

Política  
de Saúde  
Cx. 1

# Assistência Médica na Previdência Social

## O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA



Ministério da Previdência e Assistência Social / MPAS  
INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social



INSTITUTO  
BUTANTAN  
A serviço da vida

## ASSISTÊNCIA MÉDICA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

### O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA

#### 1) - SITUAÇÃO ATUAL

Do ponto de vista formal, o Sistema de Saúde do país encontra-se regido pela Lei nº 6.229/75, conhecida como Lei do Sistema Nacional de Saúde, que legitimou e institucionalizou a pluralidade institucional no setor, ou seja: definindo em suas grandes linhas as responsabilidades das várias instituições, como a Previdência Social, a cargo da assistência individual e curativa, e o Ministério da Saúde, acolitado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, responsáveis pelos cuidados preventivos e de alcance coletivo.

Esta divisão artificial, em que ações indivisíveis tecnicamente, se separam institucionalmente, trouxe inúmeras distorções. Por outro lado, a crise financeira da Previdência Social coloca a partir de 1980, claros limites à disponibilidade de recursos para a assistência médica, com a conseqüente contração dos recursos do Fundo de Assistência e Previdência Social, para assistência médica; assim como ausência de uma delimitação precisa da participação do INAMPS nos gastos da Previdência Social.

Esse modelo implantado a partir da década de 70, estimulou a assistência médica sofisticada, em detrimento das ações básicas de saúde. Como exemplo, em 1981 o INAMPS gastou Cr\$22.000.000.000 (vinte e dois bilhões de cruzeiros) em tratamento de hemodiálise e pontes de safena, enquanto todo o setor público gastou apenas Cr\$20.000.000.000 (vinte bilhões de cruzeiros) nos serviços básicos de saúde e nas atividades de controle de doenças transmissíveis. Por outro lado, em 1984 o INAMPS dispendeu no tratamento no exterior de cerca de 137 pessoas, o equivalente a Cr\$28.000.000.000 (vinte e oito bilhões de cruzeiros), ou seja, 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das Secretarias de Saúde, para cobertura de 60 milhões de pessoas. A compra de serviços à rede contratada, se caracterizou como a política dominante, com os produtores privados representando os principais agentes prestadores de serviços assistenciais, detendo 75% dos leitos hospitalares. Dos serviços prestados pelo INAMPS a iniciativa privada participa com cerca de 50% das consultas médicas, 70% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações, correspondendo a 70% dos gastos da autarquia, em 1984, (Quadros 1, 2 e 3).

No sentido da maior transparência dessa questão trata-se de

caracterizar essa rede de serviços privados. Seu componente hospitalar, construído na sua quase totalidade, nos anos 70, com recursos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal), se compõe de cerca de 3.500 hospitais, com 350.000 leitos instalados, dos quais 200.000 contratados pelo INAMPS, Utilizando parâmetros tecnicamente aceitáveis, esses 350.000 leitos possuem uma capacidade de produzir 1,8 milhão de internações/mês. Recente Resolução da CIPLAN (Comissão Interministerial composta pelo MPAS, MEC e MS) fixou em 740.000 o limite máximo de internações necessárias ao atendimento da população. De acordo com os mesmos parâmetros utilizados acima, este teto situa a necessidade de leitos em torno de apenas 150 000. Se considerarmos que um médico é capaz de se responsabilizar por 10 leitos, teríamos necessidade de apenas 15.000 médicos. Entretanto o INAMPS tem cadastrados 75.000 médicos, desenvolvendo suas atividades nesses hospitais. Quer dizer, são 200.000 leitos e 50.000 médicos ociosos e mal distribuídos. Típico caso, do estratagema da privatização do lucro sem risco de socialização do custo e até da frade. Ressalta também o baixo desempenho da rede própria com elevada capacidade ociosa, assim como desprestígio de maneira geral, dos serviços públicos, junto à população.

Se tomarmos a rede própria de serviços do INAMPS, a situação atual é a seguinte:

- No que se refere às consultas ambulatoriais, a capacidade ociosa, a nível Brasil, situa-se em torno de 44%, na hipótese desses serviços funcionarem em 03 turnos de 04 horas, e de 15% em caso de funcionamento em 02 turnos. (Quadro 04).
- Em relação às internações, na hipótese mais otimista, de plena utilização, situa hoje essa ociosidade a nível Brasil em 24,4% e naquela menos otimista em cerca de 43,3%. (Quadro 05).

Os custos crescentes dos serviços médico-hospitalares, em especial no setor privado contratado, decorrentes do acelerado desenvolvimento tecnológico no setor e da intensificação do seu processo interno de acumulação, a inadequação entre estrutura de necessidades e estrutura de serviços, com oferta distorcida, em termos de tipo de distribuição dos serviços, com super-oferta de serviços especializados e hospitalares, assim como concentração geográfica nos centros urbanos em detrimento do atendimento de nível básico e homogeneamente distribuído, são também fatores de importância.

Cabe frisar que os gastos per capita com saúde na Região

Nordeste equivalem a menos do que a metade dos gastos per capita nas Regiões Sul e Sudeste. (Quadro 06). Os gastos do INAMPS com assistência do rurfcola equivalem a cerca de 1/7 dos gastos com a área urbana, apesar da população rural ser mais de 1/3 da urbana; caracterizando acentuada concentração urbana, em detrimento da área rural e acentuada concentração nas Regiões Sul e Sudeste. (Quadro 07 e 08).

A má distribuição dos Recursos Humanos pelo território nacional, especificamente de médicos, acompanha obviamente a concentração de recursos médico-assistenciais na região Sul/Sudeste. Se analisarmos os serviços próprios do INAMPS, pode-se ver que existe um excesso de 5,152 médicos em relação às necessidades da rede física instalada, enquanto existem déficits (embora de pequena monta) em diversos Estados da União. (Quadro 09).

Por fim, outro aspecto característico do modelo assistencial vigente na Previdência Social é a pluralidade de maneiras pelas quais os serviços são oferecidos à população: Várias formas de remuneração dos serviços contratados e conveniados, inúmeros prestadores de serviços, desarticulados, sem padrão comum de atuação, muito centros de decisão política do setor, com ausência de coordenação dos mesmos, caracterizando várias modalidades assistenciais. Essas modalidades assistenciais foram geradas e incorporadas pelo Sistema a partir de casuismos, pressões ou tentativas de se encontrar solução para situações emergentes no campo da Previdência Social.

## 2) - A POLÍTICA PROPOSTA PARA SUPERAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS

### 2.1 - Projeto Gerencial dos Serviços Próprios

Apresentando um nível de produtividade muito aquém de sua capacidade instalada, os serviços próprios do INAMPS se constituem num desafio e numa prioridade absoluta. Esse projeto engloba linhas de ação prioritárias.

#### a) Plena Utilização dos Serviços Próprios

A partir de utilização racional dos recursos existentes e da efetivação de medidas que dêem uma melhor estrutura de gerência às nossas unidades pretende-se, de imediato:

- Criação do 3º turno de atendimento a nível dos Ambulatórios (PAM's). Isto aumentaria em 40% a atual produção dos Postos de Assistência Médica. A meta é de aumentar em 20% a produção até dez/85 e em 20% até junho/86.

- Colocação em funcionamento de 1686 leitos hospitalares, sendo que 50% (843 leitos) até dez/85 e os restantes até junho de 1986. (Quadro Iq).

b) Humanização do Atendimento

Esta linha de atuação pretende que o paciente que procura um serviço de atendimento médico da Previdência Social, tenha uma atenção que seja eficiente de um ponto de vista técnico e o respeito enquanto cidadão e ser humano em sua singularidade e em sua dor. Propõe-se:

- Eliminar as dificuldades de acesso e utilização dos serviços, com ampliação do horário de atendimento e eliminação das filas.
- Eliminação de burocracia, colocando em 1º plano as necessidades do paciente.
- Realização, sempre que possível, dos exames diagnósticos nos mesmos locais de atendimento, diminuindo a necessidade de deslocamentos e as despesas com transporte e alimentação.
- Garantia de oferta de serviços de urgência, 24 horas p/dia.
- Criar um sistema de Comunicação Social, que oriente com clareza a população, sobre seus direitos, assim como sobre onde, quando e como ter suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde.
- Motivar os funcionários do INAMPS, comprometendo-os com a nova política e modificando sua postura frente à população que atende.

c) Mudança dos Critérios para Contrato de Serviços de Terceiros e Compra de Material de Consumo

Na área de contratos para fornecimento de refeições nos Hospitais e Unidades de urgência, a situação detectada era a da predominância quase que absoluta de três firmas, que sob a forma de cartel, mantinham o fornecimento de alimentação aos hospitais de grande porte por, até então, serem as únicas capacitadas a atender plenamente as condições de capacitação técnica especificadas no Edital de licitação, quais sejam, o de ter experiência em fornecimento de alimentação a seres humanos doentes. Visando ampliar o campo competitivo e evitar que o mercado fornecedor ficasse restrito às essas firmas, onerando sobremodo o orçamento do INAMPS, foi dada nova redação ao item "B - Capacidade Técnica" do Anexo I do Edital de li-

citação, que passa a exigir apenas experiência em fornecimento de alimentação a seres humanos, medida em vigor desde 19.07.85.

No que se refere à aquisição de material de consumo, a situação encontrada era de compra centralizada na Direção Geral. Esta centralização trazia problemas ao bom gerenciamento a nível regional, do nível de necessidade de reposição dos estoques, em função do volume de serviços realizados, não permitindo portanto, que as Superintendências Regionais atuassem como avaliados dos limites de estocagem, o que acarretava em determinadas áreas, excesso de material, e, em outras, falta daqueles produtos. Isto trazia transtornos para a Direção Geral, face ao grande volume de material a movimentar para os estados, com o conseqüente retardamento da distribuição, registro e controle.

Encontra-se em fase final, os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos objetivando a descentralização gradativa, para as Superintendências Regionais, da compra de maior número de itens de material de consumo, de grande demanda. Esse posicionamento da atual administração, visa levar o poder decisório o mais próximo possível do local onde as ações estão ocorrendo, mediante um aceleração do processo de descentralização compatível com o melhor uso das dotações, não perdendo de vista as perspectivas de economia de escala. Serão estabelecidos, nesse sentido, graus de execução, embasados em um cuidadoso acompanhamento, avaliação e controle, que permitam a adequada verificação de desempenho das regionais, bem como, da observância dos tetos orçamentários.

Com intuito de melhor conduzir as Superintendências Regionais na aferição dos preços obtidos nas licitações, encontra-se em andamento projeto visando instituir no INAMPS uma TABELA BÁSICA DE PREÇOS, que divulgará os produtos controlados pelo CIP e os tetos máximos permitidos por aquele Conselho, bem como de outros materiais não abrangidos.

d) Reavaliação de Contratos Firmados de Decorrência de Protocolos Financeiros entre Brasil e França

Brasil e França firmaram, em 1984, Protocolos Financeiros em que seriam concedidos créditos para aquisição, na França, de equipamentos médico-hospitalares.

Em decorrência de tais protocolos a administração anterior do INAMPS assumiu compromissos contratuais de aquisição de equipamentos, em fins de 1984 e princípios de 1985, no valor total de 435 milhões de francos franceses.

Ante o vulto da operação e as definições governamentais para contenções de despesas, determinou-se estudos preliminares de reavaliação que concluíram pela inadequação quantitativa e qualitativa dos equipamentos a adquirir, bem como de sua distribuição pelas diversas unidades de nossa rede assistencial, a par da inexistência de recursos orçamentários para cobertura das despesas decorrentes dos compromissos assumidos.

Conseqüentemente, encaminharam-se relatos da situação ao Sr. Ministro da Previdência Social, nos quais são também solicitados entendimentos com a SEPLAN, coordenadora de todo o processo, objetivando a consecussão de caminhos que permitam redefinições que assegurem as melhores adequações técnico-financeiras.

## 2.2 - Política de Pessoal

A recente greve dos funcionários da Previdência Social, colocou evidente uma contradição fundamental, qual seja, não se pode pretender estruturar uma Previdência Social forte e eficiente, sem que sejam dados aos seus servidores condições dignas de salário e de trabalho. Nesta linha de atuação, ressaltamos:

- Criação de um Plano de cargos e salários, em consonância com os estudos já em elaboração pelo Ministério da Administração;

- 1 - Concessão de um adicional de 20%, a partir de 1º de julho, para o servidor de nível médio;

- Formação de pessoal de nível superior (redefinição do papel do INAMPS na formação e especialização de profissionais de saúde);

- Formação de pessoal de nível médio (inclusão do INAMPS no projeto Larga Escala - Acordo MEC/MS/MPAS / OPAS; previsto a organização de 14 Centros de Formação Multi-profissional);

- Racionalização e sistematização de programas de treinamento e reciclagem de pessoal;

- Capacitação de pessoal estratégico: equipes das instituições dos âmbitos federal, estadual e municipal para consolidação das AIS;

- Educação continuada de categorias críticas para a melhoria dos serviços de saúde, como prioridade para o atendimento ambulatorial.

### 2.3 - Elaboração do Orçamento do INAMPS para 1986

O orçamento inicial do INAMPS, para este ano, foi fixado em 11,8 trilhões de cruzeiros, correspondendo a um reajuste de 135,47% sobre o orçamento final do exercício de 1984. Constatou-se de imediato, a insuficiência desse orçamento inicial. Principalmente pelo grande crescimento das despesas com pessoal, advindas das gratificações concedidas aos servidores, ao final do governo passado.

Da mesma forma, a partir da definição dos índices de reajuste salarial, assim como dos reajustes concedidos aos diversos prestadores de assistência médica a partir de 1º de julho, elaborou-se uma proposta de suplementação orçamentária com valores totais de 20,79 trilhões, o que significava a necessidade de uma suplementação de ordem de 8,89 trilhões sobre o orçamento atual. Após a fixação por parte da área econômica do governo, do índice máximo de reajuste de 210% em relação ao orçamento realizado em 1984, a suplementação concedida ao INAMPS ficou em apenas 6 trilhões, o que significa que o orçamento em vigor, a princípio, até o final de 1985 será de ordem de 17,8 trilhões.

Entretanto, se analisarmos em separado o comportamento das despesas de pessoal, verificamos que houve um crescimento de 438%, em relação ao dispendido no ano de 1984, o que recoloca a necessidade de discutirmos a participação da União no custeio da Previdência Social minimamente no que se refere aos encargos de despesa com pessoal.

Para o ano de 1986 e, visando a elaboração de um orçamento que reflita as necessidades reais do Instituto, a metodologia de sua estruturação será modificada, adotando-se a descentralização em sua elaboração, atribuindo-se maior participação às Superintendências Regionais.

Em anexo, quadro comparativo entre o orçamento realizado em 1984 e o aprovado para 1985. (Quadro 11).

### 2.4 - Reestruturação Funcional do INAMPS

Com o objetivo de adequar a estrutura funcional do INAMPS à Política Institucional, procedeu-se a um processo de discussão sobre a estrutura encontrada, quando se constatou a existência de inúmeras distorções: superposição de atividades e atribuições, dispersões de esforços, inconsistência e até mesmo ausência de lógica na organização de determinados departamentos, etc. A partir daí, elaborou-se uma proposta de estrutura que a compatibilizou à nova política Institucional e que contou, esse processo, com a assessoria

da Secretaria Geral do MPAS. Nesse momento, está se procedendo à compatibilização das estruturas das Superintendências Regionais ao novo perfil funcional da Direção Geral. (Anexo nova estrutura)

## 2.5 - Nova Forma de Relacionamento com os Prestadores Privados

a) No intuito de superarmos a situação encontrada, investiu-se na estruturação de uma nova base de relacionamento entre a Previdência Social e os prestadores privados, que colocasse como princípios básicos de relacionamento, mudanças de cunho político, econômico e jurídico.

Estabeleceu-se de início que o relacionamento passaria a se dar entre a Presidência do Instituto e as representações dos prestadores, qual seja, a Federação Brasileira de Hospitais, a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde e a Federação das Misericórdias, estabelecendo-se portanto os níveis decisórios no relacionamento interinstitucional. No momento ultima-se a elaboração de um protocolo de intenções a ser firmado entre o INAMPS e as representações dos prestadores de serviços, que estabelece as metas bases de trabalho, que se pretende, transcenda o relacionamento econômico e se insira dentro de uma perspectiva de política assistencial, mais ampla.

b) Retomou-se a análise do atual documento de relacionamento jurídico (Contrato-Padrão) entre o INAMPS e os prestadores, que se encontra totalmente defasado e necessita de urgente substituição. A idéia é a de um documento que coloque a rede privada dentro das AIS e dentro do conceito de concessão de serviços.

### c) Revisão do Sistema de Controle e Avaliação

A atividade de Controle e Avaliação da assistência médica prestada a população tem sido aquela mais divulgada pela imprensa, em função da sua ineficiência em combater as fraudes. Tais práticas, embora realizadas por uma minoria de administradores corruptos, prestadores de serviços desonestos e servidores omissos ou coniventes, conduziam à desmoralização da instituição, de médicos e de hospitais e aviltavam a imagem da Previdência Social.

Além da Comissão de Alto Nível criada pelo Sr. Ministro do MPAS para desvendar os mecanismos fraudulentos e punir os culpados, e sem prejuízo da ação policial e jurídica, o INAMPS está implantando uma série de medidas operacionais, previstas na concepção original do Sistema AIH e que foram abandonadas ao longo dos últimos anos, de forma a retomar a gerência e o acompanhamento das

Internações de previdenciários nos hospitais da rede privada.

Decorridos 03 meses da nova gestão do INAMPS, este conjunto de medidas começa a apresentar resultados práticos, com a implantação de um modelo de formulário AIH cujas séries numéricas são controladas por computador permitindo o rastreamento, caso necessário, de cada documento, a semelhança dos talões de cheques utilizados pela rede bancária. Esta medida impedirá que formulários destinados a um Estado, Município ou mesmo hospital seja faturado por qualquer outro.

Além disso foram eliminadas as etiquetas gomadas, que controlavam o quantitativo de faturas cobradas após a internação, mas não permitiam o controle prévio da internação e conduziam a processos judiciais de internações autorizadas e não pagas pelo INAMPS, por parte dos hospitais. O gerenciamento dos formulários AIH propriamente ditos impede esta situação e permite o controle de todos os passos do processo de hospitalização dos pacientes, desde a unidade própria do INAMPS que realizou a consulta, determinou a necessidade de internação e emitiu a AIH. Além disso a DATAPREV passa a digitar a 1ª via da AIH, emitida pelo INAMPS, confrontando-a com a via apresentada para cobrança, permitindo imediata identificação de discrepâncias e adulterações e emitindo relatórios de alarme ágeis e de fácil interpretação, que gerarão as medidas iniciais de controle do hospital como a auditoria pelas Superintendências Regionais e Chefias Locais de Medicina Social.

Foram implantadas, ainda, sistemáticas mais rígidas de distribuição, guarda e emissão dos formulários, eliminando-se a excessiva quantidade de documentos circulantes em todo o país, e garantindo a identificação, através do número do CPF, do médico que solicitou a internação e daquele que emitiu a AIH.

Este conjunto de medidas busca estimular os dirigentes regionais e locais a assumirem plenamente suas responsabilidades, inclusive com relação aos atos de seus subordinados, quanto a necessária postura administrativa no trato da coisa pública.

Com relação aos serviços e instituições que prestam assistência aos previdenciários através de convênios, inclusive as Ações Integradas de Saúde, onde em alguns casos, também se observa o descompromisso para com a produtividade e a resolutividade dos serviços de saúde, o INAMPS vem buscando aprimorar seus mecanismos de controle e avaliação, desenvolvendo uma programação integrada de todas as ações e acompanhando sua execução e implantando as comissões gestoras das AIS em todos os níveis, avaliando a participação, inclusive financeira, de todas as instituições envolvidas.

A partir destas etapas iniciais o processo deverá se dirigir agora para os mecanismos de controle da atenção ambulatorial, particularmente nos grandes centros urbanos, e para os procedimentos de alto custo, como Hemodiálise, Radioterapia, Quimioterapia e implantação de Órteses e Próteses. Para janeiro de 1986 está sendo estudada a implantação de um sistema integrado de informações da assistência médica do INAMPS, envolvendo todo o conjunto das modalidades assistenciais. A recuperação da credibilidade da Instituição depende muito destas medidas, motivo pelo qual estas tem recebido alta prioridade em sua implementação, sendo de se esperar que em médio prazo esteja completamente restaurada a responsabilidade institucional e a postura pública da gerência da assistência médica da Previdência Social, em todos os níveis.

d) Proposta de trabalho para a Procuradoria-Geral do INAMPS.

A proposta de trabalho da Procuradoria-Geral do INAMPS, compete:

Treinamento de Pessoal

Pretende-se a realização de 02 cursos de atualização ainda este ano, e a criação da Revista da Procuradoria Geral do INAMPS. Outra prioridade é o enquadramento da DG nos debates e discussões sobre a política de saúde e a futura Constituição.

Fraudes

Procede-se ao levantamento de inquéritos administrativos e policiais, assim como o levantamento dos processos criminais, objetivando-se estabelecer algumas prioridades que permitem a punição dos responsáveis. Nesta linha, procede-se o levantamento das atuais relações com a Justiça Federal, com a Procuradoria Geral da República e com a Polícia Federal, adequando-as à nova política institucional.

- Relações com as Procuradorias Regionais

É objetivo estreitos as relações com todas as Procuradorias, priorizando-se o trabalho com São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco.

- Informatização da Procuradoria Geral e Regionais

Restabelecer a programação de trabalho com a DATAPREV, incluindo:



- treinamento de pessoal
- cadastramento dos processos da Procuradoria-Geral (até 10/09/85)
- cadastramento dos processos da Procuradoria Regional do Rio de Janeiro (início 03/09/85)
- cadastramento dos processos da Procuradoria Regional de São Paulo (início 03/09/85)
- cadastramento dos processos das demais Procuradorias Regionais (início 03/09/85)

## 2.6 - Universalização do Atendimento e Equiparação do Atendimento às Populações Rurais

A assistência médica instituída no âmbito da Previdência Social é uma conquista e um direito do trabalhador. Esse direito deve ser garantido e ampliado pelo Governo da Nova República e estendido, como ocorre nas democracias modernas, à totalidade da população. Trabalhadores e não trabalhadores, empregados e desempregados, populações urbanas e rurais, têm direito à saúde. É inadmissível que se perpetuem os desequilíbrios sociais e regionais relativos ao acesso e a qualidade do atendimento médico-odontológico. Atualmente, o número de consultas per capita nas áreas urbanas é de 2,3 ao ano, enquanto que nas rurais de apenas 0,6.

De forma direta ou indireta, os trabalhadores urbanos e rurais, os trabalhadores sem carteira assinada (ou trabalhadores do setor informal), subempregados e desempregados, contribuem para o sistema previdenciário, e grande parcela deles tem um direito apenas nominal aos serviços de saúde.

Urge, portanto, elevar o nível da saúde da população, garantindo:

- O acesso universal aos serviços de saúde;
- A eliminação progressiva das diferenças entre as áreas urbanas e rurais, quanto à cobertura médico-odontológica, através das Ações Integradas de Saúde, atualmente o atendimento encontra-se universalizado a nível do setor público, praticamente em todo o País (70% da população). Persistem restrições ao atendimento de não previdenciários nos serviços contratados.

O estudo diagnóstico identificou também importantes segmentos populacionais (região e situação de domicílio) em que a cobertura assistencial oferecida pela Previdência Social não atinge os níveis de 02 consultas médicas habitante/ano de 10 internações / 100 habitantes/ano.

Considerando apenas as áreas onde ocorrem insuficiências de cobertura, tem-se as seguintes estimativas de déficits assistencial para 1985:

	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL	TOTAL
Internações (mil)....	764	1.677	2.441
Consultas médicas (mil)	20.155	52.674	72.829

Considerando uma taxa de crescimento da população de 2,5% ao ano, obtem-se que, em 1989, existiriam déficits de 3.758 mil internações/ano e 82.297 mil consultas médicas/ano.

Em consequência, para atingir a cobertura de 02 consultas médicas/habitante-ano nas áreas carentes, o volume de atendimento ambulatorial deverá ser expandido, de 235.659 mil consultas médicas previsto para 1985, para 308.488 mil consultas em 1989. Esta expansão representa um crescimento de 30,9% no volume de consultas médicas em 04 anos ou um crescimento médio anual de 7,0%.

De igual modo, na assistência hospitalar, o número de internações deverá ser expandido de 12.669 mil em 1985 para 15.110 mil em 1989, envolvendo um crescimento de 19,3% em 04 anos ou um crescimento anual médio de 4,5%.

Em termos de serviços, adotando fatores de ponderação 20 para internações e 01 para consultas médicas, a despesa total deverá crescer, de Cr\$17.800 bilhões de cruzeiros previstos para 1985, para Cr\$22.813 bilhões de cruzeiros em 1989 (a preços de 1985), envolvendo um crescimento real anual médio de 6,4%.

PROJEÇÃO DE SERVIÇOS E DESPESAS-1985/1989

ANO	CONSULTAS MÉDICAS(MIL)	INTERNAÇÕES(MIL)	DESPESAS (Cr\$ BILHÕES DE 1985)
1985	235.659	12.669	17.800
1986	252.071	13.240	18.939
1987	269.626	13.836	20.151
1988	288.403	14.459	21.441
1989	308.488	15.110	22.813

Para este ano, pretende-se implantar programas de expansão dessa proposta às populações rurais dos Estados do Rio Gran

de do Sul, Paraná e Santa Catarina.

## 2.7 - Fortalecimento da Rede Governamental

Ao lado do projeto de recuperação dos serviços próprios do INAMPS, pretende-se avançar no sentido de melhorar o desempenho da rede Assistencial Pública como um todo, através dos seguintes mecanismos:

- Co-participação financeira do INAMPS, na manutenção dos serviços públicos federais, estaduais e municipais. Neste ano, o INAMPS repassará ao MS, ME e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo o País, cerca de 2,5 trilhões de cruzeiros.
- Participação efetiva dos Superintendentes Regionais do INAMPS, a nível das instâncias gestoras das Ações Integradas de Saúde, criando-se as bases para a estruturação dos Sistemas Estaduais de Saúde, integrados política e programaticamente.
- Supervisão e apoio técnico, junto com os quadros técnicos do MS e ME, a toda rede pública de Serviços de Saúde.

## 2.8 - Participação na Gestão

A democratização do processo decisório a nível do setor saúde, tomando o INAMPS como eixo de abordagem, tem 03 vertentes principais:

a) - Participação das entidades representativas dos trabalhadores e dos profissionais de saúde e do Parlamento a nível da discussão e da definição dos políticos setoriais. Inclui-se aqui a necessidade de reformulação do CONASP e da atual estrutura de gestão da Previdência Social.

b) - Participação nas instâncias gestoras das Ações Integradas de Saúde. É necessário que se redefina a composição das Comissões de nível estadual e local (CIS, CLIS) incorporando representações sindicais, profissionais, dos prestadores de serviços, etc.

c) - Participação no processo de controle e acompanhamento do desempenho dos Serviços próprios do INAMPS, através da constituições de Comissões a nível dessas unidades, abertos à participação da população e dos funcionários.

## 2.9 - Programas Especiais

Dizem respeito a um conjunto de ações, algumas de ca-

râter inovados, que devem ser implementadas nesta atual gestão.

a) - Práticas Alternativas

A prestação de Serviços de Saúde no âmbito da Previdência Social Brasileira tem-se valido exclusivamente dos conhecimentos, procedimentos e recursos das técnicas médicas alopáticas.

Não obstante, estudos mais criteriosos têm demonstrado a validade de outras práticas médicas, como a Homeopatia e a Acupuntura ao lado do reconhecimento do avanço técnico-científico do conhecimento humano acerca do processo saúde/doença. A própria evolução da medicina e o seu destacado papel/função como decorrência do processo social que engendra posições e situações diferentes dentro dos contextos sociais possíveis, tem aberto espaço para a difusão e aceitação destas técnicas.

Com a Nova República e os propósitos de renovação de métodos e processos, a discussão acerca da possibilidade de incorporação dessas técnicas traduz a presença mesma do sentimento democrático, que pressupõe o pluralismo ao nível da assistência médica prestada pela Previdência Social Brasileira.

Estamos diante da situação de fato do crescimento do número de profissionais dedicados à Acupuntura e à Homeopatia, respondendo à solicitação crescente por parte de camadas expressivas da população. A não intervenção do poder público poderá propiciar não apenas a limitação do acesso, mas até mesmo a exploração econômica dentro da relação de compra e venda dos serviços, bem como o surgimento de práticas pouco éticas.

Dentre as técnicas que deverão ser incorporadas à atenção médica prestada pela Previdência Social, destacam-se: a Homeopatia, a Acupuntura e a Fitoterapia, como mais indicadas no momento. A Homeopatia já se encontra em fase de implementação, através do projeto piloto no Rio de Janeiro.

b) - Assistência aos idosos

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico-degenerativo, são as razões da preocupação estratégica com este segmento da população.

As ações relativas ao idoso devem contemplar:

- a imperiosa necessidade de oferecer condições para a prestação de atendimento médico-social ao idoso mais correta e humanizada.
- garantia à população idosa de acesso a serviços

de saúde integrados que atendam às suas necessidades básicas.

Como primeiro passo, foi constituída comissão, no INAMPS, integrada pelos diferentes órgãos afetos à questão, e cuja atribuição é de elaborar propostas de ação que viabilize as diretrizes deste Programa.

c) - PRÓ-SANGUE

A Portaria Interministerial nº 07/80 do MS/MPAS, instituiu o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), definindo a Política governamental para o setor.

Com a implantação das Ações Integradas de Saúde, os Hemocentros, Unidades executoras do Pró-Sangue vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde ou às Universidades, devem constituir-se em serviços especializados de nível terciário e/ou quaternário, na organização dos Sistemas Estaduais de Saúde, garantindo a prestação de serviços, a referência e a contra-referência de usuários na área de hemoterapia.

Prevê-se, por parte dos Hemocentros, a prestação direta de serviços a uma clientela universalizada. Prevê-se, também, que seus serviços atendam, por ordem de prioridade, à rede pública, ou seja, Unidades pertencentes ao MS, serviços próprios do INAMPS, Unidades das Secretarias Estaduais e Municipais e Hospitais Universitários.

Cumprindo a Resolução nº 08/84 da CIPLAN, o INAMPS pretende influir decisivamente na constituição dos Hemocentros, em todo o país, contribuindo dessa forma para a melhoria de qualidade do produto, e o fim do comércio do sangue.

d) - Saúde Ocupacional

Nos últimos anos, ampliou-se a discussão sobre a saúde do trabalhador a partir de estudos sobre a saúde do trabalhador, a partir de estudos sobre o problema do Acidente de Trabalho e da Legislação sobre Higiene e Segurança do Trabalho.

Dentro do INAMPS, a assistência médica ao acidentado de trabalho é desenvolvida como atividade não integrada ao conjunto das demais ações.

No momento em que a política da instituição está consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde, urge contemplar a assistência ao trabalhador dentro dessa nova ótica. O envolvimento do conjunto de prestadores (públicos, filantrópicos e privados), do INPS, do Ministério do Trabalho e dos próprios trabalhadores visa garantir

a atenção dos serviços de saúde aos riscos advindos do trabalho, favorecendo a introdução progressiva de um novo conceito de Doença Profissional.

## 2.10 - Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

O INAMPS enquanto responsável pela prestação de serviços médicos do País, é o maior demandante direta ou indiretamente de equipamentos e materiais biomédicos, exercendo, também forte influência na demanda de recursos humanos na área. Nesse sentido a atual administração ao implementar um programa de desenvolvimento científico e tecnológico pretende assegurar o avanço tecnológico em saúde; o incentivo a substituição de importações, a pesquisa de inovações tecnológicas e a interação com o setor produtivo de equipamentos e medicamentos. Este programa teria as seguintes linhas gerais:

- a) - Seleção e avaliação de tecnologia (Procedimentos de alto custo)

Para iniciar este programa, o INAMPS selecionou os procedimentos de alto custo como prioritários visto serem eles, em grande parcela, responsáveis pelo encremento dos gastos nos serviços médico-hospitalares.

Nesse sentido, pretende reordenar a organização de serviços nesta área com o estabelecimento de Centros de Referência, públicos (hospitais próprios, universitários e filantrópicos) visando a evitar o desperdício de recursos e a duplicidade de esforços.

A nível dos procedimentos simples pretende-se uma maior adequação dos equipamentos as necessidades de saúde da população, abandonando-se a sofisticação tecnológica.

Estas vertentes devem estar integradas, regionalizadas e hierarquizadas, obtendo-se com isso maior utilização dos recursos internos disponíveis resultando em maior independência externa.

- b) - Integração com órgãos de ciência e tecnologia e instituições de pesquisa.

Para o desenvolvimento do programa é fundamental a articulação com o Ministério da Ciência e Tecnologia, com vistas a promover conjuntamente o desenvolvimento científico e tecnológico. Nesse sentido, o INAMPS estabeleceu Convênio com a FINEP e está implementando o já existente com o CNPq. Estas articulações visam a estabelecer linhas de investigação que ajudem o INAMPS a definir com base em dados reais sua política de normatização de uso de procedimentos, de compras de equipamentos e materiais biomédicos. Por outro lado, as ins

tuições de pesquisa deverão participar ativamente no desenvolvimento dessas investigações. É necessário colocar lado a lado a produção de conhecimento e a prestação de serviços.

c) - Centrais de Manutenção de Equipamentos Médico - Hospitalares.

O incentivo a tecnologia nacional além de contribuir para a autosuficiência traz reflexos consideráveis no custo da assistência médica. O INAMPS pretende ampliar no mais rápido prazo, a experiência desenvolvida no Rio de Janeiro, com a Central de Manutenção do Hospital dos Servidores do Estado. Não se pode admitir que 40% dos equipamentos hospitalares estejam fora de uso por falta de manutenção adequada e instalada de forma inadequados.

A implantação de Centrais Regionais de Manutenção trará maior disponibilidade operacional dos equipamentos, devido a maior facilidade de assistência técnica, implicando em redução dos investimentos e menor custo operacional por unidade de serviço prestado.

d) - Relacionamento com o setor produtivo

Em consequência direta do poder de compra da instituição pretende-se estabelecer um relacionamento ativo com o setor produtivo. A utilização ordenada desse poder de compra ao parque industrial brasileiro pode mobilizar a fabricação nacional (via incremento de escala de produção) de determinados equipamentos e materiais biomédicos. Por outro lado, o estabelecimento de especificações mínimas de desempenho obrigaria a indústria a melhorar a qualidade do seu produto, tornando-a inclusive passível de exportação. Enquanto usuário do parque industrial biomédico, o INAMPS deve estar atento a inovação tecnológica, estabelecendo via Centros de Referência a listagem desses produtos.

O INAMPS entende, portanto, que progresso técnico e dignidade em saúde não são opostos; o conceito de cuidados básicos e de hierarquização em níveis de complexidade é a política da instituição. A extensão do progresso técnico em saúde a todas as camadas da população, sem discriminações regionais ou sociais, é objetivo de médio prazo na política de saúde da NOVA REPÚBLICA.

PERCENTUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR PRESTADOR E POR REGIÃO,  
REALIZADAS PELO INAMPS EM 1985.

REGIÃO	SETOR PÚBLICO	ENTIDADES FILANTRÓP. E OUTRAS	SINDICATOS	EMPRESAS	CONTRATADOS	TOTAL
NORTE	77,96	1,59	3,63	5,95	10,87	100,00
NORDESTE	59,44	7,01	10,45	3,20	19,90	100,00
SUDESTE	41,74	3,06	6,22	11,23	37,75	100,00
SUL	41,47	2,68	17,17	4,20	34,48	100,00
CENTRO OESTE	70,61	5,61	4,54	0,75	18,49	100,00
BRASIL	47,73	3,86	8,47	7,92	32,02	100,00

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO TIPO  
DE PRESTADOR E REGIÕES GEOGRÁFICAS. INAMPS, 1984.

REGIÕES	SETOR PÚBLICO	ENTIDADES FILANTRÓP. E OUTRAS	SINDICATOS	EMPRESAS	SERVIÇOS CONTRATADOS	TOTAL
NORTE	49,26	8,17	0,00	4,62	37,95	100,00
NORDESTE	29,84	18,94	0,11	1,20	49,91	100,00
SUDESTE	9,61	12,57	0,10	5,20	72,52	100,00
SUL	5,64	20,01	0,00	0,94	73,41	100,00
CENTRO-OESTE	15,18	16,95	1,03	0,35	66,49	100,00
BRASIL	14,66	15,48	0,14	3,20	66,52	100,00

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985.

QUADRO 3

DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA DO INAMPS COM  
ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGUNDO PRESTADORES

PRESTADORES	1981 (%)	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)
PRÓPRIOS	25.36	21.46	25.51	21.39
CONTRATADOS	67.88	62.02	59.29	65.49
ÓRG. GOVERN.	1.17	5.69	5.31	5.4
HOSP.UNIV/ENS.	0.98	3.10	3.82	3.07
EMPRESAS	0.26	2.03	1.12	1.09
SINDICATOS	0.64	1.87	1.24	1.20
OUTROS	3.71	3.83	3.71	2.36
T O T A L	100.00	100.00	100.00	100.00

QUADRO 4

CONSULTAS AMBULATORIAIS

REGIÕES	CONSULTÓRIOS EXISTENTES	CONSULTAS REALIZADAS	CONSULTAS HIPÓTESE I	CONSULTAS HIPÓTESE II	DIFERENÇA (I)	DIFERENÇA (2)	PERDA % I	PERDA % II
NORTE	238	1.994.920	1.827.840	2.741.760	+ 167.080	746.840	-0-	27,2
NORDESTE	1.574	10.589.725	12.088.320	18.132.480	1.498.595	7.542.755	12,4	41,6
SUDESTE	4.420	29.375.697	33.945.600	50.918.400	4.569.903	21.542.703	13,5	42,3
SUL	1.427	7.721.447	10.959.360	16.439.040	3.237.913	8.717.593	29,5	53,0
CENTRO OESTE	347	2.550.350	2.664.960	3.997.440	114.610	1.447.090	4,3	36,2
<b>TOTAL</b>	<b>8.006</b>	<b>52.232.139</b>	<b>61.486.080</b>	<b>92.229.120</b>	<b>9.253.941</b>	<b>39.996.981</b>	<b>15,1</b>	<b>43,4</b>

Hipótese I - 2 Turnos de 4 horas - 4 consultas/hora - 20 dias/mês  
 Hipótese II - 3 Turnos de 4 horas - 4 consultas/hora - 20 dias/mês



INTERNAÇÕES

QUADRO 5

SR	Nº Leitos Existentes	Nº Internações Realizadas	Internações Hipótese I	Internações Hipótese II	Diferença I	Diferença II	Perda % I	Perda % II
Brasil	9.365	229.447	303.696	404.928	74.249	175.481	24,3	43,3
GO	257	8.818	8.352	11.136	+466	2.318	- 0 -	20,9
RS	239	8.126	7.776	10.368	+350	2.242	- 0 -	21,7
MG	577	19.022	18.720	24.960	+302	5.938	- 0 -	23,8
PE	877	28.479	28.440	37.920	+39	9.441	- 0 -	24,9
PB	366	11.335	11.880	15.840	545	4.505	4,6	28,5
BA	442	11.963	14.328	19.104	2.365	7.141	16,6	37,4
RJ	4.055	96.301	131.400	175.200	35.099	78.899	26,8	45,1
MA	215	4.548	6.984	9.312	2.436	4.764	34,9	51,2
DF	345	6.645	11.196	14.928	4.551	8.283	40,7	55,5
SC	117	2.129	3.816	5.088	1.687	2.959	44,3	58,2
CE	399	6.923	12.960	17.280	6.037	10.357	46,7	60,0
SP	1.476	25.158	47.844	63.792	22.686	38.634	47,5	60,6

Hipótese I - Taxa de ocupação - 90%

- Tempo Médio de Permanência - 10 dias

Hipótese II- Taxa de ocupação - 90%

- Tempo Médio de Permanência - 7,5 dias

DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA DO INAMPS SEGUNDO REGIÕES NO EXERCÍCIO DE  
ESTIMATIVA DE INTERNAÇÕES POR 100 HABITANTES, EM 1984, SEGUNDO

REGIÃO	DESPESA 1984 CR\$MILHÕES	% DO TOTAL DESPESA	DESPESA POR HAB (CR\$)
DIR.GERAL	159.817	3,16	1.8819
NORTE	102.695	2,03	14.517
NORDESTE	799.172	15,82	20.829
SUDESTE	2.906.819	57,55	50.168
SUL	816.494	16,16	40.097
CENTRO-OESTE	266.151	5,27	30.135
TOTAL	5.051.148	100,00	30.135

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985.

ESTIMATIVA DA COBERTURA AMBULATORIAL, SEGUNDO POPULAÇÃO URBANA E RURAL E REGIÕES GEOGRÁFICAS, PELO INAMPS, EM 1984.

REGIÃO	CONSULTA MÉDICA/HABITANTE		TOTAL
	POP. URBANA	POP. RURAL	
NORTE	1,91	0,12	1,08
NORDESTE	1,82	0,46	1,19
SUDESTE	2,55	0,99	2,34
SUL	2,08	0,77	1,69
CENTRO OESTE	1,74	0,45	1,39
BRASIL	2,24	0,59	1,78

Fonte: Secretaria de Planejamento, INAMPS, 1985.

ESTIMATIVA DE INTERNAÇÕES POR 100 HABITANTES, EM 1984, SEGUNDO POPULAÇÃO URBANA E RURAL, REALIZADAS PELO INAMPS.

REGIÃO	INTERNAÇÕES POR 100 HABITANTES		TOTAL
	POP. URBANA	POP. RURAL	
NORTE	10,98	1,52	6,59
NORDESTE	9,05	3,71	6,58
SUDESTE	10,93	10,01	10,81
SUL	14,53	8,23	12,64
CENTRO OESTE	10,63	6,60	9,55
BRASIL	11,04	5,76	9,56

Fonte: Secretaria de Planejamento - INAMPS, 1985



## DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS - ESTUDO COMPARATIVO

SR	Nº MÉDICOS	NECES. HOSP. (1)	NECES. AMBUL. (2)	TOTAL NECES.	DIFERENÇA
BR	34.684	3.125	23.976	27.101	7.583
AL	407	-	369	369	38
AM	349	-	231	231	118
BA	1.133	148	831	979	154
CE	1.029	133	714	847	182
MS	194	-	255	255	-61
ES	474	-	552	552	-78
GO	604	86	252	338	266
MA	607	72	231	303	304
MT	128	-	138	138	-10
MG	2.247	193	1.935	2.128	119
PA	646	-	459	459	187
PB	784	122	693	815	-31
PR	986	-	966	966	20
PE	1.720	293	996	1.289	431
PI	255	-	267	267	-12
RJ	12.636	1.352	6.132	7.484	5.152
RN	365	-	336	336	29
RS	2.591	80	2.490	2.570	21
SC	983	39	825	864	119
SP	5.581	492	4.641	5.133	448
SE	206	-	285	285	-79
DF	715	115	354	469	246
AC	44	-	24	24	20

(1) Necessidade = 1 médico para cada 3 leitos

(2) Necessidade = 3 médicos para cada consultório

Obs.: Foram autorizadas 832 novas admissões não computadas no Quadro.

I N A M P S

Quadro 10

QUANTITATIVO DE SERVIÇOS PRÓPRIOS

<u>ESTADOS</u>	<u>POSTOS DE ASSIS</u>	<u>HCSPITAIS</u>	<u>LEITOS</u>	
	<u>TÊNCIA MÉDICA</u>		<u>EXISTENTES</u>	<u>FUNCIONANDO</u>
02- Alagoas	11	-	-	-
03- Amazonas	4	-	-	-
04- Bahia	35	3	442	220
05- Ceará	17	2	399	381
06- Mato G.do Sul	5	-	-	-
07- Espírito Santo	12	-	-	-
08- Goiás	13	1	257	257
09- Maranhão	9	2	615	215
10- Mato Grosso	6	-	-	-
11- Minas Gerais	65	3	621	577
12- Pará	13	-	-	-
13- Paraíba	16	3	366	276
14- Paraná	28	1	22	-
15- Pernambuco	35	3	877	785
16- Piauí	8	-	-	-
17- Rio de Janeiro	76	16	4.055	3.680
18- Rio G. do Norte	10	-	-	-
19- Rio G. do Sul	101	1	239	239
20- Santa Catarina	33	1	117	84
21- São Paulo	100	5	1.356	982
22- Sergipe	9	-	-	-
23- Distrito Federal	7	1	345	329
24- Acre	1	-	-	-
26- Rondonia	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>614</b>	<b>42</b>	<b>9.711</b>	<b>8.025</b>

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO  
DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO-PROGRAMA  
EXERCÍCIO DE 1985

(Quadro 11)

EM CR\$ MIL

CÓDIGOS	ESPECIFICAÇÃO	(1)	(2)		(3)		(4)	
		ORÇAMENTO REALIZADO	ORÇAMENTO CORRENTE PT/MPAS-3536		PROPOSTA 3a. REFORMULAÇÃO		ORÇAMENTO PROJETADO-3a.VERSÃO	
		1984	CR\$	% <sup>2</sup> <sub>T</sub>	CR\$	% <sup>3</sup> <sub>T</sub>	CR\$	% <sup>4</sup> <sub>T</sub>
	<u>TOTAL GERAL</u>	<u>5.051.147.661</u>	<u>11.893.743.000</u>	<u>136</u>	<u>17.843.767.498</u>	<u>253</u>	<u>20.792.443.498</u>	<u>312</u>
2001	ADMINISTRAÇÃO	206.940.811	613.793.580	197	1.012.380.963	389	1.013.268.963	390
2024	SERVIÇOS PRÓPRIOS	961.790.615	2.753.172.311	186	4.691.885.264	388	4.740.997.264	393
2026	SERVIÇOS CONTRATADOS	2.944.677.196	5.423.974.670	84	7.698.080.320	161	8.995.660.320	205
2027	ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS	242.874.498	982.267.882	304	1.228.289.480	406	2.106.908.020	767
2028	HOSPITAIS UNIV.E DE ENSINO	138.095.438	325.196.016	135	716.313.820	419	716.313.820	419
2031	REDE DE MEDICAMENTOS	89.015.112	430.508.810	384	414.386.800	366	414.386.800	366
2032	FILANTRÓPICAS	106.132.399	255.028.435	140	369.194.640	248	700.672.100	560
2033	SINDICATOS	54.022.615	132.274.080	145	212.605.380	294	212.605.380	294
2034	EMPRESAS	48.933.664	112.677.600	130	164.123.600	235	164.123.600	235
2035	REOR.E RACION.DA ASSIST.MÉD.	71.443.644	303.223.707	324	451.613.600	532	842.613.600	1079
2036	DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA	2.866.835	7.200.000	151	7.810.000	172	7.810.000	172
2037	ENCARGOS FINANC.EXTERNO	2.014.009	5.587.740	177	6.717.740	234	6.717.740	234
2022	INATIVOS E PENSIONISTAS	163.892.950	504.438.169	208	808.182.891	393	808.182.891	393
2060	PASEP	18.447.875	44.400.000	141	62.183.000	237	62.183.000	237

LCC/ama

Em, 06.09.85

*[Assinatura]*  
Luiz Carlos Carvalho  
CHEFE DE EQUIPA

*[Assinatura]*  
Nilo Molinari  
DIRETOR DE ORÇAMENTO-PROGRAMA

MPAS/INAMPS

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

HOSPITAIS PRÓPRIOS DO INAMPS - Nº DE LEITOS POR CLÍNICA

SITUAÇÃO EM JANEIRO - 1985

HOSPITAIS	CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA PEDIÁTRICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA ONCOLOGIA	CLÍNICA FISILOGIA	URGENCIA EMERGÊNCIA	UTI	TOTAL
<u>RIO DE JANEIRO</u>	626	340	478	1815	37	-	106	112	3514
Andaraí	61	39	14	254	-	-	9	16	393
Bonsucesso	128	63	90	332	-	-	23	11	647
Jacarepaguã	74	53	-	114	-	-	-	8	249
Orencio de Freitas	6	-	-	55	-	-	12	4	77
Mat. Nova Friburgo	-	5	39	-	-	-	-	-	44
Servidores	139	69	20	390	-	-	23	18	659
Laçoá	67	26	-	216	-	-	18	15	342
Ipanema	14	-	-	190	-	-	9	10	223
Laranjeiras	43	14	-	-	-	-	-	16	73
Traumo-Ortopedia	-	36	-	115	-	-	-	-	151
Oncologia	-	-	-	72	37	-	-	4	113
Mat. Praça XV	-	-	101	-	-	-	-	-	101
Mat. Carmela Dutra	-	-	118	-	-	-	-	-	118
Alcides Carneiro	59	-	-	9	-	-	-	-	68
Mat. Alexandre Fleming	-	-	66	-	-	-	-	-	66
Nova Iguaçu	35	35	30	68	-	-	12	10	190
<u>PERNAMBUCO</u>	119	62	114	377	73	-	112	15	872
Getulio Vargas	40	27	34	78	73	-	-	4	256
Agamenon Magalhães	24	15	65	114	-	-	17	4	239
Barão de Lucena	55	20	15	185	-	-	95	7	377
<u>PARAIBA</u>	53	68	100	69	-	-	-	-	290
Alcides Carneiro	53	40	-	59	-	-	-	-	152
Infantil	-	28	-	-	-	-	-	-	28

HOSPITAIS	CLINICA MÉDICA	CLINICA PEDIÁTRICA	CLINICA OBSTÉTRICA	CLINICA CIRURGICA	CLINICA ONCOLOGIA	CLINICA FISIOLÓGICA	URGÊNCIA EMERGÊNCIA	UTI	TOTAL
Mat. João Pessoa	-	-	100	10	-	-	-	-	110
<u>SÃO PAULO</u>	462	106	209	413	5	-	50	30	1275
Brigadeiro	88	42	-	109	-	-	5	-	244
Heliópolis	216	-	-	200	5	-	22	14	457
Darcy Vargas	-	64	-	38	-	-	-	10	112
Ipiranga	158	-	34	30	-	-	20	6	248
Mat. Leonor M. Barros	-	-	175	36	-	-	3	-	214
<u>MINAS GERAIS</u>	211	128	114	57	13	62	-	-	585
Alberto Cavalcante	77	-	-	27	7	-	-	-	111
Júlia Kubitschek	134	-	-	18	-	62	-	-	214
Odete Valadares	-	128	114	12	6	-	-	-	260
<u>CEARÁ</u>	130	25	30	169	-	-	24	12	390
Geral Fortaleza	24	25	30	113	-	-	14	5	211
Messejana	106	-	-	56	-	-	10	7	179
<u>GOIAS</u>	41	39	45	99	-	-	56	8	288
Geral de Goiania	41	39	45	99	-	-	56	8	288
<u>MARANHÃO</u>	88	25	-	85	-	-	20	7	225
Presidente Dutra	88	25	-	85	-	-	20	7	225
Materno Infantil	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>SANTA CATARINA</u>	51	22	-	47	-	-	5	5	130
Florianópolis	51	22	-	47	-	-	5	5	130
<u>RIO GRANDE DO SUL</u>	-	92	40	24	-	-	-	8	164
Presidente Vargas	-	92	40	24	-	-	-	8	164
<u>BAHIA</u>	34	55	69	136	-	-	4	8	306
Ana Nery	17	10	36	78	-	-	-	8	149
Manuel Vitorino	17	-	33	58	-	-	-	-	108
Centro de I. E Recup.	-	45	-	-	-	-	4	-	49
<u>DISTRITO FEDERAL</u>	98	38	44	65	10	-	14	7	276
Presidente Medici	98	38	44	65	10	-	14	7	276
<u>BRASIL</u>	1913	1000	1243	3356	138	62	391	212	8315