

Assistência Médico-Sanitária: Notas para uma Avaliação

* Depto. de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar, Manguinhos, 21041 - Rio de Janeiro - RJ

*Eliane dos Santos de Oliveira**

O artigo apresenta a pesquisa Assistência Médico-Sanitária, AMS, desenvolvida pelo IBGE, com objetivo de discutir o papel desta pesquisa no Processo da Reforma Sanitária. Ressalta a importância de uma maior interação entre o IBGE e usuário, para que haja uma explicitação mais clara das reais necessidades do usuário e, com isso, um melhor aproveitamento das informações disponíveis.

E, por fim, sugere um aperfeiçoamento na divulgação das pesquisas e ao acesso do banco de dados do IBGE, tendo em vista que estes constituem um dos grandes bloqueios no processo de planejamento no setor saúde.



INTRODUÇÃO

O propósito desse trabalho é o de fazer uma avaliação global da AMS, como instrumento de dados. Essa avaliação se situa no contexto de uma preocupação mais ampla com as necessidades de informações para a área da saúde. Trata-se de uma primeira aproximação parcial, cuja finalidade principal se realizaria no despertar de um debate mais abrangente e contínuo sobre o sistema de informações existentes no Brasil.

A premissa central norteando essas reflexões é de que, na atual conjuntura, o próprio sistema de informações merecia ser pensado no seu conjunto.

O instrumento de coleta já tem uns quatro anos e precisaria ser reavaliado à luz da evolução do sistema e das prioridades de distintos tipos de informação, para a nova estrutura do sistema de saúde que vem sendo implantado no Brasil (SUDS).

A ORIGEM E A EVOLUÇÃO DA AMS

Para situar o lugar da AMS no sistema brasileiro de informações de saúde, é preciso recordar que ela foi ini-

cialmente gestada e desenvolvida dentro do Ministério da Saúde, quando este foi criado, em 1953. Na pesquisa, eram utilizados dois formulários distintos, um para a parte "Assistencial Hospitalar e Para-Hospitalar" * e outro para "Serviços Oficiais de Saúde Pública" **. Com a crescente demanda de informações estatísticas na área de saúde, o Ministério da Saúde e a Fundação IBGE firmaram um convênio estabelecendo que, a partir de 1975, o IBGE assumiria os encargos da coleta, apuração, sistematização e divulgação dos dados da pesquisa de saúde.

Já em 1976, o título da pesquisa passou a ser "Assistência Médico-Sanitária" (AMS), sendo utilizado somente um questionário que, no IBGE, sofreu várias alterações nos anos seguintes.

Em 1985, com o intuito de se avaliarem as estatísticas de saúde que vinham sendo apuradas e de se certificarem se realmente elas estavam atendendo às demandas específicas do setor saúde, a pesquisa foi totalmente reformulada, com o propósito de fornecer elementos para a construção de indicadores de saúde que subsidiariam as novas políticas de saúde: neste processo de renovação da pesquisa, os principais usuários foram consultados, dentre eles a Fiocruz, Inamps, ENSP, Secretarias Estaduais de Saúde, Opas e Unicef, o que de alguma forma fortaleceu a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, com a assinatura de convênio com o Inamps, que repassou verba específica para a pesquisa, e com a Fiocruz, para intercâmbio de informações.

Ressaltamos que, atualmente, o IBGE é o principal órgão em informações na área da oferta de serviços de saúde, já que a pesquisa cadastrou 32.450 estabelecimentos, no ano base de 1987.

De 1985 a 1987, a pesquisa AMS manteve-se inalterada. Somente no ano base de 1988, foram substituídos os dois instrumentos de coleta (questionário geral - QG - e a FAC-formulário de atualização cadastral), por um único formulário - FAB (formulário de atualização básica), que contemplava somente os dados elementares, que frequentemente sofrem alterações de ano para ano.

Fez-se necessária esta mudança devido a graves problemas de distribuição de recursos dentro do IBGE e à reflexão pelo uso dos mesmos instrumentos durante o triênio. Outro fato importante que contribui para contextualizar o momento foi a nova estrutura do setor saúde, que viabilizou uma dinâmica no arcabouço jurídico-institucional, que cer-

*Estabelecimentos Hospitalares - com a finalidade primordial de prestar assistência médica em regime de internação, exigindo a assistência médica permanente; Estabelecimentos Para-Hospitalares - com a finalidade principal de prestar assistência médica em regime de não-internação.

**Serviços Oficiais de Saúde Pública - estabelecimentos que promovem a prevenção das doenças (postos de saúde, centro de saúde, preventório contra a lepra e tuberculose).

tamente afetar as estatísticas de saúde até hoje produzidas no Brasil.

Em resumo, sugerimos que o atual sistema de informação para a área de saúde mereça ser repensado à luz das mudanças no contexto histórico do país frente ao SUDS. E, para se tentar dimensionar e qualificar o uso de informações, especificamente em relação às questões da AMS, sugerimos que sejam feitas as seguintes reflexões:

- A - Quem faz uso das informações das AMS? Em que sentido e até que ponto as informações produzidas pela AMS sobre Estabelecimentos e Pessoal de Saúde, motivo central da realização da AMS anualmente, são imprescindíveis, face ao seu uso real e as suas limitações?
- B - Qual é a relação custo/benefício da geração, processamento e utilização dos dados da AMS? Quanto custa a realização de uma AMS? Quantas pessoas, grupos ou instituições utilizam, efetivamente, os dados da AMS e para que finalidades? O grau de utilização das informações da AMS é, em termos globais, mensurável com o gasto efetuado na pesquisa?
- C - Quais são as principais deficiências e necessidades de informação contínuas não preenchidas pela AMS? Ou seja, que tipo de dados os pesquisadores, planejadores necessitariam com maior urgência?

Infelizmente a concepção de um constante intercâmbio entre produtor e usuários de dados ainda é pouco desenvolvida no Brasil.

O IBGE é, sem dúvida alguma, o principal produtor de informações e é, em determinados casos, o seu maior usuário; talvez essa relação "incestuosa" tenha prejudicado o estreitamento da relação entre produtos e usuários externos.

Seja como for, o fato é que não se tem no Brasil uma noção, por mais imprecisa que seja, de quem faz uso das informações produzidas em qualquer área.

OBJETIVO DA PESQUISA

O Objetivo é gerar dados que permitam construir níveis de complexidade dos estabelecimentos prestadores dos serviços de saúde e fornecer subsídios para:

- Orientar a política dos recursos humanos na área de saúde.

- O planejamento de saúde, o financiamento do setor e aplicação dos recursos da rede vinculada à Previdência Social.
- Construir indicadores de saúde, tais como: nascidos vivos, mortalidade geral e infantil.
- Estabelecer base para unificação das informações do setor saúde.

ÂMBITO DA PESQUISA

A pesquisa é de âmbito nacional e realizada anualmente, estando todos os estabelecimentos que prestam serviço de saúde, com ou sem fins lucrativos, privados ou públicos, obrigados ao preenchimento do questionário. Dentre eles destacamos:

- a) Posto de Saúde.
- b) Centro de Saúde.
- c) Clínica ou Posto de Assistência Médica - PAM.
- d) Pronto Socorro.
- e) Unidade Mista.
- f) Hospital.

Não são incluídos no levantamento:

- a) Consultórios médicos e/ou dentários particulares.
- b) Ambulatórios médicos e/ou gabinetes dentários da rede escolar, de instituições de amparo aos menores e à velhice e de empresas particulares e/ou de entidades públicas que se destinem exclusivamente ao atendimento de seus empregados e dependentes.
- c) Laboratórios de análises clínicas.
- d) Clínicas radiológicas.
- e) Bancos de sangue.
- f) Estabelecimentos que se dediquem exclusivamente à pesquisa e/ou ao ensino.
- g) Posto de notificação da Sucam que não faça vacinação e/ou controle da malária.
- h) Estabelecimentos criados em caráter de campanha e locais provisórios instalados em época de eleição.

CONCEITUAÇÃO

O IBGE atém-se aos "Conceitos e Definições" aplicados em saúde, oficializados pela Portaria MS nº 30, de 05 de abril de 1977, que orienta o uso das nomenclaturas usadas em toda a área de saúde.

Posto de Saúde - é o estabelecimento destinado a prestar assistência sanitária a uma determinada população, de forma programada, utilizando técnicas simplificadas, pessoal de nível médio ou elementar. As atividades típicas de um posto de saúde são a aplicação rotineira de vacinas, atendimento a gestantes, visita domiciliar etc.

Os Postos de Saúde recebem, também, as seguintes denominações: unidade elementar de saúde, posto municipal de saúde, posto de puericultura ou de assistência à gestante (sem assistência de médicos), postos ou unidades da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, minipostos e subpostos, subunidades sanitárias e posto sanitário.

Centro de Saúde - é o estabelecimento destinado a prestar assistência médico-sanitária, sem internação, a uma população determinada, contando com ambulatórios para assistência médica permanente, sempre que possível com médico. Como assistência médica generalista permanente entende-se o atendimento efetuado em estabelecimento, onde o médico comparece uma ou mais vezes por semana. Enquadram-se como centro de saúde os seguintes tipos de estabelecimentos: centro de saúde pública, centro sanitário, centro ou posto de assistência materno-infantil (com assistência de um médico), centro de medicina comunidade.

Clínicas ou Postos de Assistências Médicas (PAM) - é o estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial, em regime sem internação. São assim classificados os ambulatórios ou postos de assistência médica do Inamps, ambulatórios ou postos médicos de centros sociais de sindicatos, do Sesi, do Senai, do SESC, do Senac, da LBA, do Funrural, do prelazias, de centros beneficentes ou de caixas assistenciais, clínica ou serviço ou centro ou unidade de qualquer especialidade médica ou odontológica, policlínica (sem internação).

Pronto Socorro - é o estabelecimento que funciona 24h por dia, destinado a prestar assistência a pacientes com ou sem risco iminente de vida, cujo agravo à saúde necessita de atendimento imediato.

São classificados como Pronto Socorro:

- Pronto socorro (hospitais, clínicas, serviços, unidades ou centros).
- Pronto atendimento e/ou urgências médicas (hospitais, clínicas, serviços, unidades ou centros).
- Pronto atendimento e/ou urgências odontológicas (hospitais, clínicas, serviços, unidades ou centros).

- Pronto clínica e/ou urgências médico-odontológicas.

Unidade Mista - é o estabelecimento de saúde com características de unidade sanitária, acrescido de leitos para internação de pacientes, basicamente em clínicas pediátricas, médico-cirúrgicas e de emergência. A distinção entre uma unidade mista e um hospital são as atividades médico-sanitárias, obrigatoriamente desenvolvidas nas unidades mistas.

Hospital - é o estabelecimento que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, por um período mínimo de 24 h, possuindo leitos e instalações apropriadas. São classificados como hospital: casa de saúde, Santa Casa de Misericórdia, maternidade, casa de parto, manicômio, hospício.

INSTRUMENTO DE COLETA

A obtenção das informações em 1980, se fez em um instrumento de coleta.

Já em 1987, foram utilizados dois instrumentos distintos; o 1º composto de variáveis mais determinantes e pouco mutáveis, ano a ano, na constituição do estabelecimento, e que formam a base do cadastro (FAC - Formulário de Atualização Cadastral) e o 2º se estrutura de forma a atender à demanda dos tipos de serviço, separadamente para atendimento ambulatorial, de urgência e internação, acrescido ainda de indagações generalizadas sobre o equipamento e empregos em saúde. As informações coletadas junto a estes estabelecimentos abrangem uma variedade importante de aspectos que, de um modo geral, permitem caracterizar desde a natureza jurídica das entidades mantenedora, até o quadro de empregos lotado nos estabelecimentos; e as alterações observáveis periodicamente. Ou seja, permite classificar e categorizar setor institucionalizado de saúde do país sob uma gama variada de aspectos, constituindo-se, portanto, em uma das mais importantes fontes de dados para a pesquisa em saúde coletiva. Além desses instrumentos de coleta citados acima, existe o manual de instrução destinado ao informante, com conceitos e definições que possibilitem o preenchimento correto do questionário.

SISTEMA DE COLETA DE DADOS

O órgão central do IBGE envia os instrumentos de trabalho da pesquisa para as suas Delegacias (DEGE's) nas

diversas Unidades da Federação. Por sua vez, cada DEGE, através das suas Agências de Coleta, os distribui para os estabelecimentos de saúde localizados na sua área de atuação.

O período de coleta é entre agosto e setembro, sendo que a remessa do material para o órgão central deve ser efetuada até o final de outubro.

CRÍTICA, CODIFICAÇÃO E ENTRADA DE DADOS

No órgão central, especificamente no Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais (DEISO), os questionários são criticados, codificados, revisados e encaminhados para digitação no órgão competente da Diretoria de Informática do IBGE. A seguir, são feitas as críticas de quantidade e de qualidade dos dados já então digitados em fita magnética.

APURAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

Para efetuar a apuração dos resultados, são elaborados os gabaritos de espaçamento e a seleção de variáveis necessárias à apuração de cada tabela constante do plano tabular. Depois de feita a sistematização dos dados apurados, é efetuada a crítica de consistência e de compatibilização de todo o conjunto.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As tabelas aprovadas são encaminhadas, juntamente com o prefácio e formulário do respectivo ano, ao serviço responsável pela montagem da publicação e posteriormente enviadas ao Serviço Gráfico do IBGE, para impressão. Após o preparo dos volumes para divulgação pelo setor competente, os mesmos são oferecidos para o público em geral, através das próprias lojas de vendas de publicações do IBGE.

Até o presente momento foram divulgados, através da publicação anual Estatística da Saúde, os dados referentes aos anos de 1976 a 1987. Em relação a 1988, os dados encontram-se em fase de processamento.

Além da publicação específica para a divulgação dos dados coletados, alguns resultados são encaminhados ao Centro Editorial do IBGE-GEDIT, para que sejam inseridos no Anuário Estatístico do Brasil.

Cabe informar que as tabelas selecionadas para a divulgação não esgotam a possibilidade de tabulação dos resultados da pesquisa.

PRINCIPAIS VARIÁVEIS PESQUISADAS

As variáveis consideradas relevantes ao escopo do estudo

a) Relativas à capacidade Física Instalada

- *Estabelecimento:*

Corresponde à unidade de prestação, englobando desde um centro de saúde a um complexo hospitalar.

- *Leitos:*

Corresponde a uma unidade física destinada à internação de um paciente.

b) Relativas a Emprego

- *Emprego de Saúde:*

Corresponde ao total de empregos das categorias típicas do setor e são divididas por turnos (integral e parcial).

As dezoito categorias típicas estão classificadas, segundo o grau de escolaridade em:

- *Nível superior:*

Assistente social, bioquímico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, sanitarista, terapeuta ocupacional.

- *Nível Médio/Técnico:*

Técnico ou auxiliar de enfermagem

Técnico auxiliar de Fisioterapia

Técnico auxiliar de Laboratório

Técnico auxiliar de Nutrição

Técnico auxiliar de Radiologia

Técnico Auxiliar de Saneamento

Auxiliar de Farmácia

Auxiliar de Odontologia

Protético

Inspetor Sanitário

Visitador Sanitário

- *Nível Elementar:*

Atendente ou auxiliar de serviços diversos

Agente de Saneamento

Agente de Saúde Pública

Parteira

PESQUISA

Para cada uma destas variáveis, correspondem como variáveis dependentes:

A natureza da entidade mantenedora do estabelecimento:

Público - Federal
- Estadual
- Municipal

Privado - Lucrativo
- Não-lucrativo

Existência de Convênio - Inamps
- Inamps/Empresa

Regime de Atendimento - Com internação
- Sem internação

Observação: A distinção da natureza lucrativa ou não-lucrativa dos estabelecimentos privados e de corte jurídico-formal não corresponde, necessariamente, à realidade da dinâmica econômica dos mesmos.

Modificação na Pesquisa AMS, de 1980/1987, na Capacidade Instalada:

- *Estabelecimentos*:

Não houve alteração nos conceitos, mas sim na forma de captar informação.

- Tipo de Estabelecimento: (Posto de Saúde, Centro de Saúde etc).

1980 - Inexistia esse quesito, era o IBGE que classificava os estabelecimentos.

1987 - No formulário FAC, passou a existir.

- *Categoria: (Geral/Especializado)*

1980 - Somente as citadas acima.

1987 - Incluía, além das especificadas acima, o quesito "NÃO ESPECIALIZADO"

Convênios e Contratos:

1980 - Era respondido através de apenas seis quesitos.

1987 - Em relação aos estabelecimentos em convênio com o Inamps, ficou mais especificado, totalizando treze quesitos. Quanto aos outros estabelecimentos, contavam com cinco quesitos.

- *Empregos de Saúde*

A principal modificação introduzida nas questões relacionadas a empregos, entre a AMS-80 e o questionário AMS-87, dizem respeito a:

- a) Foi introduzido um bloco sobre disponibilidade de pessoal no estabelecimento por dias da semana, o que permitiria agregar informações sobre jornada de trabalho efetiva, que são de extrema importância no mapeamento da capacidade produtiva real do estabelecimento.
- b) Foram agregadas novas categorias profissionais no elenco já existente, destacando-se as seguintes: bioquímico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnico ou auxiliar de fisioterapia, técnico ou auxiliar de nutrição, auxiliar de farmácia, auxiliar de odontologia e protético.

Todas essas novas informações, com os cruzamentos permitidos pelo questionário, vão agregar inúmeras possibilidades adicionais de análise no campo do emprego em saúde no Brasil. Convém ressaltar que, na AMS-85, houve introdução de um terceiro questionário, correspondente aos dados financeiros do estabelecimento, onde se destacavam as despesas e as receitas.

ALGUNS INDICADORES DA PESQUISA AMS

É inquestionável a importância das informações da pesquisa AMS para subsidiar os órgãos públicos na área de saúde.

Nesse sentido, a título de ilustração, destacamos alguns indicadores sobre capacidade instalada no Brasil em 1980 e 1987.

Para avaliarmos o desempenho do setor de prestação de serviços de saúde no período recente, no tocante ao crescimento da capacidade instalada e do emprego, faz-se necessário remeter a pelo menos duas questões que contribuem para explicar uma série de tendências observadas e características do setor.

A primeira delas diz respeito às políticas de saúde implementadas pelo Estado Brasileiro no Pós-1970, que favoreceram, por um lado, a consolidação de um vasto complexo hospitalar de natureza empresarial-lucrativa no país e, por outro, relegaram o conjunto das práticas institucionais organizadas para enfrentar as demandas sanitárias de expressão mais coletivas, a saúde pública.

A segunda delas, de ordem mais conjuntural, diz respeito à crise econômica dos anos 80, que teve repercussões sobre os padrões de distribuição setorial da capacidade instalada e do emprego, explicando uma série de tendências manifestas no período.

Diante destas questões, observamos, nas tabelas em anexo, o predomínio de segmento hospitalar dos serviços de saúde, no que diz respeito à disponibilidade de recursos e à absorção de postos de trabalho, fenômeno que vem prevalecendo até os dias de hoje.

A pesquisa da AMS mostra que, em 1987, os 5.359 estabelecimentos com regime de internação existente no país, no setor privado, demandaram nada menos que 36,8% do total de empregos existente nos 32.450 estabelecimentos. Este fato se observa, também, em 1980, quando o crescimento desses estabelecimentos foi de 9,5%, havendo um decréscimo (-0,1) nos empregos deste setor. Mesmo assim, o setor privado mantém a hegemonia neste segmento de prestação de serviço.

Na última década, a capacidade instalada em leitos hospitalares evoluiu 4,9%, notabilizando-se, sob este aspecto, o crescimento na rede privada que, no período, chega a aumentar 30.000 leitos, em detrimento do setor público, que apresentou um decréscimo de -3,7%. De qualquer forma, a pesquisa revela uma das faces do formato da intervenção estatal em saúde no período, vale dizer, sua natureza privatizante.

Sabe-se que uma parte não-desprezível destes leitos encontra-se em estabelecimentos de grande porte, mantidos por fundações particulares, instituições filantrópicas e beneficentes, estabelecimentos que detêm em realidade uma dinâmica econômica de corte empresarial.

TENDÊNCIAS DA INFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, 1980/1987

Estabelecimentos

Observamos na tabela I que, no período, o setor público detinha maior parcela de estabelecimentos, e que esses se concentravam no regime sem internação. De forma inversa, o setor privado detinha a maioria absoluta na área hospitalar (com internação).

Entre 1980 e 1987, conforme se pode ver na tabela I, o segmento ambulatorial apresentou um dinamismo mais

acentuado que o hospitalar, apresentando elevadas taxas de crescimento. Neste segmento de prestação de serviço de saúde, conforme se sabe amplamente, há hegemonia do setor público, e isto já constitui uma tradição.

TABELA I
Evolução da Capacidade Instalada
nos Serviços de Saúde. Brasil - 1980/87

Discriminação	Total	Públicos		Privados	
		Com Internação	Sem Internação	Com Internação	Sem Internação
Estabelecimentos					
1980	18.489	1.217	8.828	4.893	3.551
1987	32.450	1.703	18.471	5.359	6.917
Incremento bruto (%)	75,5	39,9	109,2	9,5	94,8
Leitos					
1980	495.633	120.275	-	375.358	-
1987	519.698	115.842	-	403.856	-
Incremento bruto (%)	4,9	-3,7	-	7,6	-
Empregos					
1980	573.629	144.014	121.942	271.911	35.762
1987	742.559	216.536	194.783	271.537	59.703
Incremento bruto (%)	29,4	50,4	59,7	-0,1	66,9

Fonte: IBGE, AMS-80 a AMS-87.

Em relação aos setores público e privado, os estabelecimentos se apresentam da seguinte maneira:

- No setor público, há predominância nas esferas do estado e municípios; observa-se este fenômeno nas cinco regiões.

- No setor privado, em 1980, os estabelecimentos com fins lucrativos apresentam os maiores percentuais, exceto na região Nordeste.

Já no ano de 1987, nas regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, permanece a situação e, nos demais setores, há predominância de estabelecimentos sem fins lucrativos; e, se compararmos com o ano de 1980, observaremos que houve um decréscimo em sua participação.

TABELA II
 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde,
 por Classificação da Entidade Mantenedora,
 segundo as Grandes Regiões — 1980 — 1987

Grandes Regiões	Estabelecimentos de Saúde							
	Relativos	Números Relativos					Privado	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Com Fins Lucrativos	Sem Fins Lucrativos	
Brasil								
1980	18.489	8,5	31,2	14,6	23,7	22,0		
1987	32.540	6,3	32,0	23,9	18,3	19,5		
Norte								
1980	784	23,7	33,6	12,6	20,9	9,2		
1987	2.081	17,3	37,1	24,6	16,2	4,8		
Nordeste								
1980	5.425	11,9	33,0	22,8	14,6	17,7		
1987	9.977	7,9	42,3	22,2	11,6	16,0		
Sudeste								
1980	7.532	6,0	31,5	13,4	24,3	24,8		
1987	11.866	3,9	26,0	25,5	23,1	22,5		
SUL								
1980	3.563	5,9	27,9	6,5	30,5	29,2		
1987	6.394	4,0	25,7	27,2	16,0	27,1		
Centro-Oeste								
1980	1.185	6,4	29,8	10,6	42,0	11,2		
1987	2.132	8,3	31,0	17,9	32,7	10,1		

Fonte — IBGE, AMS-80 e AMS-87

Conforme já demonstramos, a AMS informava, para 1987, a existência de 32.450 estabelecimentos no setor formal da prestação de serviços de saúde no Brasil. Destes, 25.388 eram caracterizados como estabelecimentos sem regime de internação, ou seja, Postos e Centro de Saúde, Policlínicas e Postos de Assistência Médica.

Somente a região Nordeste possui 16,6% dos postos de saúde, 68% das unidades mistas e 45,5% dos hospitais exis-

tentes no Brasil, isto é 39,0% da capacidade instalada no setor público no segmento de atendimento (Quadro I).

QUADRO I

Estabelecimentos Públicos por Espécie,
segundo as Grandes Regiões

Grandes Regiões	Estabelecimentos Públicos					
	Postos de Saúde	Centro Saúde	Clínica ou PAM	Pronto Socorro	Unidade Mista	Hospital
Brasil Abs.	4,950	11.553	1,817	151	554	1,149
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	1.126	290	24	2	132	69
	22,7	2,5	1,3	1,3	23,8	6,0
Nordeste	2,803	3,121	383	11	377	526
	56,6	27,0	21,0	7,3	68,0	45,8
Sudeste	619	4,452	913	128	26	318
	12,5	38,5	50,2	84,7	4,6	27,7
Sul	198	2,845	455	6	1	131
	0,5	24,6	25,0	3,9	0,1	11,4
C. Oeste	204	845	42	4	19	105
	7,7	7,4	2,5	2,8	3,5	9,1

Fonte: IBGE, AMS - 87.

Já a região Sudeste detém a segunda colocação, com 50% das clínicas e postos de assistência médica e 84% dos pronto-socorros do país.

Por outro lado, não podemos esquecer que, desses estabelecimentos ambulatoriais, grande parte é de pequeno porte, destinada à prestação de cuidados básicos simplificados.

Leitos

A rede hospitalar brasileira era constituída, na década de 80, em sua expressiva maioria, pelo setor privado.

Observamos na tabela III que, enquanto a rede privada, em quase uma década, aumentava sua capacidade instalada em leitos, os hospitais da rede pública tiveram esta capacidade estagnada na casa de 120 mil leitos, em média, 25,0% do total. Em quase todas as unidades da federação houve

decréscimo de leitos, exceto nas regiões Norte e Nordeste, acentuando o maior decréscimo na região Sudeste. Curioso é que observamos esta tendência, também, no setor privado.

Um indicador da importância assumida pela iniciativa privada empresarial na área da assistência médica ambulatorial é o aumento dos contratos de prestação de serviços celebrados com as empresas de medicina de grupo e com cooperativas médicas, na década de 1980. A bem da verdade, estas condições de atuação dos subsetores públicos e privados na área de assistência à saúde já se encontravam definidas desde a reforma administrativa de 1967 (Possas, 1981).

Estabelecia-se, desde então, no mesmo texto da lei, que o setor público só deveria intervir diretamente naqueles casos que não interessam ao setor privado, seja pelo alto custo operacional envolvido, sejam pelas dificuldades técnico-operativas encontradas ou ainda pela pequena rentabilidade do investimento.

Empregos

A expansão dos empregos no setor saúde está vinculada ao crescimento das atividades terciárias, verificado no Brasil mais intensamente nos anos 70. Nem mesmo com o alívio da crise nos anos 80, observou-se uma redução acentuada no crescimento da oferta de empregos no setor saúde. Ao contrário, enquanto a População Economicamente Ativa (PEA) passou a crescer, na primeira metade da década, 3,8% ao ano, o setor saúde manteve um crescimento anual de 6,41%.

Segundo os censos de 70/80, cerca de 50% do total de pessoas ocupadas no país inseriam-se em atividades terciárias, e o setor saúde detinha mais de um milhão de postos de trabalho, o que representava praticamente 1/4 do contingente de ocupados nas atividades sociais, significando 5,0% dos empregos no país.

A maioria absoluta dos empregados de saúde é remunerada direta ou indiretamente pelos cofres públicos, independente de estarem localizados em instituições públicas ou privadas, o que fez com que a dinâmica do emprego setorial fosse determinada, em última análise, pelas decisões governamentais.

Em 1987, 55,4% dos empregados de saúde eram mantidos diretamente pelo setor público, totalizando 411.319 empregos de profissionais de saúde. Fora o financiamento

das despesas de custeio da iniciativa privada, que é feito através de inserções fiscais.

TABELA III

Leitos para Internação em 31 de Dezembro, Existentes nos Estabelecimentos de Saúde e Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual, por Tipo de Atendimento, Segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 1980 - 87

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Estabelecimentos					
	Público			Privado		
	1980	1987	Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual	1980	1987	Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual
BRASIL	122.722	115.842	-0,8	386,382	403,856	0,6
Região Norte	6.135	7.828	3,5	8,653	9,674	1,6
Rondônia	670	1.437	11,9	798	1.485	9,2
Acre	636	838	4,0	393	510	3,8
Amazonas	1.840	2.129	2,1	1.470	1.010	-5,2
Roraima	245	409	7,6	114	61	-8,5
Pará	2.462	2.640	1,0	5,673	6,392	1,7
Amapá	282	375	4,2	205	216	-0,7
Região Nordeste	29,550	33,832	2,0	58,285	72,685	3,2
Maranhão	1,671	3,059	9,0	4,177	7,911	9,6
Piauí	2,483	2,657	1,0	1,742	2,369	4,5
Ceará	3,882	4,277	1,4	12,986	14,502	1,6
Rio Grande do Norte	2,123	2,663	3,3	3,397	3,807	1,6
Paraíba	3,237	3,24	0,0	6,137	7,879	3,6
Pernambuco	8,223	8,286	0,1	11,067	14,112	3,5
Alagoas	1,890	2,290	2,8	4,168	5,008	2,7
Sergipe	735	1,012	4,7	2,409	2,686	1,6
Bahia	5,306	6,344	2,6	12,202	14,411	2,4
Região Sudeste	63,408	50,608	-3,2	214,390	212,482	-0,1
Minas Gerais	11,645	7,988	-5,2	46,992	49,452	0,7
Espírito Santo	2,439	1,639	-5,5	4,904	5,915	2,7
Rio de Janeiro	24,875	19,771	-3,2	51,107	48,522	-0,7
São Paulo	24,449	21,210	-2,0	111,387	108,593	-0,4
Região Sul	16,598	15,010	-1,4	79,941	78,795	-0,2
Paraná	4,707	4,137	-1,8	34,008	35,051	-0,4
Santa Catarina	4,356	4,179	-0,6	12,649	13,151	-0,6
Rio Grande do Sul	7,535	6,694	-1,7	33,284	30,593	-1,2
Região Centro-Oeste	7031	8564	2,8	25,113	30,220	2,7
Mato Grosso do Sul	528	611	2,1	4,995	6,022	2,7
Mato Grosso	690	533	-3,6	4,002	5,304	4,1
Goiás	3,026	3,739	3,1	14,959	17,796	2,5
Distrito Federal	2,787	3,681	4,1	1,157	1,108	-0,6

Fonte: IBGE, AMS-80 e AMS-87.

QUADRO II

Situação do FTS no Brasil (1970 - 1980)

Especificação	1970	1980
Total	622.004	1.233.008
Com capacitação na área de saúde		
Profissionais de Saúde	306.730	614.686
Sem capacitação		
Não-profissionais de Saúde	315.274	618.322
Profissionais no setor de saúde	560.272	1.170.785
Formados na área, mas atuando em outra		
Profissionais em outro setor	61.732	62.223
Profissionais de saúde em relação com PEA	1,94%	2,67%

OBS: Pessoas ocupadas sem remuneração e profissionais de saúde à procura de emprego estão incluídas no total.

Em suma, comportamento do emprego em saúde vem obedecendo, em linhas gerais, as mesmas leis que regulam o crescimento das atividades e dos empregos governamentais, particularmente na área social.

ALGUMAS TENDÊNCIAS - PERÍODO DE 1980/1987

Setor Público x Privado

Durante o período 80-87, como já vimos, empregos em saúde cresceram de forma mais acelerada no setor público.

Dessa forma assistimos, na década de 1980, por conta da expansão do público, a uma inversão do perfil da distribuição institucional dos empregos de saúde. O setor privado, que detinha a grande parte dos empregos em 1980, perde esta posição. Em 1987, o setor público passava a deter a maioria dos postos de trabalho.

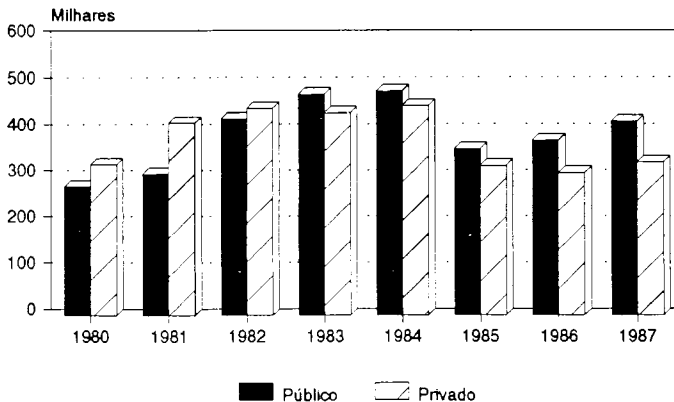
Divisão Setorial do Trabalho

As recentes mudanças sócio-político-econômicas ocorridas nestas últimas décadas têm alterado de forma decisiva

o comportamento do mercado de trabalho, das diversas categorias profissionais, e o conjunto de trabalhadores de saúde no Brasil.

GRÁFICO I

Empregos de Saúde Entidade Mantenedora 1980 - 1987



Fonte - IBGE - AMS/80 a AMS/87

Contudo, a prestação de serviços de saúde ainda guarda características do passado, onde havia as presenças centrais do médico (mão-de-obra qualificada) e do atendente (mão-de-obra de baixa qualificação).

Em 1987, através da tabela IV, podemos demonstrar que, dos 742.559 empregos de saúde existentes, 206.372 eram de médicos e 209.087 de atendentes, o que representava mais de 55,9% da Força de Trabalho em Saúde, e é o setor privado o que mais caracteriza esta situação.

Ressalte-se que estamos falando em postos de trabalho e, neste caso, a vocação do mercado de trabalho em saúde é a absorção (para um médico) de dois a três postos de trabalho; diferentemente do comportamento dos atendentes quando, via de regra, a cada posto de trabalho corresponde um profissional; neste sentido, o hiato entre a mão-de-obra mais qualificada e a menos qualificada é ainda mais profunda.

TABELA IV
Empregos de Saúde, segundo o Nível de Escolaridade e Categoria

Empregos por Categorias	1980		1987		Taxa de Cresc. Bruto
	N.ABS	%	N.ABS	%	
Total	482.105	100,00	742.559	100,00	47,05
Empregos de Nível Superior	190.950	39,61	290.720	41,01	52,25
Médicos	146.091	30,30	206.372	29,11	1,27
Odontólogos	16.696	3,46	28.769	4,06	72,31
Enfermeiros	15.158	3,14	29.081	4,10	91,85
Farmacêuticos	4.630	0,96	6.093	0,86	31,60
Nutricionistas	1.930	0,40	3.412	0,48	76,79
Assistentes Sociais	4.385	0,91	7.708	1,09	75,78
Psicólogos	1.554	0,32	3.836	0,54	146,85
Sanitaristas	506	0,10	898	0,13	77,47
Empregos de Nível Médio	94.538	19,61	183.647	25,90	94,26
Téc. ou Aux. de Análises Clínicas	9.458	1,96	17.983	2,54	90,14
Técnicos ou Auxiliares de Raio X	8.266	1,71	12.707	1,79	53,73
Técnicos de Enfermagem	7.203	1,49	129.263	18,23	1.694,57
Auxiliares de Enfermagem	64.227	13,32	0	0,00	-100,00
Téc. Saneamento ou Insp. Sanitário	599	0,12	1.590	0,22	165,44
Auxiliares de Saneamento	1.811	0,38	0	0,00	-100,00
Visitadora Sanitária	2.974	0,62	4.644	0,66	56,15
Empregos de Nível Elementar	196.617	40,78	234.577	33,09	19,31
Atend. ou Aux. de Serv. Operacionais	176.891	36,69	209.087	29,49	18,20
Parteiras Práticas	5.074	1,05	4.970	0,70	-2,05
Visitadores Sanitários	1.178	0,24	1.518	0,21	28,86
Agente de Saúde Pública	13.474	2,79	19.002	2,68	41,03

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 1980 e 1987.

Escolaridade

Uma das tendências mais marcantes do mercado de trabalho em saúde é o aumento expressivo de profissionais de nível superior na composição de FTS, alcançado nos anos de 85/87.

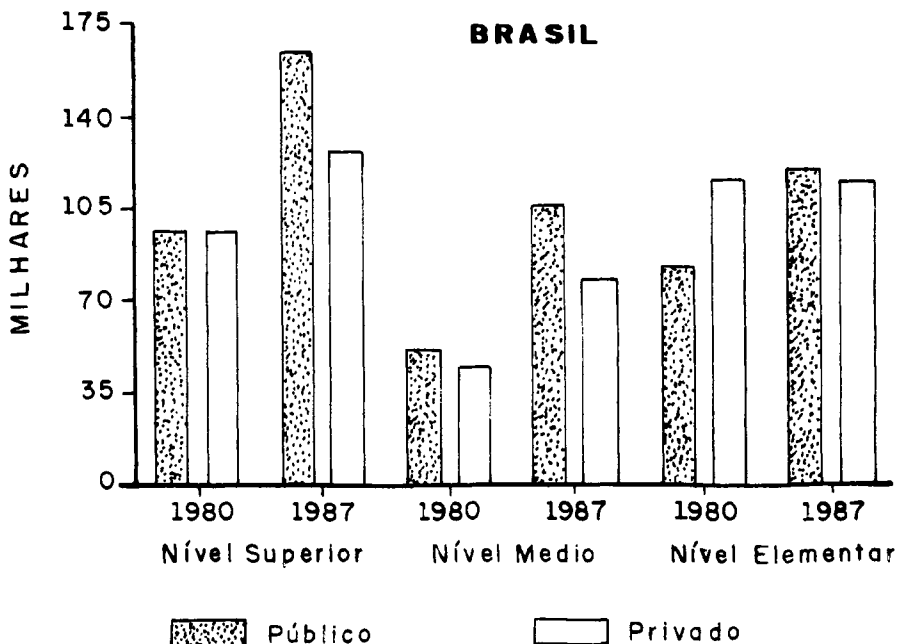
Uma das possíveis explicações para esta inversão da composição foi o processo eleitoral ocorrido em 1986, pois observamos que o aumento maior ocorreu no setor público.

Paralelo a isto, ocorreu em todo o país o processo de ambulatorização, com as ações integradas de saúde (AIS), expandindo os empregos públicos nos estabelecimentos sem internação.

Ao particularizarmos a análise por setor (público e privado), certificamos que o setor público tende a absorver maior parcela do mercado de trabalho em saúde. Mais, curiosamente, é o setor privado que notamos a maior racionalização na absorção de profissionais mais qualificados, seja de nível médio ou superior, como fica evidenciado nas tabelas em anexo.

GRÁFICO II

Empregos de Saúde, por Classificação da Entidade Mantenedora,
Segundo o Nível de Escolaridade



Distribuição Espacial dos Empregos

As desigualdades espaciais dos empregos em saúde podem, também, ser constatadas através dos percentuais da capital e o resto dos municípios que retratam a situação da região Sudeste; a rede pública concentrou grande parte dos profissionais de saúde da capital nos anos de 80 e 87.

Notamos na tabela V que, nos anos 80, a capital dos estados concentrava maior número de empregos, em quase todas as categorias.

O Estado do Espírito Santo foi o que apresentou um acréscimo mais acentuado de captação de médicos, no setor privado.

DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA CAPACIDADE INSTALADA

Embora seja um reflexo da concentração das políticas sociais do governo, as regiões Sudeste e Nordeste seguem sendo as que possuem mais elevadas taxas de capacidade instalada.

A tabela VI evidencia que a região Sudeste concentrava 36,6% dos estabelecimentos de Saúde, 50% dos leitos e 53,7% dos empregados, em 1987. Esta concentração excessiva de profissionais para uma relativamente menor de estabelecimentos deveu-se às distinções regionais quanto à natureza dos estabelecimentos.

O Sudeste é caracterizado pela presença de grandes hospitais, muitos dos quais são centros de referência nacional e boa parte deles, detendo alto nível de complexidade, incorporando grande contingente de profissionais de saúde. Além disso, é agora a região de maior renda nacional, o que traz maior oferta de serviços médicos e exames complementares privados.

O ideal seria que, guardados os parâmetros técnicos relacionados a cada tipo de padrão sócio-epidemiológico, houvesse uma homogeneidade entre a distribuição da população e a distribuição da capacidade instalada a nível nacional, em moldes mais equitativos. A distribuição espacial da capacidade instalada fornece um quadro que mostra como ainda é precária a estrutura de atendimento aos problemas de saúde de regiões como o norte e nordeste. A esta concentração geográfica soma-se outra, ainda mais nefasta aos princípios de universalização e equipe, que é a concentração nas grandes áreas metropolitanas, nos municípios das capitais.

TABELA V
 Proporção da Capital na Unidade da Federação
 de Algumas Categorias Profissionais de Saúde
 na Região Sudeste — 1980 — 1987

Unidade da Federação e Capitais	Médico		Odontólogo		Enfermeiro		Auxiliar Enfermeiro		Atendente		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
Região Sudeste											
1980	58,5	38,4	42,3	18,8	81,2	55,3	74,2	49,6	53,1	37,6	
1987	58,4	38,9	40,9	40,8	67,8	54,0	68,1	49,1	44,2	30,6	
São Paulo											
1980	48,6	33,5	32,8	38,6	66,7	57,9	56,1	54,1	46,0	36,6	
1987	58,6	36,5	31,2	36,2	57,6	57,0	29,8	49,3	44,2	31,9	
Rio de Janeiro											
1980	72,0	51,7	57,3	65,4	91,2	60,8	86,2	55,6	71,7	47,8	
1987	70,1	49,2	53,2	53,1	84,9	64,8	81,1	56,7	64,2	37,4	
Minas Gerais											
1980	43,0	37,1	22,9	19,9	67,5	40,4	64,6	29,0	35,1	31,3	
1987	33,5	30,3	17,6	18,6	48,5	34,0	47,3	30,8	17,8	23,0	
Espírito Santo											
1980	43,5	37,1	48,6	50,5	69,2	65,4	63,7	38,6	37,9	36,7	
1987	35,1	49,7	53,2	53,1	43,2	34,1	50,8	46,1	28,8	30,6	

Fonte: IBGE, AMS-80 e AMS-87.
 Nota — Proporção em Números Percentuais.

TABELA VI

Distribuição da População e da Capacidade Instalada

Brasil e Regiões	População		Capacidade Instalada					
	Residente	Estimada	Estabelecimentos		Leitos		Empregos	
	1980	1987	1980	1987	1980	1987	1980	1987
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Região Norte	4,9	5,8	4,2	6,4	2,9	3,4	3,4	3,8
Região Nordeste	29,3	28,6	29,4	30,7	17,2	20,5	19,9	22,0
Região Sudeste	43,4	43,6	44,6	36,6	54,5	50,6	54,8	53,7
Região Sul	16,0	15,2	17,4	19,7	18,9	18,0	16,4	13,9
Região Centro-Oeste	6,4	6,8	6,0	6,6	6,5	7,5	5,5	6,6

Fonte: CD - 80 - AMS-87, IBGE

CONCLUSÃO

Na medida em que buscamos particularizar alguns aspectos do crescimento do setor saúde no período, levando em conta o comportamento de cada uma das modalidades institucionais que o constituem, revelam-se importantes peculiaridades.

Podemos constatar que, em linhas gerais, as modalidades de prestadores mantidas pelo setor público apresentaram, via de regra, maiores taxas de crescimento de seus efeitos de capacidade instalada (estabelecimentos, leitos e empregos) que as mantidas pelo setor privado.

Observamos que os estabelecimentos privados de regime ambulatorial apresentaram, no período, um comportamento bastante semelhante ao observado para o setor público.

Em relação à dinâmica da rede de estabelecimentos com internação, notamos que o ritmo de geração de empregos de saúde neste segmento, no setor público, situou-se, no período, em níveis mais altos que o setor privado, no que se refere a taxas de incorporação de novos leitos para internação. Enquanto o setor público teve seus níveis estagnados, a rede de estabelecimentos hospitalares lucrativos teve um acréscimo razoável.

As tabelas referentes a capacidade instalada, em sua análise, confirma aquelas tendências que vínhamos comentando e permite aproximação de certa forma mais imediata em relação aos impactos de conjunturas reais mais específicas sobre o comportamento das diversas formas de organização da prestação de serviços. Assim, as três principais tendências, no período 1980/1987, são:

- A) A tendência ao maior crescimento do segmento "sem internação".
- B) Tendência de maior crescimento da capacidade instalada nos estabelecimentos públicos.
- C) Tendências ao acentuado dinamismo na incorporação de empregos, bem como na instalação de novos estabelecimentos na rede ambulatorial, mantidos pela iniciativa privada.

COMENTÁRIO FINAL

Embora a pesquisa AMS seja a fonte de dados mais completa sobre a capacidade instalada, a avaliação de seu uso precisa ser enquadrada no contexto do sistema nacional de informações para saúde.

Faz-se necessária esta discussão devido às variações de diferentes momentos históricos vivenciados no país. Nesse particular, não há dúvida de que o panorama mudou muito desde o tempo em que foi idealizada a AMS-1985 e os dias de hoje.

É preciso rever cuidadosamente o sistema de informação como um todo, no IBGE. E, nessa revisão geral, torna-se imprescindível avaliar a relação produtor-usuário, para que o usuário aprenda a fazer uma explicitação das suas reais necessidades e uma utilização mais adequada das informações geradas.

Nessa reavaliação, deveriam ser discutidos não somente o conteúdo, mas também a agilização do acesso às informações. Um dos grandes bloqueios, que persiste e que estorva o desenvolvimento científico e a utilização de dados no processo de planejamento, é a morosidade da divulgação e a dificuldade no acesso às informações.

Esse bloqueio precisa ser analisado e sanado, inclusive à luz dos desenvolvimentos na área de informática.

This paper presents and discusses the role of the research "Medical and Sanitary Care" (Assistência médico-sanitária-AMS) developed by the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) in the context of the Brazilian Health System Reform process. It points out the importance of establishing a greater interaction between the IBGE and the user of this institution's information system in such a way that users' needs can be more clearly expressed in order to achieve a more productive use of the available information. Finally, the Author suggests that there should be some improvements in the diffusion of these researches and in the access to IBGE's data bases, for these issues constitute two major barriers for the health planning process.

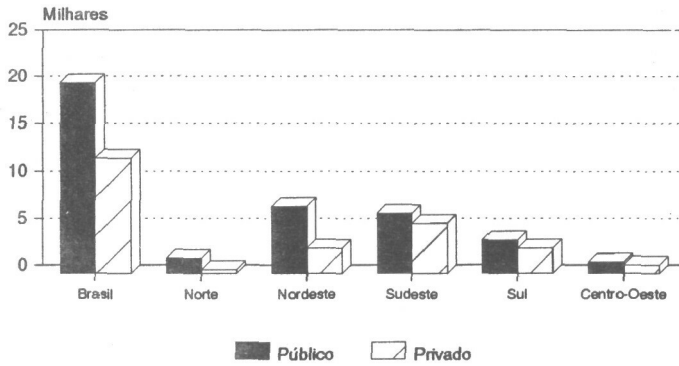
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Estatísticas de Saúde*, Assistência Médico-Sanitária - IBGE, Rio de Janeiro, 1987.
- MÉDICI, A.C., AGUIAR, M.A. - *Para Entender o Mercado de Trabalho* - Universidade Santa Úrsula. IBASE, Rio de Janeiro, 1986.
- OLIVEIRA, E.S. *A História das Estatísticas de Saúde*, IBGE (documento mimeografado), 1986.
- POSSAS, C.A. - *Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social*, RJ, Editora Graal, 1981.

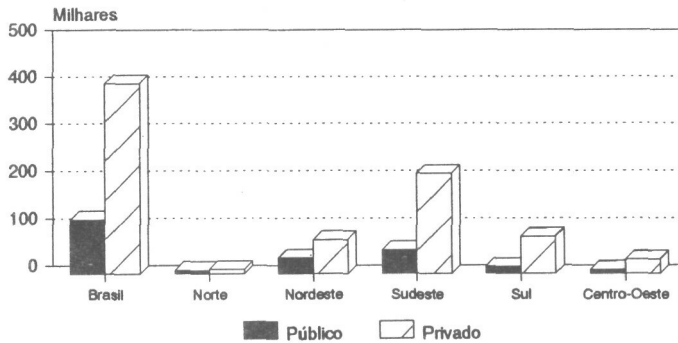
Anexo

Classificação da Entidade Mantenedora

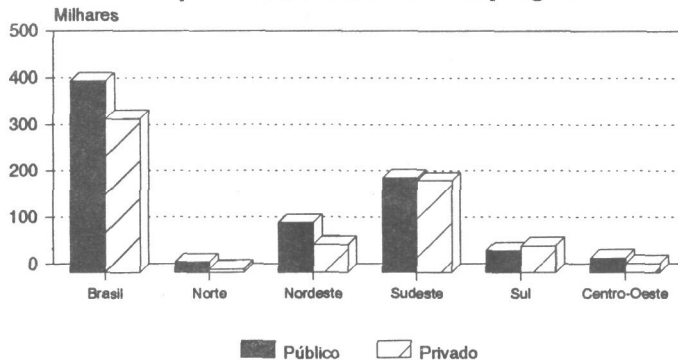
Capacidade Instalada - Estabelecimentos



Capacidade Instalada - Leitos



Capacidade Instalada - Empregos



Fonte - IBGE - AMS/67