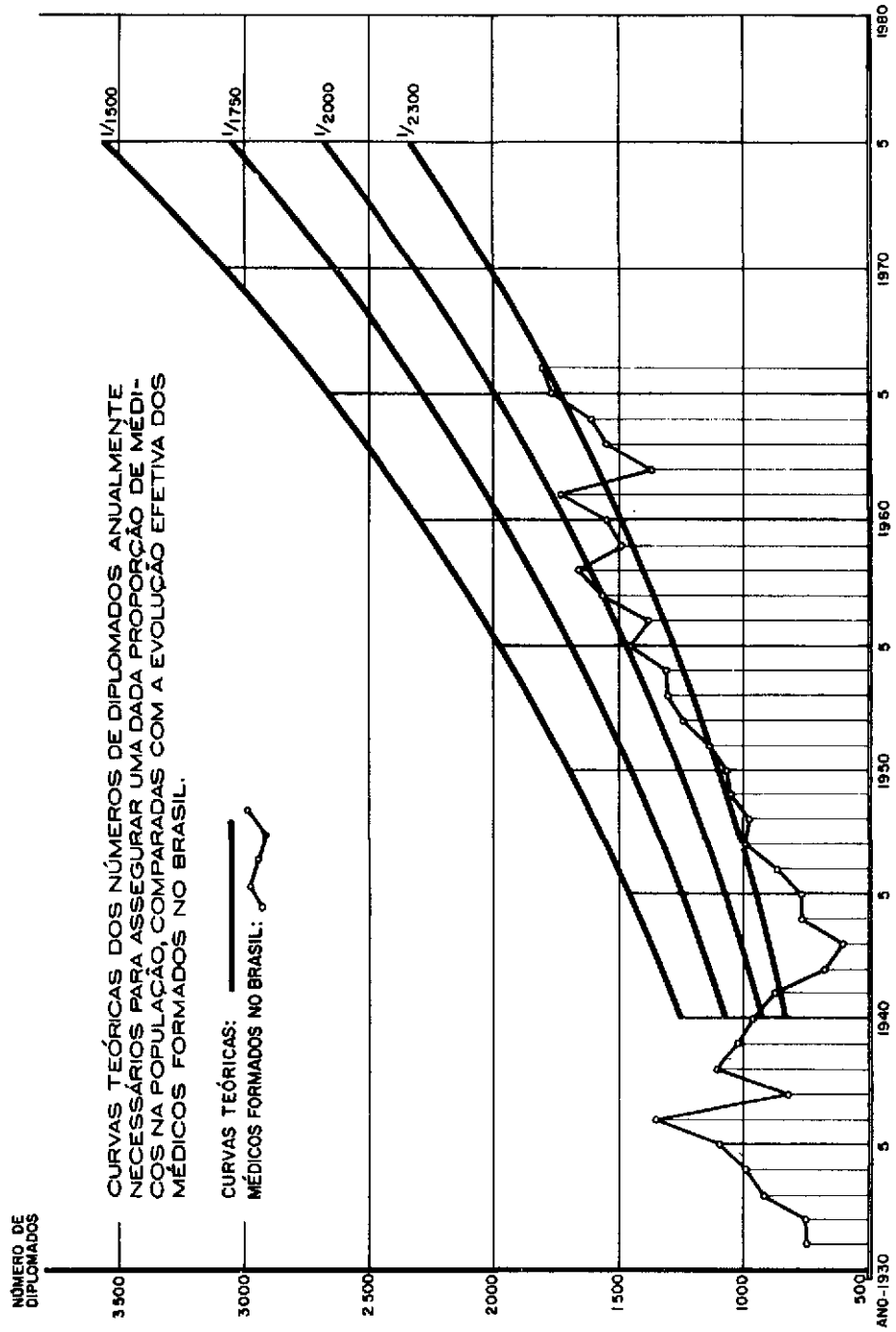
Proporção (habitantes por médico)	Número de médicos ne- cessários	Deficit atual de médicos	Número de diplomados anualmente, para manter a proporção de- jada, excluindo-se os necessários à eliminação do deficit.						
			* 1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
2 000	44 000	9 000	2 238	2 306	2 376	2 448	2 523	2 600	2 679
1 750	50 286	15 286	2 557	2 635	2 715	2 798	2 883	2 971	3 061
1 500	58 667	23 667	2 983	3 074	3 168	3 264	3 364	3 466	3 562

* O número de diplomados é igual a 5,084% do número de médicos necessários. Esse número cresce a uma taxa de 3,045% ao ano.









143.7 No momento, é notória a insuficiência de formação de profissionais de todos os níveis. No caso dos médicos, o número de diplomados — 1 755, em 1965, e 1 791, em 1966 — possibilita apenas a manutenção da atual relação de um médico para 2 300 habitantes.

143.8 Caberão ao órgão a ser instituído a estimativa inicial das proporções desejáveis em cada uma das profissões que integram o setor-saúde e a elaboração do programa para a coordenação das atividades de formação nos próximos anos.

144 — ESTATÍSTICA

144.1 Visando, essencialmente, ao apoio aos setores incumbidos do planejamento, pesquisa biomédica e formação e aperfeiçoamento do pessoal, a reforma administrativa do Ministério da Saúde deverá incluir o órgão que, integrado no sistema nacional de estatística, se encarregará, entre outras atribuições, de:

- a) formular o programa de coleta, informação, apuração e análise de dados estatísticos de interesse do sistema de saúde;
- b) promover e controlar a execução do plano estatístico;
- c) coletar documentos e estudos de outras fontes, de interesse do sistema;
- d) divulgar as apurações, análises, documentos e estudos que promover ou coletar.

144.2 O órgão ministerial de estatística limitar-se-á a planejar, promover e controlar a execução das tarefas estatísticas, a qual deverá ficar, quanto possível, a cargo da instituição nacional especializada ou de entidades contratadas.

2 — CUSTEIO DAS ATIVIDADES

21 — PRINCÍPIOS BÁSICOS

211 A interferência do Poder Público nas atividades de proteção e recuperação da saúde tem por finalidade a melhoria dos níveis de produtividade e de bem-estar da população. Consoante as disposições expressas neste documento, essa interferência, no que tange à assistência médica, se processa mediante a promoção de adequados procedimentos administrativos e de medidas destinadas a equilibrar, articuladamente, a distribuição de recursos materiais e humanos, bem como, especialmente, através da participação no pagamento dos serviços e do condicionamento dos preços, de modo a tornar o tratamento médico acessível ao maior número.

212 O capítulo anterior trata da organização básica do sistema de saúde, recomendando medidas relacionadas com a administração e a execução, que visem à melhor orientação e distribuição das atividades. Aqui, dispõe-se sobre o condicionamento de preços e a participação dos recursos oficiais no pagamento dos serviços.

213 Nesse sentido, três princípios fundamentais devem ser observados, sob pena de inviabilidade deste ou de qualquer outro programa assistencial:

— condicionamento do preço do serviço, devido pelos usuários de reduzida renda;

— participação direta do cliente no pagamento do preço do serviço utilizado;

— custeio a cargo dos recursos oficiais segundo critérios que o tornem imune à elasticidade do comportamento individual, técnico ou financeiro, de profissionais e entidades.

22 — CONDICIONAMENTO DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS

221 Pequenas parcelas da população percebem rendimentos que lhes permitem custear os serviços médicos de que necessitam, independentemente de ajuda oficial; outras, situadas entre a indigência e a chamada classe média, dependem dessa ajuda, em grau variável, na proporção da capacidade financeira de que são dotadas. Essa participação oficial no custo dos serviços será feita através das subvenções de que se trata adiante.

222 Entretanto, a ajuda oficial não atingirá seus objetivos se o preço do tratamento médico a ser pago pelos clientes não estiver condicionado à mesma razão-de-ser da subvenção, ou seja, à insuficiência dos rendimentos do cliente. É, assim, indispensável que se determine, para a grande maioria da população, o preço a cobrar de cada um por serviço utilizado, segundo tabelas básicas. Sobre os valores dessas tabelas aplicar-se-ão, em cada caso, as percentagens individuais de redução, estabelecidas em função dos diferentes níveis de renda.

223 Em princípio, pretende-se que o preço de cada serviço — quando usado este por cliente computado no cálculo da ajuda oficial — obedeça ao

estipulado nas tabelas de honorários médicos e dos demais serviços prestados (INPS ou equivalentes).

224 Como critério para a revisão do valor das tabelas, admite-se que serão válidos os índices e as épocas estabelecidas para o reajustamento salarial

23 — PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES NO CUSTEIO

231 A experiência na prática das atividades de assistência médica permite estabelecer que é indispensável — para o equilíbrio e mesmo para a viabilidade de qualquer organização — limitar-se a prestação de serviços, sem ônus imediato para o cliente, exclusivamente àqueles que se encontrem comprovadamente em estado de indigência. Todos os estudos mais recentes sobre o assunto, realizados no Brasil, em outros países ou em entidades internacionais, recomendam a observância desse princípio, considerando-o essencial à subsistência dos programas de saúde.

232 Essa orientação deve prevalecer ainda que, como no caso do Brasil, a participação do usuário no pagamento dos preços não tenha expressão econômica, tanto assim que a contribuição de cerca de metade da população deverá representar, relativamente aos investimentos totais em assistência médica, pouco mais de, apenas, 1% do total. Mas a exigência é indispensável, porque visa a moderar a utilização dos serviços, de modo que a eles somente se recorra na medida das reais necessidades de cada um.

233 Assim, embora mais da metade da população brasileira deva receber serviços médicos praticamente gratuitos, é indispensável, no momento da utili-

zação do sistema, que o cliente, mesmo o mais desprovido de recursos e exco- to o indigente, participe do pagamento do custo mediante o desembólso de quantia que, proporcionalmente, represente ônus financeiro comparável para o pobre e para os de maior renda.

234 Admite-se que, em prazo razoável, possam ser beneficiados pelos ser- viços de saúde cêrca de 80 milhões de habitantes. A população restante, loca- lizada em áreas de habitação extremamente rarefeita, sòmente poderá ser atingida em futuro mais remoto. Para a finalidade da participação no paga- mento dos preços dos serviços, essa população a ser atendida é distribuída bàsicamente entre quatro classes. A classe A compreende os indigentes e as pessoas de condição econômica mais desfavorecida. Na classe B, inclui-se a população que constitui a classe média mais pobre. A classe C corres- ponde à classe média de melhor padrão econômico e a D refere-se à popula- ção de maior renda. Essas populações são estimadas, respectivamente, em nú- meros correspondentes a 40, 20, 12 e 8 milhões.

235 Prevê-se que a contribuição da classe A deve oscilar entre a total gratuidade e 10% do preço dos serviços; em média, apenas 3%. As con- tribuições das classes B e C estimam-se, em média, em 35% e 65% dos pre- ços, e a da classe D, sujeita a preços liberados, situa-se, em média, em tôr- no de 150% dos valôres tabelados.

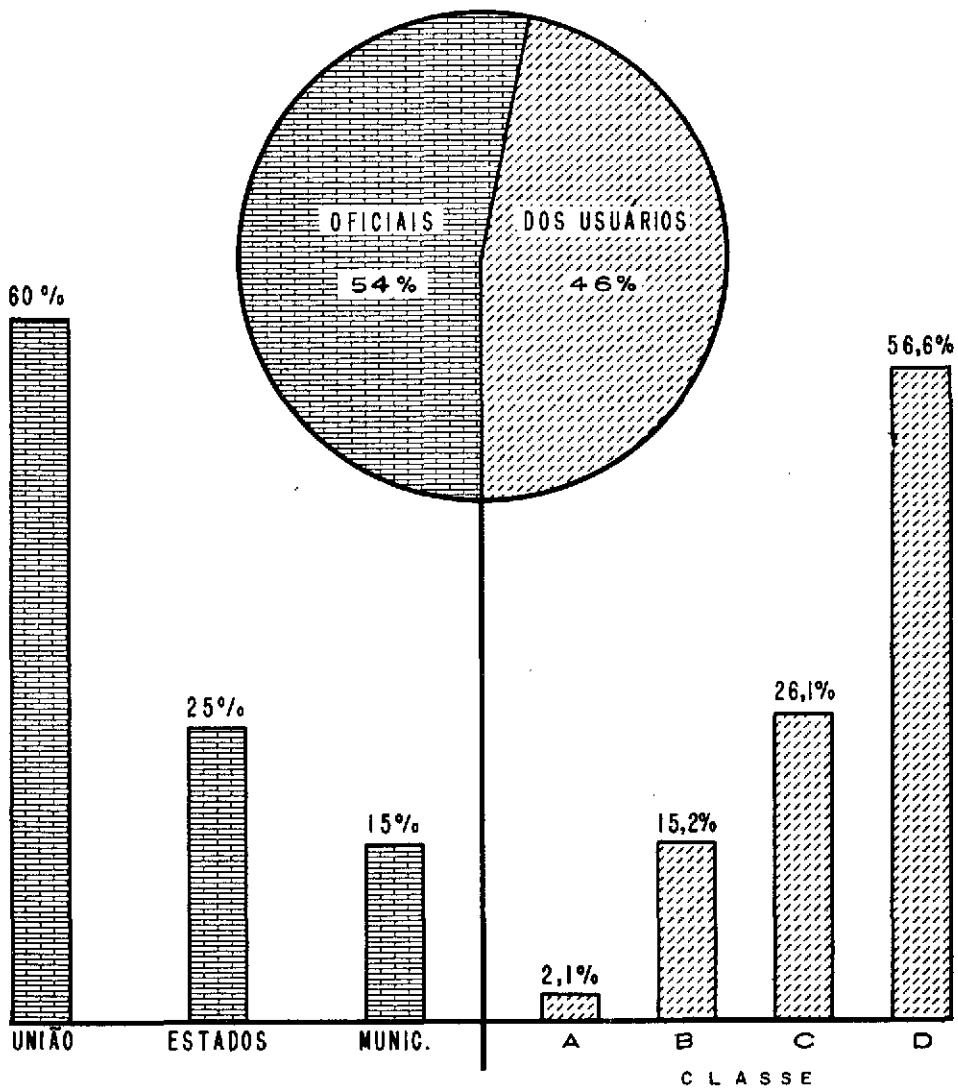
236 Segundo o princípio — em parte imposto pela própria condição das pessoas — que estabelece a relação entre a natureza e qualidade da assistên- cia médica e o estágio econômico de cada comunidade, a utilização de ser-

viços é relativamente menor quando se trata de populações de mais baixo poder aquisitivo. Nessa conformidade, considera-se, tendo-se em vista a experiência do INPS e da FSESP, que as populações economicamente mais favorecidas utilizam duas vezes mais os serviços de saúde do que os grupos mais pobres.

237 Embora somente através da execução das atividades venha a ser possível o estabelecimento definitivo de proporções, pode-se considerar, em princípio, que a contribuição dos usuários dos serviços assistenciais deverá representar, tal como o quadro seguinte documenta, quantia equivalente a pouco mais de 46% do custo total dos serviços, cabendo a parcela maior do pagamento aos recursos oficiais, ainda acrescida dos encargos pertinentes à saúde pública, de parte dos custos de administração e dos investimentos necessários à melhoria dos serviços.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CUSTEIO DOS SERVIÇOS



Classe econômica (1)	Número de habitantes positivamente atingidos pelos serviços médicos (2)	% sobre o total de habitantes (3)	Índice de utilização dos serviços (4)	População ponderada segundo os índices de utilização dos serviços (2) x (4)		Participação média no pagamento dos preços das tabelas %	Participação dos usuários em relação ao custo total (6) x (7) %
				Números absolutos (5)	% sobre o total (6)		
A	40 000 000	50,0	1	40 000 000	42,6	3	1,3
B	20 000 000	25,0	1	20 000 000	21,3	35	7,5
C	12 000 000	15,0	1,5	18 000 000	19,1	65	12,4
D	8 000 000	10,0	2	16 000 000	17,0	150	25,5
TOTAL	80 000 000	100,0	—	94 000 000	100,0	—	46,7

NOTA — Exlusive 8 000 000 não atingidos pelos serviços.

238 Os critérios para o enquadramento dos usuários nas classes previstas e para a fixação das respectivas percentagens de pagamento dos preços dos serviços deverão ser estipulados para cada planejamento local, segundo as normas que forem estabelecidas pelo Órgão Central, para que se atenda à diversidade de condições das várias áreas de saúde e para que algumas experiências possam preceder à formulação dos critérios definitivos.

239 Se se fizer necessário, para cobertura do relativo ônus sobre a economia individual das classes de menor renda, imposto pela participação obrigatória no preço dos serviços, poderá ser admitida a redução da atual percentagem correspondente ao seguro social.

239.1 Essa redução poderia ser representada pela diminuição do desconto sobre o salário dos empregados de 8 para 7%. Com essa medida, ficaria incorporada à economia direta dos trabalhadores quantia equivalente a cerca de quatro vezes o valor total da participação que se exigirá das classes de menor renda, no preço dos serviços médicos.

239.2 Nas estimativas que se seguirão, essa dedução não está prevista, porque se trata de providência dependente dos critérios a serem adotados na implantação do sistema. Assim, se a redução for desejada, dever-se-á considerar que o valor correspondente à percentagem a ser deduzida equivale, aproximadamente, a NCr\$ 160 000 000,00 anuais, a serem despendidos diretamente pela União, Estados e Municípios, na proporção adiante estabelecida e na medida da implantação do sistema.

24 — SUBVENÇÕES

241 — CONDIÇÃO ESSENCIAL

241.1 Conforme foi explanado nos itens anteriores, para que os serviços de saúde possam estender-se a toda a população praticável, é necessário estabelecer o condicionamento dos preços a serem cobrados pelos profissionais e entidades às pessoas de recursos mais limitados, mediante a adoção de tabelas razoáveis, e fixar a proporcionalidade entre os preços dos serviços e o poder econômico do usuário. Compensando êsse condicionamento imposto aos profissionais e entidades, é instituído o regime de subvenção oficial dos serviços prestados.

241.2 É indispensável, porém, que, sob pena de impraticabilidade do sistema, o pagamento a cargo dos poderes públicos não fique sujeito às majorações do custo que podem advir das variações do comportamento, técnico ou financeiro, dos profissionais e entidades incumbidos da execução. As experiências anteriores comprovam largamente que, quando o pagamento a cargo do governo é feito com base em índices de medição variáveis de acôrdo com a orientação de quem executa o serviço ou segundo unidades de contrôle muito difícil, os valores a pagar crescem exageradamente, conduzindo à insolvência.

241.3 Esta programação institui um processo de avaliação da subvenção que o poder público pagará a médicos e entidades. O método proposto poderá ser alterado no planejamento local, ou a qualquer tempo, mas será sempre essencial que o procedimento a ser eventualmente adotado possibilite a predeterminação dos recursos públicos a investir.

242 — INVESTIMENTOS EM SAÚDE

242.1 Os investimentos globais em saúde, a cargo de usuários e recursos oficiais, deverão corresponder, quando concluída a implantação do sistema, a montante equivalente a cerca de 4,5% do produto interno bruto, ou seja:

— Atividades de proteção da saúde coletiva	NCr\$ 600 000 000,00
— Remuneração de médicos	850 000 000,00
— Internação hospitalar	1 060 000 000,00
— Serviços complementares de diagnóstico e tratamento, e odontologia	500 000 000,00
— Medicamentos	600 000 000,00
— Aperfeiçoamento (planejamento, pesquisa, formação e aperfeiçoamento de pessoal e estatística)	120 000 000,00
— Administração	150 000 000,00
	<hr/>
	3 880 000 000,00

242.11 A previsão de gastos em saúde pública baseia-se nos orçamentos governamentais, acrescidos de cerca de 20% e excluído o valor correspondente à remuneração de médicos, cuja totalidade está compreendida num só item.

242.12 A remuneração de médicos está orçada em 1% do produto interno bruto, segundo a apropriação recomendada por diferentes estudos, nacionais e internacionais, relativos à economia do setor-saúde.

242.13 A parcela referente à internação hospitalar, dela excluída a remuneração de médicos, corresponde à ocupação de 80% dos leitos existentes, durante todos os dias do ano, à diária média de NCr\$ 16,00.

242.14 Igualmente excluída a remuneração de médicos e a de serviços odontológicos não coordenados, o cálculo do valor a investir em serviços complementares de diagnóstico e tratamento e odontologia representa uma estimativa preliminar, feita em face dos dados disponíveis, especialmente no INPS, e de proporções admitidas em diversos estudos de custeio médico-assistencial. O custo de serviços não incluídos, principalmente de odontologia, deve representar quantia equivalente a 0,5% do produto interno bruto.

242.15 Quanto a medicamentos, não há dados disponíveis que permitam avaliação mais segura. Entretanto, mesmo admitida proporcionalidade exagerada em relação à observada em outros países, essa avaliação não será superior ao total previsto.

242.16 As quantias destinadas a aperfeiçoamento e administração equivalem a cerca de 7,5% dos demais gastos e foram previstas em função das limitações impostas pela economia do setor.

243. — VALOR GLOBAL DAS SUBVENÇÕES

243.1 O valor global das subvenções a serem atribuídas às áreas deverá atingir cerca de NCr\$ 2 000 000 000,00, quando completada a implantação e atingida a total oferta de serviços pretendida.

243.2 Integram êsse valor as parcelas correspondentes a 54% (ver item 237) dos investimentos referentes à remuneração de médicos, internação hospitalar e serviços complementares, a 70% dos medicamentos, a 50% do total correspondente a aperfeiçoamento e a 60% do relativo à administração, tendo-se em vista, quanto às duas últimas parcelas, os gastos estaduais e cen-

trais incluídos nessas rubricas. Ainda, estão compreendidos na estimativa do valor global das subvenções 8% dos encargos atribuídos aos usuários, equivalentes à estimativa das quantias admitidas a fundo perdido, nos empréstimos a lhes serem concedidos. Os valores correspondentes são os seguintes:

— 54% dos investimentos em remuneração de médicos, internação hospitalar e serviços complementares	NCr\$ 1 301 400 000,00
— 70% dos medicamentos	420 000 000,00
— 50% do aperfeiçoamento	60 000 000,00
— 60% da administração	90 000 000,00
— Fundo perdido de empréstimos	<u>100 000 000,00</u>
	1 971 400 000,00

244 — VALOR DA SUBVENÇÃO PARA AS ÁREAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

244.1 As subvenções serão estipuladas relativamente a cada área de saúde, atribuindo-se à administração destas a competência para o subvencionamento dos profissionais e entidades que as integram. Os valores das subvenções serão calculados segundo os critérios adiante estabelecidos ou poderão resultar de outros critérios que, mesmo a título de experiência, possam ser desejados, desde que proporcionem a justa retribuição das atividades e fique resguardado, em qualquer caso, o princípio relacionado com a inelasticidade dos recursos oficiais, referido no item 241.

244.2 A subvenção total de cada área será constituída pela soma das parce-

las correspondentes aos serviços de saúde nela instalados, distinguindo-se remuneração de médicos, internação hospitalar, serviços complementares, medicamentos, aperfeiçoamento e administração. Os critérios propostos para o cálculo estão referidos em anexo (item 244.2).

25 — FINANCIAMENTOS

251 O sistema deverá ser provido de recursos para a concessão de empréstimos destinados a financiamentos:

- de gastos de saúde excessivos, incidentes sobre usuários que não disponham de recursos;

- a médicos, para mudança de localidade e para novas instalações;

- a organizações hospitalares, para construção, ampliação ou melhoria de instalações;

- a outros serviços médicos ou farmacêuticos, para a execução de programas de interesse do sistema.

251.1 Em princípio, podem ser entendidos como gastos excessivos de saúde os encargos que representem, dentro de um mês, mais de 20% da renda familiar.

251.2 A amortização dos empréstimos deve ser feita com correção monetária e sera acrescida de taxa de administração.

251.3 Nos casos de financiamentos a usuários, a parcela mensal de amortização e demais encargos não deverá exceder a quantia equivalente a 10% da renda familiar do mutuário.

252 A título de complementação das subvenções, poderá ser computada a fundo perdido quantia equivalente a cerca de 8% do valor global do custeio do setor-saúde a cargo dos usuários.

253 A atribuição, por área de saúde, do montante previsto para o fundo referido no item anterior — a ser constituído com base, principalmente, em dotações orçamentárias — deverá ser feita na proporção dos coeficientes locais de serviços de saúde, indicados no item 411.1 do anexo (item 244.2).

26 — FISCALIZAÇÃO DOS GASTOS

Os métodos de fiscalização serão orientados no sentido de manter os desvios dos programas dentro de limites razoáveis, preestabelecidos nas normas centrais ou estaduais, desprezando-se, assim, em razão da desproporção econômica e das distorções operacionais que acarretam, os sistemas que pretendem impedir a totalidade de erros presumíveis. Dentro dessa orientação, o controle local obedecerá às normas que forem expedidas, a serem formuladas segundos os princípios do controle estatístico, inclusive por amostragem.

3 — RECURSOS

31 — CONSIDERAÇÕES

311 O valor do investimento global em saúde foi estimado, por ano, em cerca de NCr\$ 3 880 000,00 (item 242.1), a ser custeado, parte pela contribuição direta dos usuários (NCr\$ 1 188 600 000,00), e parte pelos recursos recolhidos através do poder público (NCr\$ 2 691 400 000,00), ou seja, cerca de 1/3 do investimento como encargo direto dos usuários e 2/3 à conta de recursos oficiais.

311.1 Essas proporções traduzem a distribuição do custeio que deveria ter efetiva correspondência com os orçamentos oficiais. Tratando-se de um país onde, reconhecidamente, 2/3 da população não dispõem de meios para custear os serviços médicos de que necessitam, caberia aos governos, dada a prioridade do setor, investir o montante equivalente àquela insuficiência.

311.2 Ocorre, mais, que a quantia a investir, para essa adequada solução do custeio do setor-saúde no Brasil, corresponde à percentagem desejável das despesas orçamentárias dos governos. De fato, o total dos encargos representaria menos de 15% do valor das despesas orçamentárias federais, estaduais e municipais, e se chegarmos a essa proporção teremos apenas atingido a média de aplicação de outros países, que se encontram em estágio de desenvolvimento semelhante ao nosso.

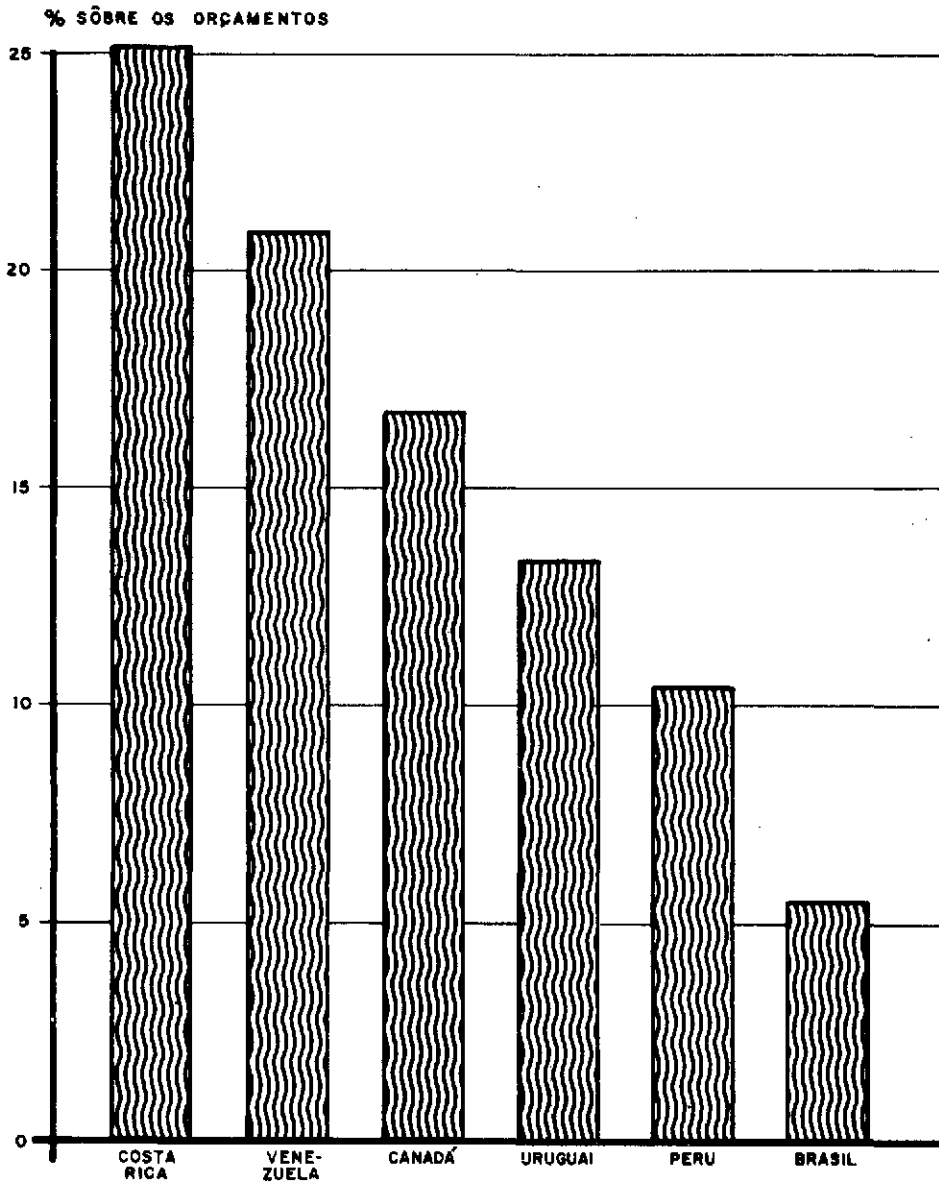
MÉDIA DOS INVESTIMENTOS NO SETOR-SAÚDE EM ALGUNS
PAÍSES AMERICANOS NOS ANOS DE 1962 A 1965

	%
Guiana Inglesa	26,0
Costa Rica	25,1
Pôrto Rico	22,3
Venezuela	20,7
Guatemala	18,0
El Salvador	17,8
Canadá	16,7
Panamá	16,6
Haiti	13,9
Uruguai	13,3
Honduras	12,0
Trinidad	11,3
Peru	10,4
Colômbia	10,3
Cuba	9,7
Argentina	5,7
Brasil	5,5

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INVESTIMENTOS NO SETOR SAÚDE EM
ALGUNS PAÍSES AMERICANOS
1962/5



311.3 É indubitável, porém, que, a curto prazo, será inviável a correção orçamentária para permitir essa proporcionalidade nos investimentos oficiais. Por isso, sem embargo das medidas que, nos próximos exercícios, possam conduzir à justa redistribuição dos recursos públicos, será preciso, nesse período, atenuar o ônus financeiro oficial.

311.4 Essa atenuação deverá ser obtida valendo-se o sistema da parte das contribuições do seguro social destinada a assistência médica. Esses recursos permitirão reduzir as exigências aos orçamentos oficiais, em lugar de serem destinados, como seria acertado, à conta do custeio atribuído aos usuários, embora para estes, no sistema previsto, os encargos médios devam ser menores do que os atuais.

311.5 O valor daquela parcela das contribuições do seguro social — que, no momento oportuno, deverá ser caracterizado oficialmente como contribuição para o seguro-saúde obrigatório — integra atualmente a arrecadação da previdência social e está orçado em pouco menos de 850 milhões de cruzeiros novos, produzidos pela contribuição de 4% da folha de salários e pela arrecadação do fundo rural.

A obrigatoriedade da contribuição, se estendida, como se impõe, a toda a população, propiciará o aumento dos recursos dessa origem para, no mínimo, 900 milhões de cruzeiros.

311.6 Em futuro mediato, esse valor de 900 milhões de cruzeiros novos — ou de cerca de 750 milhões, se fôr adotada a medida referida no item 239 — deverá possibilitar a redução dos indispensáveis pagamentos diretos a cargo

dos usuários. Enquanto isso não fôr possível, deverão êles aliviar os encargos oficiais.

311.7 Cabe consignar que, de qualquer modo, o programa financeiro instituído, ao mesmo tempo em que iguala o tratamento de tôda a população, através da extensão da contribuição de seguro social a todos os beneficiados, propicia aos atuais segurados da previdência social mais e melhores recursos médicos, em decorrência do maior investimento público no setor e da adequada organização dos serviços assistenciais.

312 Do valor total a cargo dos recursos aplicados através do poder público, NCr\$ 600 000 000,00 destinam-se à proteção da saúde coletiva. Cerca de 80% desse valor já integra os orçamentos governamentais. O acréscimo previsto e o programa de aplicação são tratados em documento à parte, relativo à saúde pública, ainda em elaboração. Portanto, neste documento incluem-se somente fontes de recursos para o custeio da atividade médico-assistencial, equivalente a NCr\$ 1 971 400 000,00.

32 — RECURSOS PÚBLICOS PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA

321 Admite-se que os encargos assistenciais do poder público — deduzidos, nos próximos anos, do valor do seguro social — devam distribuir-se entre a União, Estados e Municípios, nas proporções de, respectivamente, 60, 25 e 15%. Assim, o valor total desse investimento obedecerá à seguinte distribuição:

— Seguro-saúde obrigatório (contribuição atual para a previdência social, extensão da contribuição à população restante e fundo rural)	NCr\$ 900 000 000,00(1)
— Participação orçamentária da União	660 000 000,00
— Participação dos Estados	275 000 000,00
— Participação dos Municípios	<u>165 000 000,00</u>
	2 000 000 000,00

(VIDE ITEM 239)

322 Relativamente à participação da União, Estados e Municípios, cabe notar que seguramente mais de 50% do investimento previsto está contido em dotações orçamentárias atuais.

322.1 Diferentes gastos da União com atividades assistenciais permitem estimar a contribuição federal para a saúde individual, este ano, em mais de 400 milhões de cruzeiros novos. Entre esses gastos, contam-se cerca de 200 milhões com as denominadas despesas diretas da previdência social, mais de 100 milhões, através do Ministério da Saúde, sob as rubricas de subvenções e interiorização da medicina, e mais de 100 milhões em diversas dotações, como as proporcionadas, entre outras, à SUDENE, IPASE, SUDEPE, LBA e SASSE. Nessa conformidade, o encargo a ser acrescido nos próximos anos importará em apenas cerca de 260 milhões, exigíveis segundo a progressão que for possível obter.

322.2 No que se refere a Estados e Municípios, percentagem do custeio igualmente significativa já é despendida em diferentes programas assistenciais.

O acréscimo poderá ser razoavelmente tolerado se consignado aos recursos proporcionados àquelas unidades pela redistribuição dos impostos de renda, de produtos industrializados, territorial, sobre lubrificantes e combustíveis, sobre energia elétrica e sobre minerais. Estima-se que os novos encargos estaduais e municipais com saúde não deverão exceder a 10% da arrecadação que aqueles impostos lhes conferem, e que, tal como no caso da contribuição federal, a oneração, além de relativamente pequena, ocorrerá gradualmente, nos próximos anos.

33 — FASE DE TRANSIÇÃO

331 Apesar de pequena a exigência de novos recursos, admite-se que, de imediato, possa ser dificultada a plena implantação do sistema de saúde, em virtude de diversas restrições orçamentárias e do tempo necessário a que se adaptem ao regime proposto os recursos materiais e humanos existentes.

332 Para contornar essas dificuldades — conforme o vulto de que se revisitam no momento da elaboração dos planos locais e da implantação dos sistemas nas áreas de saúde — poderão ser estabelecidas prioridades, de modo a reduzir a imediata apropriação de recursos.

333 Assim, ressalvadas as soluções ditadas por peculiaridades locais, poderá ser adotada a seguinte ordem de prioridade, relativamente à implantação dos sreviços de saúde:

— internações hospitalares em situações que requerem assistência urgente;

- serviços médicos complementares para diagnóstico e tratamento;
- remoção de focos dentários;
- outros serviços médicos.
- assistência farmacêutica.

34 — ATENUAÇÃO DE DESNÍVEIS

As percentagens de custeio atribuídas aos Estados e Municípios são indicativas da média a ser obtida. De fato, as contribuições estaduais e municipais devem ser proporcionais às possibilidades locais, compensando-se as insuficiências pela redistribuição dos recursos advindos do seguro-saúde e da União.

4 — IMPLANTAÇÃO

41 — ÓRGÃO NACIONAL DE SAÚDE

411. A implantação do sistema de saúde deverá ser iniciada pela constituição do órgão nacional, integrante da estrutura do Ministério da Saúde. Durante fase preliminar, até que se conclua a reforma administrativa ministerial, deverá o órgão constituir-se com estruturação provisória.

411.1 Ao órgão constituído, além das funções que lhe são próprias, devem competir inicialmente:

- o relacionamento das áreas de saúde, segundo a seqüência de implantação do sistema;

- os entendimentos com os órgãos públicos incluídos nos programas de saúde;

- o levantamento dos dados referentes às áreas de saúde;

- a coordenação dos planejamentos locais;

- a formulação de convênios com os órgãos públicos;

- a promoção da constituição dos órgãos locais de saúde;

- a assistência à implantação do sistema;

- a coordenação do sistema de organização e métodos.

411.2 Ainda, simultaneamente com as medidas relacionadas no item anterior, incumbirão ao órgão referido as medidas relacionadas com o recebimento e distribuição dos recursos destinados à execução do programa assistencial, com a própria organização administrativa e com a proposição, no âmbito do Poder Executivo, da legislação pertinente ao sistema de saúde.

42 — LEVANTAMENTOS

A elaboração dos planos locais de saúde deverá basear-se em levantamentos de dados, segundo a orientação contida nos formulários e instruções em anexo (item 42).

43 — INTEGRAÇÃO DO PESSOAL E ENTIDADES DO SERVIÇO PÚBLICO

431 Tendo em vista a estrutura prevista no plano local, serão postos à disposição do sistema, à base da livre manifestação dos interessados, os médicos e dentistas atualmente vinculados ao serviço público.

431.1 Ao profissional cedido ao sistema, a administração pública deverá assegurar a percepção dos vencimentos ou salários dos cargos ou empregos que ocupe, como parte da subvenção que lhe será atribuída, e garantirá os direitos e vantagens do servidor, como se em exercício estivesse.

432 Igualmente, diante da estrutura prevista no plano local, deverão ser nela integradas as unidades de serviço de assistência médica, existentes como órgãos ou setores da administração pública, direta ou indireta.

433 A administração das unidades referidas no item anterior deverá ser entregue — respeitadas as disposições legais aplicáveis e observados os critérios a serem estabelecidos no plano local — a pessoas de direito privado, mediante (a) arrendamento dos bens imóveis, instalações, equipamentos e material permanente, (b) venda do material de consumo em estoque e (c) cessão de pessoal.

433.1 Os bens imóveis e as instalações deverão ser arrendados por quantia mensal fixada pela administração pública, em função do valor histórico da aquisição.

433.2 Os equipamentos e o material permanente deverão ser arrendados pelo valor correspondente à depreciação anual.

433.3 O material de consumo em estoque poderá ser vendido na base do preço de aquisição, se necessário, para pagamento em parcelas mensais.

434 O pessoal não médico lotado nas unidades arrendadas poderá ser pôsto à disposição da administração privada que assumir a administração.

434.1 Ao pessoal cedido, a administração pública deverá assegurar a percepção dos vencimentos ou salários dos cargos ou empregos ocupados, em caráter permanente, e garantirá os direitos e vantagens do respectivo regime jurídico como se em exercício estivesse.

434.11 O arrendatário das entidades poderá complementar, com recursos próprios, a retribuição do pessoal cedido.

435 O valor do arrendamento, da venda de materiais de consumo e dos vencimentos, salários e vantagens do pessoal corresponderá a parte da contribuição dos poderes públicos para o sistema de saúde e deverá ser compensado na subvenção devida à entidade, a cargo dos recursos oficiais do sistema.

436 Deverá ser facultado aos arrendatários restituir à administração pública, a qualquer tempo, o pessoal que fôr julgado dispensável.

44 — PREVISÃO DE PRAZOS

A subsequente execução do programa nacional de saúde deverá obedecer à seguinte estipulação de prazos:

5 — LEI NACIONAL DE SAÚDE

A formulação do planejamento do sistema nacional de saúde e a implantação dos serviços estão sendo acompanhados pelo Poder Legislativo, através da Comissão de Deputados especialmente designada pela Comissão de Saúde da Câmara Federal. Segundo o propósito manifestado nas reuniões realizadas, esta formulação, revisada com base na experiência que a implantação proporcionar, propiciará elementos seguros para a preparação de um projeto de lei nacional de saúde.

ANEXOS

ANEXO (item 112)

Localização, quantidade de municípios compreendidos em cada área e população nela existente em 1967.

Regiões Fisiográficas	Unidades da Federação	Áreas de Saúde	Municípios na área em 19-7-1967	População estimada em 19-7-1967
NORTE	Rondônia	Pôrto Velho	3	124.265
		Manaus	53	1.106.609
	Amazonas	Belém	84	1.814.643
		Santarém	10	257.789
	Pará	Macapá	7	137.631
Amapá				
NORDESTE	Maranhão	São Luís	56	1.501.520
		Bacabal	22	741.995
	Piauí	Teresina	70	1.152.597
		Parnaíba	18	405.511
	Ceará	Florianópolis	48	434.751
		Fortaleza	57	2.094.851
		Sobral	40	807.374
		Iguatu	15	282.537
	Rio Grande do Norte	Crato — Juazeiro do Norte	38	690.125
		Natal	78	781.109
		Mossoró	46	311.196
	Paraíba	João Pessoa	52	922.531
		Campina Grande	71	1.451.094
	Pernambuco	Patos	78	662.597
		Recife	57	2.655.217
		Caruaru	32	1.697.214
		Garanhuns	22	401.517
		Arcoverde	40	539.708
	Alagoas	Maceió	45	1.353.754
		Penedo	21	206.429
		Palmeira dos Índios	33	414.197

Regiões Fisiográficas	Unidades da Federação	Áreas de Saúde	Municípios na área em 1º-7-1967	População estimada em 1º-7-1967	
LESTE	Sergipe	Aracaju	76	847.726	
		Salvador	41	1.607.918	
		Alagoinhas	25	426.309	
		Feira de Santana	59	1.067.625	
		Jacobina	23	344.113	
		Senhor do Bonfim	9	195.547	
		Bahia-Pernambuco Bahia	Juazeiro — Petrolina	32	481.921
			Ilhéus — Itabuna	36	732.899
			Vitória da Conquista	57	1.072.595
	Minas Gerais	Jequié	28	453.458	
		Belo Horizonte	207	3.518.595	
		Montes Claros	44	949.498	
		Patos de Minas	17	300.384	
		Divinópolis	44	526.493	
		Barbacena	32	314.518	
		Juiz de Fora	55	766.248	
		Muriaé	33	524.176	
		Governador Valadares	52	1.153.944	
		Teófilo Otoni	51	1.194.531	
		Varginha	45	519.405	
		Poços de Caldas	10	148.180	
		Uberaba	27	355.164	
		Uberlândia	59	800.753	
		Ituiutaba	10	159.573	
		Espírito Santo	Vitória	23	730.555
			Cachoeiro do Itapemirim	23	509.136
			Colatina	9	634.191
	Rio de Janeiro	Petrópolis	4	301.531	
		Nova Friburgo	9	223.533	
		Barra Mansa — V. Redonda	18	530.455	
		Campos	14	857.552	
Guanabara		27	6.484.896		

Regiões Fisiográficas	Unidades da Federação	Áreas de Saúde	Municípios na área em 1º-7-1967	População estimada em 1º-7-1967	
SUL	São Paulo	Grande São Paulo	38	6.895.538	
		São Paulo — Exterior	40	1.039.114	
		Vale do Paraíba	32	703.810	
		Sorocaba	59	986.450	
		Campinas	67	1.521.658	
		Ribeirão Preto	80	1.389.051	
		Bauru	84	1.353.484	
		São José do Rio Preto	85	1.068.870	
		Araçatuba	37	529.074	
		Presidente Prudente	50	859.140	
		Curitiba	40	1.287.822	
		Jacarèzinho — Ourinhos	39	683.864	
		Londrina	57	1.654.496	
		Maringá	75	1.653.202	
	Paraná	Paraná — São Paulo	Ponta Grossa	38	1.073.401
	Paraná		União da Vitória — Pôrto União	10	150.980
	Paraná		Pato Branco	28	401.288
	Santa Catarina		Cascavel	14	166.151
			Umuarama	12	219.602
			Florianópolis	23	317.458
			Blumenau	43	549.597
			Joinvile	11	210.322
			Lajes	12	255.197
			Joaçaba — Herval D'Oeste	33	330.402
			Chapecó	30	271.240
			Tubarão	32	484.268

Regiões Fisiográficas	Unidades da Federação	Áreas de Saúde	Municípios na área em 1º-7-1967	População estimada em 1º-7-1967
CENTRO- OESTE	Rio Grande do Sul	Pôrtô Alegre	52	2.124.347
		Caxias do Sul	27	562.845
		Passo Fundo	27	475.573
		Erechim	22	303.326
		Santa Cruz do Sul	8	285.710
		Cruz Alta	14	239.498
		Ijuí	13	220.854
		Santo Ângelo	15	279.412
		Santa Rosa	13	224.133
		Cachoeira do Sul	6	174.390
		Santa Maria	15	413.864
		Pelotas — Rio Grande	12	564.284
		Bagé	3	133.251
		Santana do Livramento	2	95.876
		Alegrete	2	90.458
	Uruguaiana	3	118.083	
	Mato Grosso	Corumbá	2	89.133
		Campo Grande	37	589.309
		Cuiabá	18	304.402
	Goiás	Goiânia	56	794.151
		Anápolis	90	1.038.048
Distrito Federal	Brasília	51	801.818	

NOTA: A fixação das áreas de saúde do Estado de São Paulo obedeceu ao disposto no Decreto Estadual nº 48163, de 3-7-1967.

ANEXO (item 123)

Memorando sôbre a constituição e funcionamento dos órgãos locais de saúde.

FINALIDADE E CARACTERÍSTICAS

1 Para administrar, coordenar e fiscalizar as atividades locais do sistema nacional de saúde, deverão ser constituídas sociedades civis, sem fins lucrativos, com jurisdição sôbre determinada área de saúde e participação da comunidade, sob a denominação de Comunidade de Saúde.

1.1 A Comunidade deverá ter sede em cidade da respectiva área de saúde, de acôrdo com indicação feita pelo Órgão Estadual de Saúde.

1.2 O prazo de duração da sociedade será indeterminado.

1.3 A Comunidade reger-se-á pela legislação específica e por Estatuto elaborado sob a orientação dêste ato e aprovado pelo Órgão Estadual de Saúde.

ATRIBUIÇÕES

2 Para a consecução dos seus objetivos, competirão, em princípio, à Comunidade as seguintes atribuições:

I — de natureza administrativa:

a) cumprir e fazer cumprir a política nacional de saúde, as medidas de coordenação das atividades de proteção e recuperação da saúde e as disposições do plano local específico;

b) propor ao Órgão Estadual de Saúde alterações das medidas e disposições referidas na alínea anterior e dos seus Estatutos;

c) manter os serviços administrativos e técnicos, necessários ao desempenho de seus encargos;

d) observar as normas expedidas pelos órgãos de planejamento, coordenação e controle do sistema nacional de saúde;

e) promover a integração, dentro da estrutura prevista no plano local, dos profissionais e das entidades que deverão, como unidades executoras dos serviços, atuar na área de saúde sob a sua jurisdição;

f) promover, de acordo com o plano local, o desenvolvimento das atividades referentes à saúde individual ou coletiva, na respectiva área de saúde;

II — de natureza financeira:

g) receber as subvenções relativas à área de saúde sob sua jurisdição e pagar às unidades executoras dos serviços as que lhes cabem;

h) angariar recursos de diferentes fontes, destinados às atividades locais referentes à saúde individual ou coletiva;

i) aplicar os recursos financeiros disponíveis da Comunidade, tendo em vista os interesses locais da saúde individual ou coletiva, a manutenção do valor real do patrimônio e a obtenção de renda satisfatória;

j) conceder financiamentos, nos limites dos recursos próprios, para instalação de profissionais ou de entidades para ampliação de instalações já existentes, ou, ainda, para custear a parte dos honorários médicos e despesas hospitalares a cargo dos clientes;

l) elaborar e aprovar, por seus órgãos próprios, o orçamento-programa anual da sociedade, que discriminará as receitas estimadas e as despesas previstas para a respectiva gestão econômico-financeira;

m) prestar contas da gestão econômico-financeira e patrimonial ao órgão próprio;

III — de fiscalização:

n) fiscalizar o cumprimento das subvenções devidas aos mesmos profissionais e entidades, mantendo, para esse fim, registro dos elementos determinantes daqueles índices;

p) aplicar penalidades aos associados;

IV — de orientação:

q) orientar a população da área de saúde a respeito dos recursos médicos e hospitalares de que poderá dispor;

r) incentivar a formação de diferentes modalidades de custeio de honorários médicos e despesas hospitalares a cargo dos clientes;

s) promover a adoção, por parte das unidades executoras dos serviços, de novas técnicas que permitam o desenvolvimento das suas atividades;

t) promover o treinamento e aperfeiçoamento do pessoal integrado na estrutura local do sistema nacional de saúde;

2.1 Caberá, também, à Comunidade executar os encargos que lhe forem atribuídos em normas do sistema nacional de saúde, referentes à assistência farmacêutica, saúde coletiva, pesquisa e estatística.

ASSOCIADOS

3 Deverão ser associados da Comunidade:

I — em caráter obrigatório:

a) os profissionais e entidades integrados na estrutura local do sistema nacional de saúde;

II — em caráter facultativo:

b) os Municípios compreendidos na área de saúde sob a jurisdição da Comunidade;

c) as autarquias, emprêsas públicas e sociedades de economia mista, que tenham atuação na mesma área;

d) as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que sejam consideradas de utilidade pública;

e) as pessoas físicas que, notória ou comprovadamente, se tenham distinguido por atividades no campo da saúde.

3.1 São direitos do associado:

a) participar de Assembléia Geral, discutir os assuntos nela tratados e sôbre êles deliberar;

b) votar e ser votado para os cargos da administração, salvo aquêles cujo exercício é privativo de representantes de pessoas jurídicas de direito público;

c) propor aos órgãos administrativos medidas de interêsse da saúde individual ou coletiva ou da Comunidade;

d) solicitar a convocação de Assembléia Geral.

3.2 São deveres dos associados:

a) respeitar as disposições legais e estatutárias e atos administrativos;

b) cumprir as condições a que aderiram para ingressar na estrutura local do sistema nacional de saúde, quando se tratar de associados obrigatórios;

c) indenizar a Comunidade de prejuízo a ela causado.

3.3 Perderão a qualidade de associado aquêles que:

a) solicitarem desligamento;

b) forem excluídos por penalidade;

c) no caso de pessoa física, tiverem perdido o direito de dispor livremente de sua pessoa e de seus bens;

- d) no caso de pessoa jurídica, entrarem em liquidação.
- 3.4 O associado está sujeito às seguintes penalidades:
- a) multa;
 - b) exclusão.
- 3.41 A penalidade de multa, na base de 1 (um) até 10 (dez) salários-mínimos, conforme a natureza da falta, deverá ser aplicada no caso de descumprimento dos deveres previstos no item 3.2.
- 3.42 A penalidade de exclusão será imposta por motivo de:
- a) reiterado descumprimento dos deveres previstos no item 3.2;
 - b) falta grave;
 - c) prática de ato ilícito;
 - d) falta de pagamento de contribuições.

ÓRGÃOS SOCIAIS

- 4 O funcionamento da Comunidade processar-se-á por intermédio dos seguintes órgãos sociais:
- a) Assembléia Geral;
 - b) Conselho de Orientação;
 - c) Diretoria Executiva;
 - d) Conselho Fiscal.

ASSEMBLÉIA GERAL

- 4.1 A Assembléia Geral é o órgão soberano da Comunidade, nos limites do

Estatuto, com poderes para resolver todos os assuntos e negócios relativos à sociedade, assim como para tomar as decisões que julgar convenientes à defesa de seus interesses e ao desenvolvimento de suas atividades, competindo-lhe privativamente:

- a) eleger e destituir os membros dos Conselhos de Orientação e Fiscal;
- b) deliberar, com base em parecer do Conselho Fiscal, sobre o balanço, relatório e prestação de contas, apresentados pela Diretoria Executiva.

4.11 As Assembléias Gerais poderão ser ordinárias e extraordinárias e serão convocadas pelo Presidente do Conselho de Orientação, por sua iniciativa ou por solicitação do próprio Conselho, da Diretoria Executiva ou de associados que representem, numéricamente, pelo menos 20% (vinte por cento) do corpo social.

4.12 A Assembléia Geral ordinária deverá realizar-se dentro dos primeiros quatro meses de cada ano civil, especialmente para os fins estabelecidos nas alíneas a e b do subitem 4.1 e as Assembléias Gerais Extraordinárias realizar-se-ão, a qualquer tempo, sempre que convocadas, para resolver matéria especial.

4.13 As convocações para as Assembléias Gerais se farão por edital, que indicará os assuntos a serem objeto de deliberação e será afixado na sede da sociedade, bem como publicado no órgão oficial e na imprensa local, com antecedência de dez dias, no mínimo. Os associados, pessoas jurídicas de direito público, serão também convocados por ofício expedido com igual antecedência.

4.14 As Assembleias Gerais instalam-se, em primeira convocação, com a presença de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos associados, e em segunda convocação com qualquer número de associados presentes, e deliberam por maioria de votos.

4.15 Na Assembleia Geral, ao associado, pessoa física, deverá ser assegurado 1 (um) voto e ao associado, pessoa jurídica, 3 (três) votos.

4.16 A Diretoria Executiva, por qualquer de seus membros, poderá recorrer, com efeito suspensivo, para o Órgão Estadual de Saúde, de resolução da Assembleia Geral que compreenda ato de gestão financeira considerado contrário ao interesse da sociedade.

4.17 Não terá direito de votar o associado:

- a) que tenha sido admitido depois de convocada a Assembleia Geral;
- b) que esteja respondendo a processo disciplinar;
- c) que esteja em débito com a sociedade.

CONSELHO DE ORIENTAÇÃO

4.2 O Conselho de Orientação é o órgão que deverá supervisionar e controlar as atividades da Comunidade, competindo-lhe especialmente:

- a) aprovar o orçamento anual, bem como o programa de trabalho relativo ao exercício;
- b) angariar recursos supletivos financeiros ou materiais, da coletividade;

c) deliberar sobre as despesas de instalações, de aquisição de material permanente ou de consumo e, também, de adjudicação de serviço, que ultrapassem o limite de 1 000 (mil) salários-mínimos;

d) decidir sobre a aplicação dos recursos financeiros disponíveis;

e) expedir normas sobre a concessão de financiamentos;

f) decidir sobre a aquisição de bens imóveis ou sobre a alienação de quaisquer bens;

g) examinar os balancetes mensais, acompanhando a situação econômico-financeira da sociedade;

h) propor, justificadamente, ao correspondente Órgão Estadual de Saúde a substituição de membro da Diretoria Executiva;

i) deliberar sobre a admissão e desligamento de associados, bem como sobre a aplicação de penalidades;

j) suspender a execução de ato ou norma de serviço, expedido pela Diretoria Executiva, quando o considerar contrário aos interesses sociais, recorrendo, "ex officio", para o Órgão Estadual de Saúde;

l) resolver os casos omissos nos Estatutos, "ad referendum" do Órgão Estadual de Saúde;

m) expedir o regimento de suas sessões.

4.21 O Conselho deverá ser constituído, conforme o vulto e a complexidade da área, por seis a dez membros, eleitos pela Assembléia Geral, com mandato de dois anos, permitida a reeleição, sendo, no mínimo, dois deles médicos associados obrigatórios, dois representantes dos municípios e dois escolhidos entre

pessoas de ilibada reputação que, de preferência, exerçam atividades de natureza assistencial ou econômico-financeira.

4.211 Os assuntos técnicos, de natureza médica, serão obrigatoriamente relatados por médicos.

4.22 O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por mês, e, extraordinariamente, sempre que necessário, e deliberará por maioria de votos com a presença de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos seus membros.

4.23 O Presidente do Conselho será eleito anualmente e terá os votos de qualidade e desempate.

4.24 Os membros do Conselho serão substituídos, em seus impedimentos e nos casos de vacância, por associados escolhidos pelo próprio Conselho, os quais permanecerão nas funções até a próxima Assembléia Geral.

DIRETORIA EXECUTIVA

4.3 A Diretoria Executiva é o órgão que deverá dirigir as atividades da Sociedade, de acôrdo com o estabelecido em seu Regimento Interno, cabendo-lhe dar execução às atribuições previstas no item 2, ressalvadas as que são de competência da Assembléia Geral e do Conselho de Orientação.

4.31 A Diretoria será constituída de:

- a) 1 Diretor-Superintendente, designado pelo Ministério da Saúde;
- b) 1 Diretor-Administrativo, designado pelo INPS;
- c) 1 Diretor-Financeiro, designado pela Secretaria de Saúde do Estado;

d) mais 1 ou 2 Diretores, conforme o vulto e a complexidade da área, indicados o primeiro pelo Município em que a mesma fôr sediada e o segundo pelo Município de maior população dentre os demais compreendidos na correspondente área de saúde.

4.311 Os membros da Diretoria Executiva serão empossados pelo Presidente do Conselho de Orientação.

4.32 O Regimento Interno deverá fixar:

- a) os assuntos que exigem deliberação da Diretoria;
- b) o modo pelo qual os Diretores deliberam em conjunto;
- c) as atribuições específicas dos Diretores;
- d) qual ou quais dêsses Diretores têm podêres para representar a Sociedade, ativa ou passivamente, em juízo ou fora dêle;
- e) a estrutura dos órgãos subordinados à Diretoria.

4.321 O Regimento Interno será aprovado pelo Órgão Estadual de Saúde.

4.33 Nos casos de impedimento temporário ou de vacância, até a designação de nôvo titular, o Diretor-Superintendente será substituído pelo Diretor-Administrativo, e cada um dos demais Diretores por outro componente da Diretoria Executiva, designado pelo Diretor-Superintendente.

CONSELHO FISCAL

4.4 O Conselho Fiscal é o órgão fiscalizador da gestão econômico-financeira, competindo-lhe especialmente:

a) acompanhar a execução orçamentária, conferindo, inclusive, segundo a técnica de amostragem, a classificação contábil dos fatos e examinando sua procedência e exatidão;

b) proceder, em face dos documentos de receita e despesa, à verificação periódica dos balancetes;

c) examinar a legitimidade dos contratos celebrados;

d) pronunciar-se sobre o processo de prestação de contas, acompanhado do balanço anual, relatório e inventário, apresentados pela Diretoria-Executiva;

e) requisitar ao Diretor-Superintendente as informações e diligências que julgar necessárias ao bom desempenho de suas atribuições e notificá-lo para a correção de irregularidades acaso verificadas, representando ao Conselho de Orientação, quando desatendido;

f) proceder à verificação dos valores e outros bens em depósito na Tesouraria;

g) expedir o regimento de suas sessões.

4.41 O Conselho Fiscal será constituído de 3 membros e respectivos suplentes, escolhidos pela Assembléia Geral. A escolha deverá recair em pessoas de ilibada reputação.

RECURSOS FINANCEIROS

5 Os recursos financeiros da sociedade serão provenientes:

a) de subvenções recebidas de órgãos públicos;

- b) de contribuições dos associados;
- c) de juros e correção monetária oriundos de financiamentos concedidos;
- d) de doações e legados;
- e) de créditos especiais obtidos de órgãos públicos para melhoria ou ampliação dos recursos médicos da correspondente área de saúde;
- f) de multas aplicadas aos órgãos de execução;
- g) de receitas eventuais.

5.1 Das subvenções recebidas a sociedade retirará, para despesas de administração, percentagem previamente fixada pelos órgãos de supervisão do sistema.

GESTÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6 O exercício social coincidirá com o ano civil. Encerrado o exercício social, proceder-se-á ao balanço do ativo e passivo.

6.1 O resultado líquido, apurado em balanço, será obrigatoriamente destinado a constituir o Fundo de Financiamentos.

6.2 O Fundo de Financiamentos será aplicado na forma do estabelecido no item 2, alínea j.

DISPOSIÇÕES DIVERSAS

7 Obedecerão a normas expedidas pelo Órgão Central do sistema:

a) a remuneração dos membros dos Conselhos de Orientação e Fiscal e da Diretoria;

b) o regime jurídico dos servidores;

c) o quadro de pessoal e a respectiva tabela de retribuições;

d) os casos e a forma de dissolução da sociedade.

8 Os órgãos públicos contribuirão para o funcionamento da Comunidade, mediante o fornecimento do pessoal, local, instalações e material permanente que se façam necessários para o desempenho de suas atividades.

ANEXO (item 131.5)

Nota técnica sôbre o procedimento
para a distribuição de médicos.

Admitindo-se a disponibilidade, no País, de serviços médicos correspondentes à avaliação M , devem ser êles distribuídos, idealmente, pelo conjunto de áreas 1, 2, ..., n a abranger, sendo tais, evidentemente, as parcelas M_1, M_2, \dots, M_n que

$$M_1 + M_2 + \dots + M_n = M$$

Naturalmente, a distribuição ideal pelas várias áreas fica condicionada a coeficientes respectivos, que definem suas frações, isto é,

$$\begin{aligned} M_1 &= L_1 M \\ M_2 &= L_2 M \\ &\cdot \\ &\cdot \\ &\cdot \\ M_n &= L_n M \end{aligned}$$

sendo, obviamente, tais os coeficientes L_1, L_2, \dots, L_n , que

$$L_1 + L_2 + \dots + L_n = 1$$

Admitido que o coeficiente de cada área deva ser tanto maior quanto maior sua população P e quanto maior a produtividade C desta, temos, para essas várias áreas,

$$\begin{array}{l} L_2 \propto P_2 C_2 \\ \cdot \\ \cdot \\ L_n \propto P_n C_n \end{array}$$

Lembrando que, para cada área, a produtividade C é condicionada pela renda bruta R da população P segundo

$$\begin{array}{l} C_1 = \frac{R_1}{P_1} \\ C_2 = \frac{R_2}{P_2} \\ \cdot \\ \cdot \\ C_n = \frac{R_n}{P_n} \end{array}$$

temos

$$L_1 \propto P_1 \times \frac{R_1}{P_1} \quad \text{ou} \quad L_1 \propto R_1$$

$$L_2 \propto P_2 \times \frac{R_2}{P_2} \quad \text{ou} \quad L_2 \propto R_2$$

$$\begin{array}{ccc} \cdot & & \cdot \\ \cdot & & \cdot \\ \cdot & & \cdot \end{array}$$

$$L_n \propto P_n \times \frac{R_n}{P_n} \quad \text{ou} \quad L_n \propto R_n$$

Já se poderia, evidentemente, ter dito logo de início que, em termos de repartição de recursos condicionada apenas pelos índices de riquezas referentes às diversas áreas, se trataria apenas de fixar os coeficientes L respectivos em função de tais índices, como a renda bruta R , mediante a proporcionalidade genérica

$$L \propto R$$

como se viu acima.

Isso significaria, entretanto, aceitar por área só a influência das rendas brutas, independentemente das populações que as criam e das produtividades respectivas.

Haveria aí o grave inconveniente de não se levar em conta que as condições sócio-econômicas, que guardam relação direta com as produtividades, influem, por sua elevação, no incremento da procura de serviços assistenciais.

Outro grande inconveniente seria a ausência de ação atenuadora de desníveis.

Torna-se patente, pois, a necessidade de fazer os coeficientes L dependentes, a um só tempo, das populações P e das produtividades C respectivas, isto é,

$$L = F(P, C)$$

Nessa função, população e produtividade devem exercer, matematicamente, influência mais próxima da que ocorre na realidade quanto à demanda de serviços assistenciais, e de modo que não sejam ignoradas as necessidades de atenuação do desnível existente entre as diferentes áreas:

$$\begin{aligned} L_1 &= F(P_1, C_1) \\ L_2 &= F(P_2, C_2) \\ &\vdots \\ &\vdots \\ L_n &= F(P_n, C_n) \end{aligned}$$

Isso se traduz mediante a adoção de equação linear, para cada área,

$$\begin{aligned} L_1 &= a P_1 + b C_1 \\ L_2 &= a P_2 + b C_2 \\ &\vdots \\ &\vdots \\ L_n &= a P_n + b C_n \end{aligned}$$

ou seja, de modo genérico

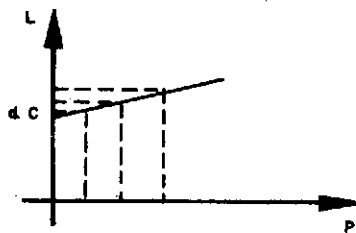
$$L = aP + bC$$

onde a e b são constantes

Assim, para uma população fixa, L aumenta proporcionalmente à produtividade.



Do mesmo modo, para uma mesma produtividade, L aumenta proporcionalmente à população.



Sendo os valores das constantes a e b tais que

$$a + b = 1$$

basta estabelecer, de modo adequado, as proporções relativas entre a e b para que se fixem seus valores.

Partindo-se da informação de que o nível sócio-econômico mais alto tem condicionado procura de serviços assistenciais duas vezes maior que a dos níveis mais baixos, dá-se à produtividade coeficiente duas vezes maior que à população, isto é,

$$b = 2a$$

e, portanto,

$$a + 2a = 1$$

$$3a = 1$$

$$a = \frac{1}{3}$$

$$b = \frac{2}{3}$$

Conseqüentemente, de modo genérico, a equação fica

$$L = \frac{1}{3} P + \frac{2}{3} C$$

Para a determinação de p em cada área, pode-se adotar a estimativa de população por município para 1/7/1967, realizada pelo Laboratório de Estatística da Fundação IBGE, sob a orientação do COTEP (Comissão Técnica de Estimativas de População).

Quanto ao valor de C poderão ser adotados, segundo o Recenseamento de 1960, os valores da transformação industrial, das vendas por atacado e das vendas a varejo.

Esses valores registrados por unidade da Federação (quadro 1) figuram nos quadros números 13 e 14 da publicação dos Censos "Industrial" e de "Comércio e Serviços", município por município, tornando-se, assim, de fácil utilização.

Em seguida, no Quadro 2, estão calculados os números de horas de médicos atribuíveis, segundo o critério descrito, às diferentes unidades e regiões do país, admitindo-se a disponibilidade de 70 000 000 de horas anuais.

DADOS BÁSICOS PARA
CÁLCULO DAS NECESSIDADES DE MÉDICOS

Em milhões de cruzeiros novos

Regiões Fisiográficas Unidades da Federação	Valor da transfor- mação industrial (1) (*) (2)	Valor das vendas (atacado e varejo) (*) (3)	Total (2) + (3) = R (4)	População em 1/7/67 (**) (5)
BRASIL	554,12	1 234,90	1 789,02	86,93
<u>Norte</u>	<u>6,14</u>	<u>27,29</u>	<u>33,43</u>	<u>3,18</u>
Acre e Territórios	1,24	3,58	4,82	0,41
Amazonas	2,48	7,39	9,87	0,88
Pará	2,42	16,32	18,74	1,89
<u>Nordeste</u>	<u>27,56</u>	<u>98,89</u>	<u>126,45</u>	<u>19,13</u>
Maranhão	1,49	11,09	12,58	3,04
Piauí	0,37	5,25	5,62	1,54
Ceará	3,13	20,81	23,94	4,07
Rio Grande do Norte	2,15	7,01	9,16	1,41
Paraíba	3,37	9,54	12,91	2,46
Pernambuco	14,14	38,91	53,05	5,05
Alagoas	2,91	6,28	9,19	1,56
<u>Leste</u>	<u>145,87</u>	<u>395,12</u>	<u>540,99</u>	<u>30,29</u>
Sergipe	1,35	4,31	5,66	0,93
Bahia	13,42	40,81	54,23	7,31
Minas Gerais	33,67	94,20	127,87	12,14
Espírito Santo	1,58	15,64	17,22	1,72
Rio de Janeiro	39,65	39,55	79,20	4,16
<u>Sul</u>	<u>56,20</u>	<u>200,61</u>	<u>256,81</u>	<u>4,03</u>
Guanabara	370,73	694,15	1 064,88	30,31
São Paulo	301,91	513,45	815,36	15,83
Paraná	17,48	56,00	73,48	5,22
Santa Catarina	13,03	22,91	35,94	2,62
Rio Grande do Sul	38,31	101,79	140,10	6,64
<u>Centro-Oeste</u>	<u>3,82</u>	<u>19,45</u>	<u>23,27</u>	<u>4,02</u>
Matro Grosso	1,85	8,32	10,17	1,11
Goiás	1,97	11,13	13,10	2,56
Distrito Federal (Brasília)	...	...	...	0,35

(*) Censos Industrial e Comercial de 1960 — Quadros 13 e 14.

(**) Estimativas do Laboratório de Estatística da Fundação IBGE.

NOTA - Não há dados sobre transformação industrial e valor das vendas relativos a Brasília.

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADES

A distribuição dos médicos segundo as especialidades pode ser feita, em princípio, pelo mesmo critério estabelecido para os médicos em geral.

De acôrdo com os dados disponíveis (Estatísticas Médico-Sanitárias do Ministério da Saúde, 1964), foi possível calcular as proporções de médicos em cada especialidade e, conseqüentemente, os números de horas disponíveis em todo o Brasil, sôbre um total de 70 milhões de horas. Os resultados são os que constam do quadro seguinte:

Proporções de médicos e número de horas disponíveis, segundo as diferentes especialidades, ordenadas conforme a freqüência observada.

Especialidades i	Proporção observada f	Número de ho- ras disponíveis E (1)
1 - Clínica Geral	0,3821	26,747
2 - Cirurgia Geral	0,1087	7,609
2 - Pediatria	0,0994	6,958
4 - Ginecologia e Obstetrícia	0,0949	6,643
5 - Especialidades Clínicas	0,0865	6,055
6 - Otorrinolaringologia e Oftalmologia	0,0504	3,528
7 - Especialidades Cirúrgicas	0,0410	2,870
8 - Análises Clínicas	0,0300	2,100
9 - Raios X	0,0220	1,540
10 - Outras especialidades	0,0850	5,950

(1) Horas expressas em milhões

A freqüência das diferentes especialidades varia de Estado para Estado e de região para região, como se pode ver no Quadro 3, onde figuram essas freqüências para as cinco regiões fisiográficas e para alguns Estados típicos. A freqüência de clínica geral é sempre a mais elevada, embora variando de um Estado para outro. Apesar dessas variações consideráveis, a ordenação das diferentes especialidades segue o mesmo padrão geral em tôdas as regiões e unidades da Federação. Por êsse motivo, o total de horas de médico (70 milhões) de que se dispõe poderá ser subdividido entre as diferentes especialidades conforme as freqüências observadas no conjunto do país e tal como se acha indicado nos Quadros n.ºs 3 e 4.

QUADRO 2

CÁLCULO DAS NECESSIDADES DE MÉDICOS

Regiões Fisiográficas e Unidades da Federação	P	r	$\frac{1}{3}P$	$\frac{2}{3}r$	$L(p, r) = \frac{1}{3}P + \frac{2}{3}r$	70L(p, r) (milhões) (Total de horas)	35.000 L(p, r) (Total de médicos)	Médicos existentes	Deficit	Excesso
BRASIL	1,0000	1,0000	0,3333	0,6667	1,0000	70,0000	35,0000			
Norte	0,367	0,0187	0,0122	0,0125	0,0248	1,7360	868	635	233	
Acre e Territórios	0,0047	0,0027	0,0016	0,0018	0,0034	0,2380	119	64	55	
Amazonas	0,0102	0,0055	0,0034	0,0037	0,0071	0,4970	248	112	136	
Pará	0,0218	0,0105	0,0072	0,0070	0,0143	1,0010	501	459	42	
Nordeste	0,2210	0,0707	0,0736	0,0471	0,1207	8,4490	4,224	3,373	851	
Maranhão	0,0351	0,0070	0,0117	0,0047	0,0164	1,1480	574	154	420	
Piauí	0,0178	0,0031	0,0059	0,0021	0,0080	0,5600	280	224	56	
Ceará	0,0470	0,0134	0,0157	0,0089	0,0246	1,7220	861	723	138	
R. G. do Norte	0,0163	0,0051	0,0054	0,0034	0,0088	0,6160	308	245	63	
Paraíba	0,0284	0,0072	0,0094	0,0048	0,0142	0,9940	497	420	77	
Pernambuco	0,0584	0,0298	0,0195	0,0198	0,0393	2,7510	1,375	1,339	36	
Alagoas	0,0180	0,0051	0,0060	0,0034	0,0094	0,6580	329	268	61	
Leste	0,3498	0,3024	0,1166	0,2016	0,3182	22,2740	11,137	16,210		5 073
Sergipe	0,0107	0,0032	0,0036	0,0021	0,0057	0,3990	199	139	60	
Bahia	0,0845	0,0303	0,0282	0,0202	0,0484	3,3880	1,694	1,700		6
Minas Gerais	0,1402	0,0715	0,0467	0,0477	0,0944	6,6080	3,304	3,383		79
Espírito Santo	0,0199	0,0096	0,0066	0,0064	0,0130	0,9100	455	293	162	
Rio de Janeiro	0,0480	0,0443	0,0160	0,0295	0,0455	3,1850	1,593	1,782		189
Guanabara	0,0465	0,1435	0,0155	0,0957	0,1112	7,7840	3,892	8,913		5 021
Sul	0,3501	0,5952	0,1168	0,3968	0,5135	35,9450	17,973	14,044	3,929	
São Paulo	0,1828	0,4557	0,0610	0,3039	0,3648	25,5360	12,768	9,235	3,533	
Paraná	0,0603	0,0411	0,0201	0,0274	0,0475	3,3250	1,663	1,603	60	
Santa Catarina	0,0303	0,0201	0,0101	0,0134	0,0235	0,6450	822	450	372	
R. G. do Sul	0,0767	0,0783	0,0256	0,0521	0,0777	5,4390	2,720	2,756		36
Centro-Oeste	0,0424	0,0130	0,0141	0,0087	0,0228	1,5960	798	738	60	
Mato Grosso	0,0128	0,0057	0,0042	0,0038	0,0080	0,5600	280	261	19	
Goiás	0,0296	0,0073	0,0099	0,0049	0,0148	1,0360	518	477	41	
D. Fed. (Brasília)	...	...	...	...	...	...	...	327	...	...

NOTA - A inexistência de dados básicos (transformação industrial e valor das vendas) prejudica o cálculo das necessidades de médicos relativo a Brasília.

QUADRO N.º 3
 FREQUÊNCIA RELATIVA DAS VÁRIAS ESPECIALIDADES NAS
 REGIÕES FISIográfICAS E EM ALGUMAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO

Regiões Fisiográficas e Unidades da Federação	E S P E C I A L I D A D E S										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totais
BRASIL	0,3821	0,1087	0,0994	0,0949	0,0865	0,0504	0,0410	0,0300	0,0220	0,0850	1,0000
Norte	0,4034	0,1260	0,1059	0,1008	0,0554	0,0303	0,0168	0,0303	0,0252	0,1059	1,0000
Nordeste	0,3233	0,1074	0,0980	0,1306	0,1010	0,0567	0,0396	0,0326	0,0111	0,0997	1,0000
Leste	0,3767	0,1027	0,1058	0,1006	0,0860	0,0441	0,0393	0,0333	0,0241	0,0874	1,0000
Sul	0,4006	0,1120	0,0921	0,0804	0,0871	0,0574	0,0434	0,0265	0,0222	0,0783	1,0000
Centro-Oeste	0,3831	0,1512	0,0929	0,0958	0,0610	0,0526	0,0526	0,0169	0,0160	0,0779	1,0000
Guanabara	0,3106	0,1109	0,1198	0,1137	0,1001	0,0447	0,0462	0,0374	0,0240	0,0926	1,0000
Ceará	0,3439	0,0856	0,1202	0,1409	0,1064	0,0635	0,0221	0,0345	0,0124	0,0705	1,0000
Pernambuco	0,3215	0,1095	0,0828	0,1331	0,1164	0,0582	0,0256	0,0375	0,0099	0,1055	1,0000
S. Paulo	0,3461	0,1191	0,1031	0,0900	0,1001	0,0620	0,0523	0,0320	0,0237	0,0716	1,0000
Paraná	0,6065	0,0887	0,0631	0,0531	0,0387	0,0437	0,0225	0,0175	0,0162	0,0500	1,0000
R. G. Sul	0,4347	0,1034	0,0776	0,0682	0,0795	0,0504	0,0305	0,0178	0,0210	0,1169	1,0000

()

()

()

NÚMERO DE HORAS DISPONÍVEIS, NUM ANO, POR ESPECIALIDADES DENTRO DE CADA REGIÃO

Regiões Fisiográficas e Unidades da Federação	E S P E C I A L I D A D E S									
	1 (26,747)	2 (7,609)	3 (6,958)	4 (6,643)	5 (6,055)	6 (3,528)	7 (2,870)	8 (2,100)	9 (1,540)	10 (5,950)
BRASIL	<u>26,747</u>	<u>7,609</u>	<u>6,958</u>	<u>6,643</u>	<u>6,055</u>	<u>3,528</u>	<u>2,870</u>	<u>2,100</u>	<u>1,540</u>	<u>5,950</u>
Norte	0,662	0,189	0,172	0,164	0,150	0,087	0,071	0,052	0,038	0,147
Acre e Territórios	0,091	0,026	0,024	0,023	0,021	0,012	0,010	0,007	0,005	0,020
Amazonas	0,189	0,054	0,049	0,047	0,043	0,025	0,020	0,015	0,011	0,042
Pará	0,382	0,109	0,099	0,094	0,086	0,050	0,041	0,030	0,022	0,085
Nordeste	3,228	0,918	0,840	0,802	0,731	0,426	0,346	0,255	0,186	0,718
Maranhão	0,439	0,125	0,114	0,110	0,099	0,058	0,047	0,034	0,025	0,098
Piauí	0,214	0,061	0,056	0,053	0,048	0,028	0,023	0,017	0,012	0,048
Ceará	0,658	0,187	0,171	0,163	0,149	0,087	0,071	0,052	0,038	0,146
R. G. do Norte	0,235	0,067	0,061	0,058	0,053	0,031	0,025	0,018	0,014	0,052
Paraíba	0,380	0,108	0,099	0,094	0,086	0,050	0,041	0,030	0,022	0,084
Pernambuco	1,051	0,299	0,274	0,262	0,239	0,139	0,112	0,084	0,061	0,234
Alagoas	0,251	0,071	0,065	0,062	0,057	0,033	0,027	0,020	0,014	0,056
Leste	8,511	2,421	2,214	2,114	1,927	1,123	0,913	0,668	0,490	1,893
Sergipe	0,152	0,043	0,040	0,038	0,035	0,020	0,016	0,012	0,009	0,034
Bahia	1,295	0,368	0,337	0,322	0,293	0,171	0,139	0,102	0,075	0,288
Minas Gerais	2,525	0,718	0,657	0,627	0,572	0,333	0,271	0,198	0,145	0,561
Espírito Santo	0,348	0,099	0,090	0,086	0,079	0,046	0,037	0,027	0,020	0,078
Rio de Janeiro	1,217	0,346	0,317	0,302	0,276	0,161	0,131	0,096	0,070	0,271
Guanabara	2,974	0,847	0,773	0,739	0,672	0,392	0,319	0,233	0,171	0,661
Sul	13,736	3,908	3,573	3,412	3,109	1,812	1,475	1,079	0,791	3,056
São Paulo	9,758	2,776	2,537	2,424	2,209	1,287	1,048	0,767	0,562	2,171
Paraná	1,270	0,361	0,331	0,316	0,288	0,168	0,136	0,100	0,073	0,283
Santa Catarina	0,629	0,179	0,164	0,156	0,142	0,083	0,067	0,049	0,036	0,140
R. G. do Sul	2,079	0,592	0,541	0,516	0,470	0,274	0,224	0,163	0,120	0,462
Centro-Oeste	0,610	0,173	0,159	0,151	0,138	0,080	0,065	0,048	0,035	0,136
Mato Grosso	0,214	0,061	0,056	0,053	0,048	0,028	0,023	0,017	0,012	0,048
Goias	0,396	0,112	0,103	0,098	0,090	0,052	0,042	0,031	0,023	0,088

Cálculo do valor das subvenções para
as áreas e serviços de saúde.

1 — SUBVENÇÃO GLOBAL PARA AS ÁREAS DE SAÚDE

11 A subvenção para cada área de saúde deverá ser determinada pela soma das parcelas corerpondentes às subvenções de médicos, internação hospitalar, serviços complementares, medicamentos, aperfeiçoamento e administração. Esta programação prevê, para a estipulação das parcelas e sua distribuição entre os serviços contemplados, o procedimento adiante explícito. Todavia, outros métodos poderão ser admitidos, se desejados pelos médicos e demais interessados, desde que assegurem a limitação dos gastos públicos, no montante dos recursos apropriados ao sistema, e a justa distribuição desses recursos.

12 As possíveis incorreções dos cálculos iniciais, decorrentes da insuficiência dos dados estatísticos, serão gradativamente eliminadas, com base em informações corretas, obtidas através dos órgãos financeiros e estatísticos do próprio sistema.

2 — MÉDICOS

21 — SUBVENÇÃO POR ÁREA

211 Para estipular a subvenção destinada aos médicos de cada área de saúde, admite-se o seguinte método:

a) determinação da quota de honorários médicos por habitante, mediante a divisão da renda global médica (1% do produto bruto interno) pelo número de habitantes que, presumivelmente, poderá utilizar-se dos serviços ($\frac{\text{renda global médica}}{\text{número de habitantes beneficiados}} = \text{quota de honorários médicos por habitante}$);

b) para a avaliação do limite máximo da subvenção em cada área, obtém-se, primeiro, o produto da quota de honorários pelo número de habitantes da área, e sobre o valor resultante calcula-se a percentagem de participação dos recursos públicos no custeio, segundo as classes econômicas (item 237.8) dos habitantes da área (quota de honorários médicos por habitantes x número de habitantes da área atingida pelos serviços x % de participação dos recursos públicos no custeio = limite máximo da subvenção em cada área).

c) para a determinação do valor da subvenção na proporção dos serviços efetivamente instalados, o limite máximo da subvenção em cada área deve ser dividido pelo número de médicos admitido para a área (item 131.5) e multiplicado o quociente pelo número de médicos inscritos no sistema

na mesma área, respeitado o máximo referido $\left(\frac{\text{limite máximo de subvenção}}{\text{número de médicos admitido}} \right)$
 $\frac{\text{em cada área}}{\text{para a área}} \times \text{número de médicos inscritos no sistema} = \text{subvenção em}$
cada área).

22 — SUBVENÇÃO INDIVIDUAL DOS MÉDICOS

221 A subvenção individual dos médicos, em cada área, constitui-se da parcela que couber a cada um sobre o valor da subvenção local, mediante a divisão proporcional desta pelos médicos do local.

222 A parcela individual de subvenção poderá ser determinada por diferentes critérios que venham a ser preferidos, como o das unidades de serviço executadas por médico, mediante o cômputo de consultas, exames complementares, atos terapêuticos ou assistenciais a quadros clínicos. Em qualquer caso o procedimento a adotar deve assegurar a proporcionalidade entre a retribuição e a quantidade relativa, entre os médicos concorrentes, do trabalho executado.

222.1 No procedimento baseado nas unidades de serviço executadas, o número de pontos de cada médico, para a divisão proporcional da subvenção local, será obtido pela soma dos pontos referentes a cada serviço, estipulados com base na tabela de honorários médicos (item 223) e no índice de custeio (item 237).

3 — INTERNAÇÃO HOSPITALAR

31 — SUBVENÇÃO POR ÁREA

311 O valor da subvenção deverá resultar da soma das subvenções locais para cada especialização hospitalar. Estas poderão ser determinadas multiplicando-se o número de leitos a ocupar da especialidade (item 232.3) pelo valor tabelado da internação (item 223). Sobre o produto incidirá a percentagem de custeio atribuída aos recursos públicos (item 237) e (número de leitos especializados a ocupar x preço local da diária) % do custeio oficial = valor da subvenção para a área, referente à especialização.

312 As diferenças entre as quantias entregues à administração da área, para subvenção a hospitais, e as quantias a êstes efetivamente pagas deverão ser compensadas em acertos de contas correntes.

32 — SUBVENÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS

321 A subvenção para os estabelecimentos deverá ser proporcional ao número de leitos realmente ocupados. O valor correspondente a cada leito deverá ser previamente ponderado, segundo o respectivo valor tabelado (item 23), a percentagem de participação do poder público no custeio e os índices relativos à classificação e eficiência hospitalares (número de leitos ocupados diária do leito x % de participação dos recursos oficiais x índice de classi-

figação hospitalar x índices de eficiência do hospital) = valor da subvenção para o estabelecimento.

321.1 O índice de classificação deverá ser estabelecido com base nos requisitos considerados pelo INPS, relacionados com a planta física, equipamentos, instalações e organização do estabelecimento.

321.11 Os índices poderão ser revistos a qualquer tempo, a pedido do interessado ou por iniciativa da administração da área de saúde.

321.2 Dentro dos primeiros seis meses de implantação do sistema, deverão ser instituídos os índices de eficiência, com base na utilização relativa de leitos e na duração média de internação por doença.

321.21 O índice de utilização relativa, a ser adotado com o objetivo de promover a melhor utilização dos recursos existentes, poderá corresponder à percentagem de leitos vagos além de limites que forem considerados aceitáveis.

321.2 A eficiência quanto à duração média das internações poderá ser apurada pela relação entre os períodos de internação verificados e as médias prováveis.

4 — SERVIÇOS COMPLEMENTARES

41 — SUBVENÇÃO POR ÁREA

411 A totalidade dos recursos existentes para subvencionamento de atividades complementares de diagnóstico e tratamento e de odontologia será distribuída entre as áreas de saúde na proporção dos respectivos coeficientes de serviços médicos.

411.1 O coeficiente de serviços médicos deverá corresponder à fração em que se consignará como numerador o número local de médicos (item 131.5) e como denominador o total de médicos presumivelmente disponíveis, ou seja, 35 000 médicos.

411.2 Os cálculos relativos às subvenções de que trata este item devem excluir as parcelas correspondentes a serviços médicos, por já estarem incluídos nos valores referidos em item anterior (22).

42 — SUBVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

421 A quantia correspondente à subvenção para a área deverá ser redistribuída pelos vários serviços nas proporções estabelecidas pelo planejamento local.

422 O pagamento de cada serviço poderá ser estipulado segundo as normas e critérios sugeridos para os médicos (item 2 deste anexo) ou de acordo com o método preferido pelos profissionais da área e aprovado pela administração do sistema.

5 — MEDICAMENTOS

51 — SUBVENÇÃO POR ÁREA

O montante para subvencionamento de cada área de saúde, destinado à assistência farmacêutica, deverá ser estabelecido pelo mesmo critério proposto para o cálculo da subvenção relativa a serviços complementares, ou seja, na proporção indicada pelo coeficiente de serviços médicos locais.

52 — ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA LOCAL

521 Durante o primeiro período de funcionamento do sistema, a assistência farmacêutica deverá ser praticada através do Serviço Social, que dará ajuda para a aquisição de medicamentos aos interessados, proporcionalmente aos respectivos níveis econômicos (item 237) e nos limites das dotações locais.

521.1 Deverá constituir atribuição do mesmo Serviço Social o controle da adequada utilização dos benefícios individuais concedidos.

522 Transcorrida a primeira fase, a assistência farmacêutica deverá efetuar-se através da organização referida no item 134 do texto, procedendo-se à destinação dos recursos na forma da programação que fôr formulada.

6 — APERFEIÇOAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

A subvenção para as atividades de aperfeiçoamento e administração corresponderá, em cada área, a quantia equivalente a cerca de 8,5% do valor total das subvenções referidas nos itens anteriores (2 a 5) e deverá ser aplicada de acôrdo com os orçamentos locais.

ANEXO (item 42)

Orientação para o levantamento de dados referentes às áreas de saúde.

IDENTIFICAÇÃO

Município _____ Unidade da Federação _____
 Zona fisiográfica _____ Região fisiográfica _____ Região polarizada à qual o município pertence _____

ASPECTOS GERAIS

1 Físicos

1.1 Área (km²) _____ 1.2 Altitude da sede (metros) _____ 1.3 Situação: Litorâneo
 Interiorano 1.4 Temperatura do ar (°C): Máxima absoluta _____ Mínima absoluta _____
 Média das máximas _____ Média das mínimas _____ 1.5 Umidade relativa (%) _____
 1.6 Precipitação pluviométrica (mm): Anual _____ Máxima em 24 horas _____ 1.7 Dis-
 tritos (Número de): _____ Relação: _____

2. Demográficos

Número	Especificação	Ano	Dados numéricos
2.1	População		
2.1.1	Recenseada:		
	Total		
	Urbana		
	Rural		
	Masculina		
	Feminina		
	Alfabetizada		
	Com curso superior completo		
	Com curso superior incompleto		
	Com curso médio completo		
	Com curso médio incompleto		
	Com curso elementar completo		
	Com curso elementar incompleto		
	Analfabeta		
2.1.2	Estimada:		
	Total		
	Urbana		
	Rural		
	Masculina		
	Feminina		
	Por grupos de idade:		
	De 0 a 4 anos		
	De 5 a 9 anos		
	De 10 a 14 anos		
	De 15 a 19 anos		
	De 20 a 24 anos		
	De 25 a 29 anos		
	De 30 a 39 anos		
	De 40 a 49 anos		
	De 50 a 59 anos		
	De 60 a 69 anos		
	De 70 anos e mais		
	De idade ignorada		
	Do Distrito-Sede (Cidade)		

Número	Especificação	Ano	Dados numéricos
2.1.3	Densidade (hab/km ²)		
2.1.4	Taxa de mortalidade: Geral (por 1 000 hab.) Infantil (por 1 000 hab.) Segundo as causas de morte (por 100 000 hab.) Doenças infecciosas e parasitárias Neoplasmas Doenças do sistema nervoso Doenças do aparelho circulatório Doenças do aparelho digestivo Doenças do aparelho genito-urinário Complicações da gravidez, do parto e puerpério (1) Vícios de conformação congênitos Doenças da primeira infância Sintomas, senilidade e causas mal definidas Acidentes, envenenamentos e violências		

(1) Taxa de mortalidade por 1 000 nascidos vivos.

2.1.5 Cartórios do Registro Civil (Número de) _____

3 Econômicos

Número	Especificação	Data	Dados numéricos
3.1	Estabelecimentos industriais com 5 ou mais pessoas:		
3.1.1	Número de estabelecimentos		
3.1.2	Valor da produção industrial (Ncr\$)		
3.2	Comércio		
3.2.1	Estabelecimentos comerciais: Atacadistas Varejistas Mistos		
3.2.2	Valor das vendas (Ncr\$)		
3.3	Valor da produção agrícola (Ncr\$)		
3.4	Estabelecimentos bancários (agências e matrizes)		
3.5	Drogarias e farmácias		

3.6 Existem estabelecimentos industriais de produtos farmacêuticos? Sim Não

Em caso positivo, discrimina-los, segundo o valor da produção industrial _____

3.7 Principais estabelecimentos bancários _____

3.8 Correios e telégrafos - Tem agência? Postal Postal-telegráfica Postal rádio-telegráfica Postal-costeira Telex 3.9 Tem telefone? Sim Não

3.10 Tem porto? Marítimo Fluvial Lacustre .

3.11 Ferrovias que servem o município _____

3.12 Rodovias federais e estaduais que servem o município _____

Principais empresas rodoviárias que servem o município _____

3.13 Transporte aquático operado no município: Marítimo Fluvial Lacustre Principais empresas de transporte aquático que operam no município _____

3.14 Possui aeroporto ou campo de pouso? Sim Não Em caso positivo, tem o mesmo condições de pouso para taxi-aéreo? Sim Não Empresas de aviação que servem o município _____

3.15

Especificação	Rodoviário			Ferroviário			Aéreo			Aquático			Misto		
	Distância km	Frequência	Preço da passagem (Ncr\$)	Distância km	Frequência	Preço da passagem (Ncr\$)	Distância km	Frequência	Preço da passagem (Ncr\$)	Distância km	Frequência	Preço da passagem (Ncr\$)	Distância km	Frequência	Preço da passagem (Ncr\$)
Do Município-Sede à Capital do Estado aos Distritos: às sedes municipais li- mítrofes:															

4 Sociais

Número	Especificação	Ano	Dados numéricos
4.1	Associações rurais		
4.2	Cooperativas		
4.3	Sindicatos		
4.4	Associações beneficentes que exerçam atividades médicas		

4.5 A água servida tem tratamento? Sim Não Em caso positivo, qual o tipo de tratamento adotado? _____

4.6 Existe rede de esgotos? Sim Não Em caso positivo, qual o número de prédios esgotados pela rede? _____ E por fossas? _____. 4.7 Existe coleta domiciliar de lixo? Sim Não

4.8 Eletricidade: Voltagem _____ Frequência (ciclos/seg.) _____

4.9 Levantamento das entidades referidas nos subitens 4.1 a 4.4:

Denominação da entidade	Distrito em que está localizada	Natureza e finalidade de social	Número de associados	Tem atividade no setor saúde		Manutenção mensal do setor saúde (Ncr\$)
				Sim	Não	

4.10 Salário mínimo (Ncr\$) _____

4.11 Nome do Prefeito _____

5 Culturais

Número	Especificação	Ano	Dados numéricos
5.1	Estações radiodifusoras		
5.2	Estações de televisão		
5.3	Jornais Diários Não diários		

5.4 Existem faculdades ou outros estabelecimentos de ensino médico? Sim Não Em caso positivo, discriminá-los _____

6 Financeiros

Número	Especificação	Ano	Dados numéricos
6.1	Receita arrecadada (Ncr\$) Da União Do Estado Da Prefeitura (exclusive as cotas-parte dos impostos federais e estaduais)		
6.2	Cotas-parte dos impostos federais e estaduais (Ncr\$)		
6.3	Despesa realizada pela Prefeitura (Ncr\$)		
6.4	Arrecadação do imposto rural (Ncr\$)		
6.5	Arrecadação do INPS (Ncr\$)		
6.6	Despesa realizada no setor saúde (Ncr\$) Da União Do Estado Da Prefeitura		

6.7 Possui coletoria federal? Sim Não Em caso negativo, em que município se realiza a arrecadação? _____

6.8 Possui coletoria estadual? Sim Não Em caso negativo, em que município se realiza a arrecadação? _____

7 Médico-Sanitários

7.1 Doenças mais frequentes:

Ancilostomose Bócio Endêmico Boubá Diarréias infantis Doença de Chagas Esquistossomose Febre amarela Febre tifoide Filariose Hidatidose Leishmaniose Lepra Malária Peste Poliomielite Tracoma Tuberculose Varíola

7.2 Principais epidemias ocorridas nos últimos anos _____

Número	Especificação	Data	Dados numéricos
7.3	Estabelecimentos hospitalares com internamento		
7.4	Leitos hospitalares		
7.5	Dentistas		
7.6	Médicos		

7.7 Médicos em atividade, segundo as especialidades:

Especialidades	Médicos em atividade			Município mais próximo em que se pode encontrar o especialista, quando não existente no local (1)
	No distrito	Em outros distritos	Total	
Administração Hospitalar				
Administração Sanitária				
Alergologia				
Anatomia Patológica				
Anestesiologia e Gasoterapia				
Angiologia				
Bioestatística				
Biologia				
Biometria				
Cancerologia				
Cardiologia				
Cirurgia Cardiovascular				
Cirurgia Gastroenterológica				
Cirurgia Geral (*)				
Cirurgia Infantil				
Cirurgia Plástica Reparadora (incluindo a Clínica de queimados)				
Cirurgia Plástica Estética				
Cirurgia Vascular Periférica				
Cirurgia da Mão				
Clínica Médica (*)				
Dermatologia e Sifilografia				
Doenças Tropicais				
Economia Médica				
Endocrinologia				

Especialidades	Médicos em atividade			Município mais próximo em que se pode encontrar o especialista, quando não existente no local (1)
	No distrito	Em outros distritos	Total	
Epidemiologia				
Gastroenterologia				
Geriatria				
Ginecologia (*)				
Hematologia Clínica				
Hemodinâmica				
Hemoterapia				
Leprologia				
Medicina Ocupacional				
Medicina Física				
Medicina Social				
Medicina do Trabalho				
Medicina Espacial				
Medicina Esportiva				
Medicina Legal				
Medicina Militar				
Medicina Nuclear				
Medicina Sanitária				
Nefrologia				
Neurocirurgia				
Neurologia				
Nutrologia				
Obstetrícia (*)				
Oftalmologia				
Ortopedia e Traumatologia				
Otorrinolaringologia (*)				
Patologia Clínica (*)				
Pediatria (*)				
Pneumonologia				
Proctologia				
Psicoterapia				
Psiquiatria				
Radiologia (*)				
Radioterapia				
Reumatologia				
Tisiologia				
Urologia				
TOTAL GERAL				

(1) Somente devem ser respondidas as especialidades assinaladas com (*).

7.8 Distribuição dos cargos exercidos por médicos e odontólogos, segundo os setores de atividade e a dependência administrativa

Atividades	Cargos						
	Total	Dependência administrativa					
		Particular	Oficial				
			Total	Federal	Estadual	Municipal	Autárquica e paraestatal
M É D I C O S							
Assistência Médica							
Saúde Pública							
Magistério							
Outras							
TOTAL GERAL							
O D O N T Ó L O G O S							
Assistência Odontóloga							
Saúde Pública							
Magistério							
Outras							
TOTAL GERAL							

7.9 Distribuição dos cargos exercidos por pessoal para-médico, segundo os setores de atividade e dependência administrativa

Atividades	Cargos						
	Total	Dependência administrativa					
		Particular	Oficial				
			Total	Federal	Estadual	Municipal	Autárquica e paraestatal
Enfermagem							
Enfermeira diplomada							
Auxiliar de enfermagem							
Prático de enfermagem							
Parteira diplomada							
Atendente							
Total							
Farmácia							
Farmacêutico							
Prático de farmácia							
Total							
Nutrição							
Nutricionista							
Assistência Social							
Assistente social							
Laboratório							
Laboratorista							
Auxiliar de laboratório							
Total							
Outras							
Massagista							
Técnico de raios X							
Técnico de fisioterapia							
Técnico de análises clínicas							
Técnico de anatomia patológica							

7.10 Existem órgãos de pesquisa médica? Sim Não Em caso positivo, discrimina-los _____

7.11 Quais os meios e formas de aperfeiçoamento de pessoal médico e para-médico existentes? _____

7.12 Existem serviços específicos de saúde pública? Sim Não Em caso positivo, discrimina-los, segundo as atividades exercidas e a dependência administrativa _____

8. Atividades da Previdência Social

8.1 Beneficiários e empregadores

Associados	Data	Dados numéricos
Beneficiários Segurados Dependentes Aposentados Pensionistas Incapacitados temporariamente		
Empregadores		

8.2 Pessoal em atividades de assistência médica

Pessoal	Em hospitais			Em Unidades Sanitárias (ambulatórios, dispensários, postos etc.)			Em setor administrativo		
	Total	Servi- dores	Creden- ciados (1)	Total	Servi- dores	Creden- ciados (1)	Total	Servi- dores	Creden- ciados (1)
Médicos									
Dentistas									
Assistentes sociais									
Nutricionistas									
Farmacêuticos									
Práticos de farmácia									
Enfermeiras									
Auxiliares de enfermagem									
Práticos de enfermagem									
Parteiras diplomadas									
Atendentes									
Laboratoristas									
Auxiliares de laboratório									
Massagistas									
Técnicos									
De raios X									
De fisioterapia									
De análises clínicas									
De anatomia patológica									
Pessoal administrativo									
Outros									
TOTAL GERAL									

(1) Ou outros sem vínculo de emprego.

8.3 Convênios ou contratos celebrados e em vigor com grupos ou organizações (nome, condições básicas e valor) _____

8.4 Leitos mantidos em estabelecimentos hospitalares em função de convênios e contratos, segundo as clínicas:

Estabelecimento hospitalar	Leitos								
	Total	Segundo as clínicas							Valor médio da diária (Ncr\$)
		Médica	Cirúrgica	Obstétrica	Pediátrica	Fisiológica	Psiquiátrica	Outras	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/

8.5 Orçamento para as despesas de assistência médica no ano de 1968, com indicação da área de cobertura e especificação dos valores das rubricas (Ncr\$) _____

9 Outros

9.1 Quais os órgãos de coleta estatística existentes? _____

Data do levantamento: de ____ / ____ / 196__ a ____ / ____ / 196__

Assinatura do responsável pelas informações

C A D A S T R O S

CADASTRO — MÉDICO

Nome completo _____
 Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento ____/____/____ Local de nascimen-
 to: País _____ Unidade da Federação _____ Município _____ Distrito _____
 Endereço: _____
 Escola em que se diplomou (nome e local) _____
 Natureza e extensão do curso _____ Ano de formatura _____
 Outras especializações _____

Atividades médicas que exerce com vínculo de emprego

Entidade	Natureza jurídica da entidade	Função que exerce	Ano de admissão	Natureza do vínculo	Horário	Retribuição mensal (Ncr\$)
	//	//	//	//	//	//

Tem consultório médico? Sim Não Em caso positivo, qual o endereço? _____

Presta serviços no consultório para o INPS? Sim Não Em caso afirmativo, qual o número médio de consultas mensalmente _____

Sociedades médicas a que pertence _____

Locais onde trabalha em atividades médicas sem vínculo de emprego

Nome e endereço da entidade	Função que exerce	Especialidade e clínica	Horas diárias	Retribuição mensal média (Ncr\$)
	//	//	//	//

Honorários médicos, segundo os serviços prestados:

Serviços	Honorários médicos (Ncr\$)
Consultas Com hora marcada Sem hora marcada Visitas (chamados) Normais Extraordinárias Parto normal Cesariana Apendicectomia Amigalectomia	

Equipamento próprio

Equipamento (natureza)	Características técnicas
	//

_____/_____/_____
 Data

 Assinatura do médico

CADASTRO - ODONTÓLOGO

Nome completo _____

Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento ____/____/____ Local de nascimento: País _____ Unidade da Federação _____ Município _____

Distrito _____ Endereço _____

Escola em que se diplomou (nome e local) _____ Ano de formatura _____

Atividades odontológicas que exerce com vínculo de emprego

Entidade	Natureza jurídica da entidade	Função que exerce	Ano de admissão	Natureza do vínculo	Horário	Retribuição mensal (Ncr\$)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Tem consultório? Sim Não Em caso positivo, qual o endereço? _____

Presta serviços no consultório para o INPS? Sim Não Em caso afirmativo, qual o número médio de consultas mensalmente _____ Sociedades profissionais a que pertence _____

Locais onde trabalha em atividades odontológicas sem vínculo de emprego

Nome e endereço da entidade	Função que exerce	Horas diárias	Retribuição mensal média (Ncr\$)
	↓	↓	↓
	↑	↑	↑

Preço da consulta (Ncr\$): Com hora marcada _____ Sem hora marcada _____

Equipamento próprio:

Equipamento (natureza)	Características técnicas
	↓
	↑

_____/_____/_____
Data

Assinatura do odontólogo

CADASTRO DO PESSOAL PARA-MÉDICO

Nome completo _____
 Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento ____ / ____ / ____ Local de nascimen-
 to: País _____ Unidade da Federação _____ Município _____
 Endereço _____
 Atividade para-médica que exerce _____
 Escola em que se diplomou (nome e local) _____
 Natureza e extensão do curso _____ Ano de formatura _____
 Outras especializações _____
 Atividades para-médicas que exerce com vínculo de emprêgo _____

Entidade	Natureza jurídica da entidade	Função que exerce	Ano de admissão	Natureza do vínculo	Horário	Retribuição mensal (N cr\$)
	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/

Sociedades a que pertence representativas da classe _____

Locais onde trabalha em atividades para-médicas sem vínculo de emprêgo

Nome e endereço da entidade	Função que exerce	Horas diárias	Retribuição mensal (Ncr\$)
	/	/	/
	/	/	/

 Data

 Assinatura do informante

CADASTRO DAS UNIDADES SANITÁRIAS
(Ambulatórios, dispensários, postos, etc.)

Denominação da Unidade Sanitária _____

Entidade mantenedora _____

Dependência administrativa: Federal Estadual Municipal Autárquica ou para-estatal Particular

Ano da criação _____

Localização: Unidade da Federação _____ Município _____

Distrito _____ Endereço _____

Finalidade _____

Instalações e equipamento:

Prédio: Próprio Alugado Outra forma Suficiente Insuficiente

Construído especialmente para o fim a que se destina Adaptado

Laboratório de patologia clínica: Sim Não

Laboratório de anatomia patológica: Sim Não

Farmácia: Sim Não

Consultórios (Número de): _____ Leitos (Número de) _____

Banco de sangue: Sim Não

Fisioterapia: Sim Não

Radioterapia: Sim Não

Gabinetes odontológicos (Número de) _____

Radioterapia: Sim Não

Radio-diagnóstico: Sim Não

Eletroencefalografia: Sim Não

Pronto Socorro: Sim Não

Eletrocardiografia: Sim Não

Ambulâncias (Número de) _____

Equipamento dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento (radiologia, laboratórios, fisioterapia, eletrocardiografia, radioterapia, etc.)

Equipamento (natureza)	Características técnicas	Proprietário

Pessoal em atividade (Número de):

Médicos de clínica médica e cirúrgica _____ Médicos sanitaristas _____
Dentistas _____ Farmacêuticos _____ Enfermeiras _____
Nutricionistas _____ Assistentes sociais _____ Laboratoristas _____
Auxiliares de laboratório _____ Auxiliares de enfermagem _____
Práticos de enfermagem _____ Massagistas _____ Técnicos de raios X _____
Técnicos de fisioterapia _____ Técnicos de análises clínicas _____ Técni-
cos de análises patológicas _____ Guardas sanitários _____ Atendentes _____
Pessoal de escritório _____ Outros _____

Atendimento em 1967 (número de):

Total _____ Pagos _____ Gratuitos _____ Preço médio (Ncr\$) _____
Consultas _____ Exames de laboratório _____ Raios X _____
Aplicações de fisioterapia _____ Aplicações de radioterapia _____
Internações: Total _____ Parciais _____ Integrais _____

Relações com a Previdência Social, quando credenciado:

Atendimento em 1967 (Número de): Total _____ Preço médio (Ncr\$) _____
Consultas _____ Exames de laboratório _____ Raios X _____
Aplicações de fisioterapia _____ Aplicações de radioterapia _____
Internações: Total _____ Parciais _____ Integrais _____

Orçamento para 1968: (Ncr\$): _____

Data

Assinatura do responsável

CADASTRO DAS UNIDADES DE SERVIÇOS MÉDICOS COMPLEMENTARES
(Laboratórios de análises, serviços de radiologia, etc.)

Denominação da Unidade de Serviço Médico Complementar _____

Proprietário _____ Ano de instalação _____

Localização: Unidade da Federação _____ Município _____

Distrito _____ Endereço _____

Finalidade _____

Instalações e equipamento: _____

As instalações são: Próprias Alugadas Outra forma

Equipamento existente:

Equipamento (natureza)	Características técnicas	Proprietário

Ambulâncias (Número de) _____

Pessoal existente (relacionar, segundo a atividade) _____

Atendimento em 1967 (relacionar, segundo o tipo de atendimento) _____

Custo unitário dos exames (anexar tabelas)

Relações com a Previdência Social, quando credenciado:

Atendimento em 1967 (Número de) _____ Preço médio do atendimento (Ncr\$) _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do responsável

CADASTRO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

Denominação do estabelecimento _____

Entidade mantenedora _____

Dependência administrativa: Federal Estadual Municipal Autárquica ou pa
raestatal Particular

Ano de criação: _____

Localização: Unidade da Federação _____ Município _____

Distrito _____ Enderêço _____

Finalidade: Geral de adultos e crianças Sòmente de crianças Unidades integradas
de saúde Especializado Ensino

Quais as clínicas em funcionamento regular? _____

Corpo clínico: Aberto Fechado Forma de contratação _____

Pessoal em atividade (Número de):

Médicos _____ Dentistas _____ Farmacêuticos _____ Enfermeiras _____

Nutricionistas _____ Assistentes sociais _____ Laboratoristas _____

Auxiliares de laboratório _____ Auxiliares de enfermagem _____

Práticos de enfermagem _____ Práticos de farmácia _____ Massagistas _____

Técnicos de raios X _____ Técnicos de fisioterapia _____ Técnicos de análises
clínicas _____

Técnicos de análises patológicas _____ Atendentes _____

Pessoal de escritório _____ Outros _____

Instalações e equipamento:

Prédio: Próprio Alugado Outra forma Suficiente Insuficiente

Construído especialmente para o fim a que se destina Adaptado

Farmácia: Sim Não

Gabinetes odontológicos (Número de) _____

Laboratórios (Número de): De patologia clínica _____ De anatomia patológica _____

Ambulatório (Número de consultórios) _____

Pronto socorro: Sim Não

Banco de sangue: Sim Não

Salas (Número de): De operação _____ De parto _____

Leitos (Número de): Total _____ Em enfermarias _____

Em quartos particulares _____ Em apartamentos _____

Berçário (Número de berços) _____

Radioterapia: Sim Não

Radiunterapia: Sim Não

Radium cobalterapia: Sim Não

Radio-diagnóstico: Sim Não

Isótopos: Sim Não

Eletroencefalografia: Sim Não

Eletrocardiografia: Sim Não

Fisioterapia: Sim Não

Ambulâncias (Número de): _____

Equipamento dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento (radiologia, laboratórios, fisioterapia, eletrocardiografia, radioterapia, etc.)

Equipamento (natureza)	Características técnicas	Proprietário

Leitos:

Especificação	Leitos							
	Total	Segundo as clínicas						
		Médica	Cirúrgica	Obstétrica	Pediátrica	Tuberculose	Psiquiátrica	Outros
Apartamentos								
Quartos:								
De 1 leito								
De 2 leitos								
Enfermarias:								
De 3 a 4 leitos								
De 5 a 6 leitos								
De mais de 6 leitos								
TOTAL GERAL								

Internamento e média de permanência, segundo as clínicas - 1967

Clínicas	Pacientes internados					Média de permanência	Preço médio por paciente internado (Ncr\$)
	Total	Mantidos pelo INPS	Particulares		Mantidos por outras entidades		
			Pa-gos	Gratui-tos			
Médica							
Cirúrgica							
Obstétrica							
Pediátrica							
Psiquiátrica							
Tuberculose							
Outras							
TOTAL							

Pacientes internados, segundo a origem:

Origem	Pacientes internados
Do distrito onde está situado o estabelecimento	
De outros distritos do município	
De municípios limítrofes	
De outros municípios	
TOTAL	

Exames realizados em 1967: Patologia clínica _____ Anatomia patológica _____
 Metabolismo basal _____ Radiografias _____ Abreugrafias _____
 Eletrocardiogramas _____ Eletro-encefalogramas _____ Isótopos _____

Aplicações: Radioterapia _____ Radiuniterapia _____ Ondas curtas _____
 Diatermia _____ Ultravioleta _____ Infravermelho _____
 Ultra-som _____ Outras de fisioterapia _____

Intervenções cirúrgicas: Grandes _____ Pequenas _____
 Reidratações _____

Transfusões de sangue _____

Atendimentos: Em ambulatórios _____ No pronto socorro _____
 No Serviço social _____

Ocupação média do estabelecimento _____%

Preço das diárias:

Especificação	Diárias (Ncr\$)	
	Com honorários médicos	Sem honorários médicos
	//	//

Orçamento para 1968 (Ncr\$) _____

 Data

 Assinatura do responsável

INQUÉRITO ESPECIAL

(a ser respondido pelos médicos e odontólogos da localidade)

Nome do informante _____

Localização: Unidade da Federação _____

Município _____ Distrito _____

Enderêço _____

Informações de interêsse _____

____/____/____
Data

Assinatura do informante