Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos?*

João Henrique Curtler Scatena**
Oswaldo Yoshimi Tanaka***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Distribuição dos equipamentos públicos de saúde no tempo e no espaço; 3. Análise da tendência da distribuição dos equipamentos de saúde no contexto político; 4. Perspectivas futuras.

PALAVRAS-CHAVE: constituições brasileiras; legislação de saúde; equipamentos de saúde; municipalização; Sistema Único de Saúde.

Os municípios brasileiros vêm-se constituindo em instâncias fundamentais para a viabilização do Sistema Único de Saúde. Este artigo aponta aspectos relevantes da construção histórico-constitucional do papel dos municípios na saúde e como parte do Estado, com maior detalhamento do período 1984-92, através da análise da tendência da distribuição dos equipamentos de saúde no Brasil. No período 1984-92, os maiores investimentos em equipamentos de saúde foram feitos pelos municípios, que, em 1992, eram responsáveis por 61,6% dos postos de saúde e 74,8% dos centros de saúde do país. A União e os estados vão gradualmente reduzindo sua participação em estabelecimentos de saúde, enquanto o setor privado mantém sob seu controle a grande maioria dos ambulatórios e hospitais, embora venha redimensionando sua participação nos hospitais. A dinâmica dessa distribuição tem, ao longo do tempo, múltiplos e distintos determinantes conjunturais, cujo conhecimento é imprescindível para a definição de mecanismos e estratégias de implantação efetiva do SUS.

---

* Artigo recebido em nov. 1997 e aceito em jun. 1998.

** Professor assistente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e doutorando do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP

*** Professor livre docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP

Distribution of health facilities in Brazil: what model are we seeking?
Brazilian municipalities have been fundamental for the feasibility of the National Health System (SUS). This paper raises, in the last 170 years, the most important constitutional aspects of the municipalities' roles in relation to health and as part of the State. The 1984-92 period is detailed through the analysis of the distribution trend of Brazilian health facilities. In this period, the municipal districts have invested massively in all kind of health facilities, being responsible, in 1992, for 61,6% of the health stations and for 74,8% of the health centers. The federal and state governments gradually decrease their participation on health facilities, while the private sector maintains the majority of the outpatient clinics and hospitals, reordering its participation in the hospital sector. The distribution dynamics of the health facilities has, over the time, several and distinct political and conjuncture determinants, the knowledge of which is indispensable for choosing better strategies and mechanisms to make the SUS more effective.

1. Introdução

Ao se analisar o papel que os municípios têm hoje no Sistema Único de Saúde, é importante levantar — ainda que de forma pontual e esquemática — a construção histórica desse papel. Tendo as constituições brasileiras como base referencial, é possível definir — desde a independência do país — quatro períodos que, para os municípios e do ponto de vista da saúde, têm características particulares.

No primeiro período — Brasil imperial — a Constituição de 1824 (Brasil, 1824) já definia, ao regulamentar as câmaras municipais (arts. 167, 168 e 169), a estrutura básica dos municípios. Quanto à saúde, "a Constituição também garante os socorros públicos" (art. 179, 31), mas é somente a lei de 1º de outubro de 1828 que, ao detalhar a regulamentação das câmaras municipais, explicita, em dois momentos, o papel do município na saúde: as câmaras municipais "cuidarão no estabelecimento e conservação das casas de caridade, para que se criem expostos, se curem os doentes necessitados e se vacinem todos os meninos do distrito, e adultos que o não tiverem sido, tendo médico ou cirurgião de partido" (art. 69); e também "as câmaras deliberarão em geral sobre os meios de promover e manter a tranqüilidade, segurança e saúde, e comodidade dos habitantes" (art. 71). Assim, pode-se dizer que a responsabilidade legal do município para com a saúde nasce com a Constituição de 1824.

No segundo período — da Proclamação da República até a Revolução de 30 —, o país viveu sob a égide da Constituição de 1891 (Brasil, 1891), na qual os municípios são contemplados em um título específico — "Dos municípios" —, que lhes garante a autonomia, conforme explicitado em seu art. 68: "Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos

municípios em tudo quanto respeite seu peculiar interesse". No que tange à saúde, a Constituição de 1891 nada menciona em seu texto, a não ser o que pode estar implícito em seu art. 78, da seção de declaração de direitos: "A especificação das garantias e direitos expressos na Constituição não exclui outras garantias e direitos não enumerados".

São características desses dois períodos a centralização administrativa e de poder, a "marginalidade" dos municípios e a não-valorização da saúde nas cartas magnas. Neste contexto, a saúde, ainda que não garantida explicitamente, era provida basicamente pelas santas casas de misericórdia, entendendo-a o Estado numa concepção defensiva, na qual o objetivo era a manutenção da ordem pública sanitária, através do saneamento do meio, do isolamento de doentes, do controle das águas e dos alimentos e da regulação das profissões (Fortes, 1989).

O terceiro período inicia-se com a Revolução de 30 e perdura até a abertura política dos anos 80. Esse período foi regulado por quatro constituições — 1934, 1937, 1946 e 1967/69 (Brasil, 1934, 1937, 1946 e 1969) —, que alternadamente refletiram períodos de grandes avanços com períodos de cerceamento democráticos, mas que mantiveram algumas características: consolidação da autonomia dos municípios (embora "regulada" em 1937 e 1967/69); normalização da decretação, arrecadação e aplicação de impostos e taxas municipais; definição dos repasses para os municípios dos recursos arrecadados pela União e estados.

No processo de construção dos direitos sociais é importante salientar que já em 1934 se reconhecia a educação — em um capítulo específico "Da educação e cultura" — como "direito de todos", a qual devia "ser ministrada pela família e pelos poderes públicos" (art. 149), sendo gratuito o ensino primário integral (art. 150, parágrafo único, alínea *a*). Para a provisão de educação previa-se o comprometimento de parcelas das rendas de impostos (art. 156): pelo menos 10% para União e municípios e 20% para estados (Brasil, 1934).

Quanto à saúde, a característica desse período é a concepção de direito à saúde (mais especificamente à assistência médica), ainda que limitado a uma parcela da população: a dos trabalhadores. Embora o sistema de previdência social já se fizesse presente no século XIX no Brasil, e as caixas de aposentadoria e pensões fossem regulamentadas em 1923, pela Lei Eloy Chaves (Teixeira & Oliveira, 1989), é a Constituição de 1934 que vai incorporar pela primeira vez tais garantias.

Assim expressa o art. 121 da Constituição de 1934, inserido no título que trata "Da ordem econômica e social": "A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do país". Isto incorpora alguns ganhos para os trabalhadores: a proibição de desigualdade salarial para o mesmo trabalho, salário mínimo, carga horária má-

xima de oito horas diárias, repouso semanal, férias anuais remuneradas, proibição do trabalho para menores de 14 anos, indenização para o dispensado sem justa causa, regulamentação do exercício profissional, reconhecimento das convenções coletivas de trabalho e "assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a estas descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregado e do empregador, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade, e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte" (art. 121, §1º).

Enquanto a assistência médica ao trabalhador era garantida, a saúde ao restante da população aparece ao longo do texto constitucional como "competência", mas não como direito ou garantia, conforme exemplificado pelo art. 10, inciso II — compete concorrentemente à União e aos estados "cuidar da saúde e assistência pública" — e pelo art. 138 — incumbe à União, aos estados e aos municípios "c) amparar a maternidade e a infância, (...) f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis, g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os vícios sociais".

Com algumas limitações ou avanços, as Constituições de 1937, 1946 e 1967/69 mantêm basicamente o mesmo teor da Constituição de 1934.

O quarto período se estende do início dos anos 80 até o momento atual, tendo como marco a abertura política do país, o movimento da reforma sanitária, a promulgação da Constituição de 1988 e a participação dos municípios na implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 incorporou modificações expressivas, muitas delas relativas aos municípios (Brasil, 1988). Ao definir seus princípios fundamentais, em seu art. 1º, diz: "A República Federativa do Brasil formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito". Assim, diferentemente das constituições anteriores, os municípios passam a ser considerados num patamar de igualdade com estados e Distrito Federal, o que se repete no art. 18 do título "Da organização do Estado": "A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição". Além de regulamentar em seus arts. 29, 30 e 31 o papel dos municípios, definindo os princípios básicos a serem contemplados pelas leis orgânicas municipais, a Constituição fortalece os municípios no campo da tributação e orçamento (arts. 156 a 162).

A Constituição de 1988 é também a que mais avança no campo da saúde, primeiramente por situá-la no título "Dos direitos e garantias fundamentais", no capítulo "Dos direitos sociais": "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à ma-

ternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (art. 6º). O reconhecimento da saúde (e não somente da assistência médica) como direito reflete a luta de movimentos sociais e também constitui marco deflagrador de novas conquistas (Costa, 1989; Rodrigues Neto, 1991). Além disso, a saúde não mais é incluída na esfera da competência privativa da União (ou concorrente a esta e aos estados) e passa a ser "competência comum da União, dos estados do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II — cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência" (art. 23). Aos municípios compete também "prestar, com cooperação técnica da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população" (art. 30, VII). Finalmente, a Constituição de 1988 inclui em seu texto uma seção específica dedicada à saúde (arts. 196 a 200), na qual se conceitua saúde, definem-se as bases e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, listam-se suas competências e colocam-se as condições para a participação da iniciativa privada no sistema.

2. Distribuição dos equipamentos públicos de saúde no tempo e no espaço

O que foi mencionado acerca do quarto período — início dos anos 80 até a atualidade — pode ser parcialmente analisado tendo como base a distribuição dos equipamentos de saúde no período de 1984 a 1992, dados estes disponíveis na pesquisa sobre assistência médico-sanitária, AMS (Fibge, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1990 e 1992), desenvolvida e publicada pela Fundação IBGE.

Foi possível observar como, nesse período, os municípios consolidam-se, dentro do SUS, como instâncias fundamentais para a viabilização desse sistema. A análise da distribuição dos equipamentos públicos de saúde (tabela 1) revela que o nível federal inicia um processo de "enxugamento" de sua rede já em 1985 — com as ações integradas de saúde (AIS) e a "transferência" dos postos de atendimento médico (PAM) do Inamps para estados e municípios —, enquanto na esfera estadual tal processo somente se configura a partir de 1990, quando já se tinham estabelecidas as bases legais do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, os municípios, que já vinham, desde 1985, incrementando razoavelmente sua rede de estabelecimentos de saúde, o fazem de maneira acelerada a partir de 1990, sendo o desempenho municipal o responsável pelo incremento de 47,5% observado para toda a rede pública. Isto significa não só a absorção dos equipamentos federais e estaduais pelos municípios, mas também um investimento dos próprios municípios em equipamentos de saúde.

Tabela 1

Número de equipamentos segundo o nível de responsabilidade e incremento (%) em relação ao período anterior

(Brasil, 1984-92)

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Público		Privado	
	Número	Incr.	Número	Incr.	Número	Incr.	Número	Incr.	Número	Incr.
1984	4.463	–	9.533	–	4.367	–	18.363	–	9.189	–
1985	1.970	-55,9	9.916	4,0	5.190	18,8	17.076	-7,0	11.896	29,5
1986	1.994	1,2	10.200	2,9	6.596	27,1	18.790	10,0	12.082	1,6
1987	2.035	2,1	10.384	1,8	7.755	17,6	20.174	7,4	12.276	1,6
1988	1.978	-2,1	10.643	2,5	8.851	14,1	21.472	6,1	12.160	-0,9
1990	1.905	-3,7	9.875	-7,2	12.078	36,5	23.858	11,1	11.842	-2,6
1992	1.387	-27,2	7.043	-28,7	18.662	62,8	27.092	13,6	14.279	20,6
Incremento 1984-92	-68,9		-26,1		327,3		47,5		62,2	

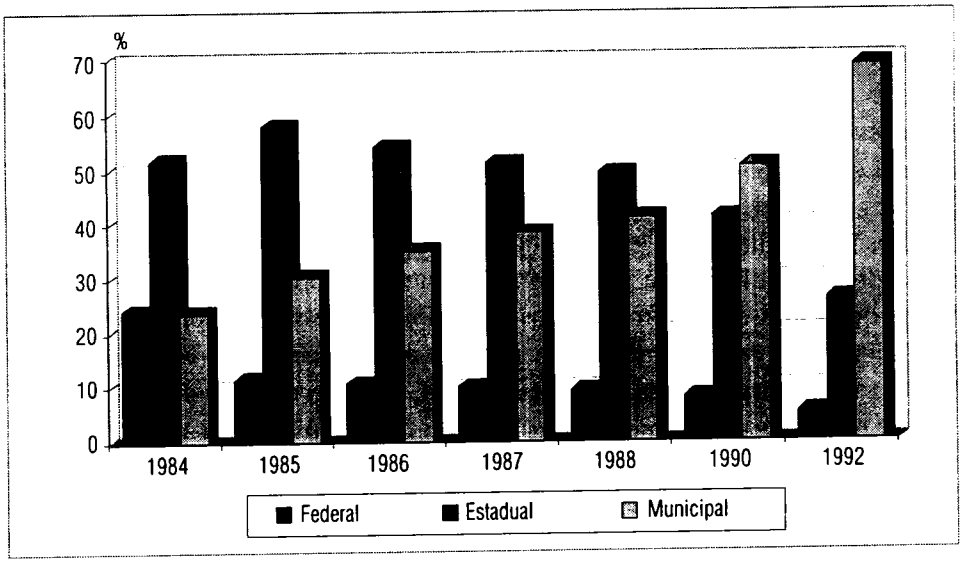
Fonte: Fibge (1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1990 e 1992).

Esse novo papel desempenhado pelos municípios torna-se explícito na distribuição proporcional dos equipamentos públicos de saúde (gráfico 1). A participação dos municípios, em número de equipamentos, é a única constantemente crescente, sendo majoritária a partir de 1990.

Gráfico 1

Distribuição proporcional dos equipamentos públicos de saúde

(Brasil, 1984-92)



A distribuição dos equipamentos públicos de saúde no Brasil, no período considerado, é dada pelo conjunto das várias situações regionais, que configuram três situações distintas (tabela 2). A primeira é representada pelas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, onde se observam os maiores incrementos no número de equipamentos municipais, acompanhados de importante redução no número de equipamentos federais e estaduais (estes em menor percentagem). Como resultado desse balanço, as três regiões juntas tiveram um aumento de 47,8% no número de estabelecimentos públicos de saúde.

Uma outra situação é dada pela região Norte, onde se observou um incremento nos três níveis de organização do Estado, o que redundou no maior incremento no número de estabelecimentos públicos observado entre todas as regiões brasileiras, embora o incremento municipal não tenha sido tão grande quanto os observados nas três regiões anteriores. Esta situação sugere o investimento tardio apresentado pelo poder público nessa região.

Tabela 2

Número de equipamentos públicos de saúde em 1984 e 1992 e incremento (%) no período, por regiões geográficas

(Brasil)

	Federal			Estadual			Municipal			Total (públicos)		
Regiões	1984	1992	Incr.	1984	1992	Incr.	1984	1992	Incr.	1984	1992	Incr.
Norte	300	323	7,7	580	997	71,9	395	1.488	289,5	1.265	2.808	122,0
Nordeste	1.357	654	-51,8	3.706	3.654	-1,4	1.571	4.509	157,0	6.634	8.817	32,9
Sudeste	1.612	219	-86,4	3.065	1.106	-61,0	1.740	7.396	352,1	6.417	8.721	35,9
Sul	966	115	-88,1	1.610	115	-88,1	482	4.283	788,6	3.058	5.181	69,4
Centro-Oeste	228	76	-66,7	572	503	-12,1	189	986	421,7	989	1.565	58,2
Brasil	4.463	1.387	-68,9	9.533	7.043	-26,1	4.367	18.662	327,3	18.363	27.092	47,5

Fonte: Fibge (1984 e 1992).

A terceira situação é expressa pela região Nordeste, onde se observou o menor incremento no número de equipamentos municipais e também no total de equipamentos públicos. Comparados a um incremento médio de 47,5% para o Brasil, chamam a atenção os 32,9% verificados nessa região,

o que pode estar significando um aumento da já constatada desigualdade do Nordeste.

3. Análise da tendência da distribuição dos equipamentos de saúde no contexto político

A análise do gráfico 1 (que mostra a distribuição proporcional dos equipamentos públicos de saúde) concomitante com os gráficos 2, 3, 4 e 5 (que mostram o número absoluto dos vários tipos de equipamentos) possibilita dividir o período 1984-92 em três interstícios: 1984/85, 1986-88 e 1989-92.

De 1984 a 1985 a participação percentual do nível federal reduz-se em quase 60%, enquanto eleva-se a participação dos níveis estadual e municipal (gráfico 1). Quando se detalha a distribuição dos distintos tipos de equipamentos nos três níveis, observa-se que o nível federal reduziu em 77% o número de seus ambulatórios e em 60% o número de seus postos de saúde (gráfico 2), provavelmente transformando algumas dessas unidades em centros de saúde, que aumentaram em 41%. Tanto no nível estadual quanto no municipal reduziu-se o número de postos de saúde e elevou-se o número de centros de saúde (gráficos 3 e 4), mostrando o aumento de complexidade desse tipo de equipamento.

Gráfico 2

Número de equipamentos de saúde

(Brasil, 1984-92)

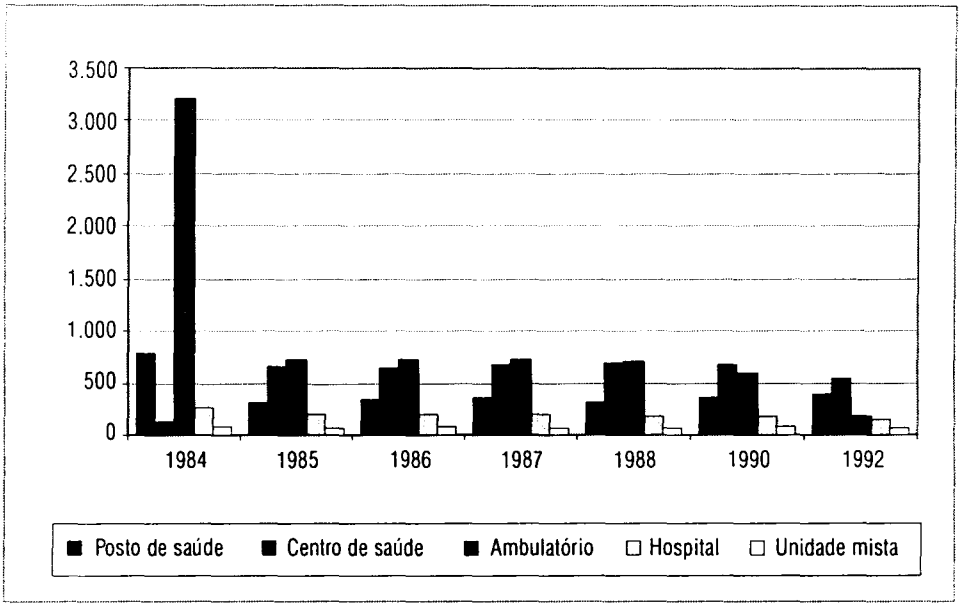


Gráfico 3

Número de equipamentos estaduais de saúde

(Brasil, 1984-92)

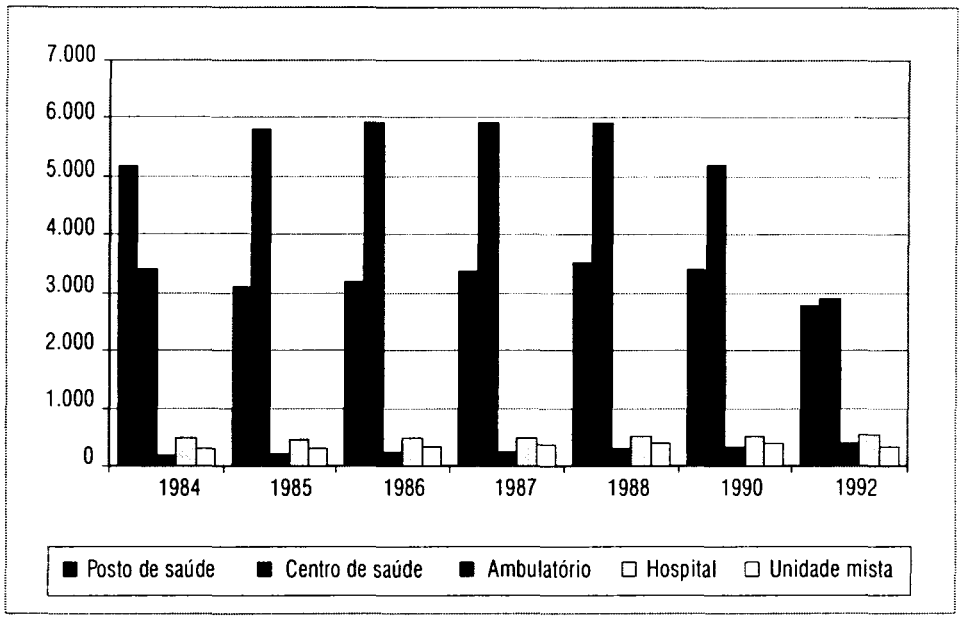


Gráfico 4

Número de equipamentos municipais de saúde

(Brasil, 1984-92)

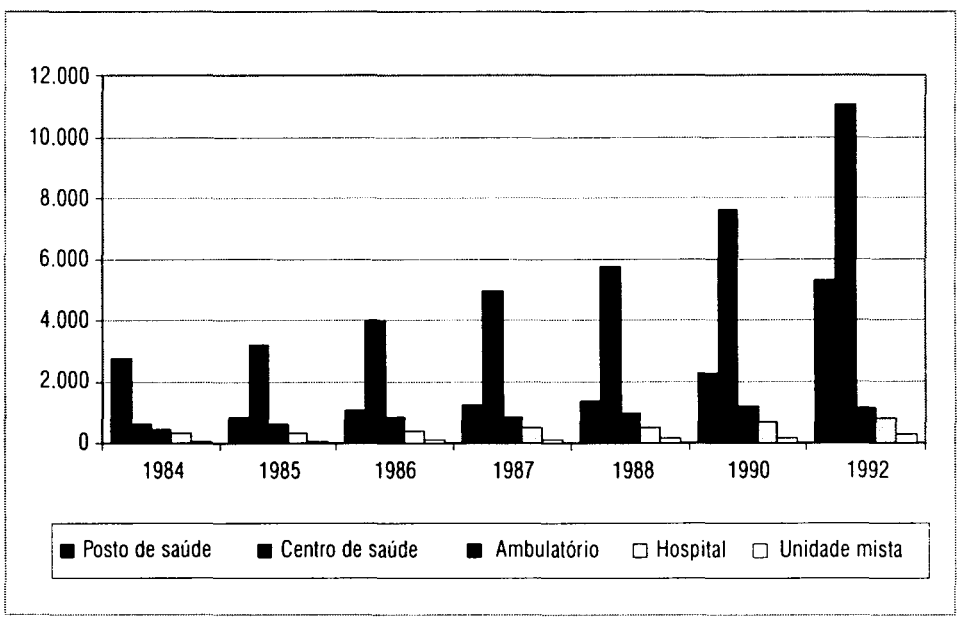
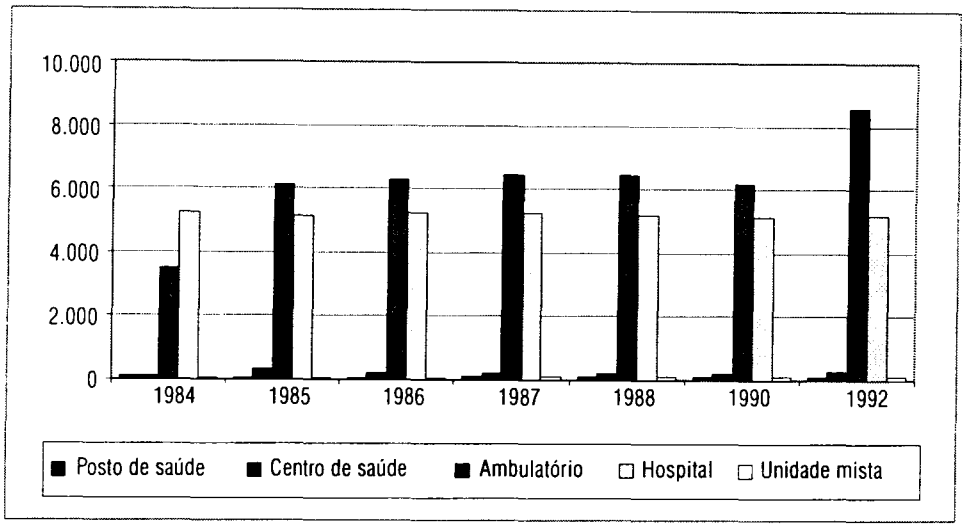


Gráfico 5

Número de equipamentos privados de saúde

(Brasil, 1984-92)



Há que se lembrar que em 1982 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) havia apresentado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência (aprovado pela Portaria MPAS nº 3.062), que apontava inúmeras distorções, entre as quais se salientava a subutilização dos serviços próprios do Inamps e públicos em geral, principalmente no nível ambulatorial (Almeida, 1995).

A integração do Inamps com o setor público de saúde passa a ser uma das medidas propostas no plano do Conasp, o que vai redundar nos convênios trilaterais envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de Saúde, na forma de Programas de Ações Integradas de Saúde (Pais), os quais foram implantados em alguns estados ao longo de 1983. Em 1984 as Resoluções nºs 6 e 7 da Ciplan dão corpo e forma às Ações Integradas de Saúde (Brasil, 1984a e 1984b).

As AIS, com o objetivo de integrar os ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação e governos estaduais e municipais, traziam como alguns dos seus princípios e diretrizes a responsabilidade do poder público em relação à saúde; a integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; a integralidade das ações de saúde; a valorização das atividades básicas de saúde e a utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública. Essas diretrizes resultaram numa maior racionalidade da rede de atenção primária à saúde (ambulatorial), implicando, inclusive, vultosos repasses financeiros a estados e municípios, o que explica, em parte, a grande redução dos PAMs do Inamps e o conseqüente aumento no número de centros de saúde, principalmente estaduais e municipais, de 1984 para 1985.

O que surpreendeu, e que provavelmente não era previsto pela maioria dos atores envolvidos nas AIS, foi o comportamento do setor privado nesse período. Foram extintos 2.489 PAMs do Inamps em todo o país e, por outro lado, houve um acréscimo de mais de 5 mil centros de saúde públicos, ou seja, houve um saldo positivo no número de unidades ambulatoriais. A lógica do atendimento ambulatorial em um centro de saúde, no entanto, é totalmente diversa daquela de um PAM, e a própria clientela dos PAMs se considerava "distinta" daquela dos centros de saúde (afinal, tratava-se de *previdenciários*!). Estavam, portanto, criadas as condições e eram oferecidas "motivações" suficientes para que o setor privado investisse na criação de 2.646 novas unidades ambulatoriais em apenas um ano (gráfico 5).

Mesmo o incremento observado nos setores públicos estadual e municipal não deve ter ocorrido somente em detrimento dos princípios de valorização da atenção primária, integração e racionalidade, constantes nas AIS, mas também em função do repasse financeiro aos centros de saúde, efetuado pelo Inamps, por potencial de produção dessas unidades.

Assim, o interstício 1984/85 reflete basicamente o impacto das AIS nos níveis federal, estadual e municipal, e também no setor privado, revelando que se esse setor tem existência (e expansão) dependente das políticas voltadas para o setor público, nada do que é proposto para o setor público deve deixar de considerar o setor privado.

No período de 1986 a 1988, embora se observe que proporcionalmente vai-se reduzindo a participação do nível estadual e federal e aumentando a participação do nível municipal (gráfico 1), quando se analisam os números absolutos desses três níveis o que se tem é uma certa estabilização no número de equipamentos federais (gráfico 2), um discreto aumento no número de equipamentos estaduais (gráfico 3) e um incremento considerável (em média, da ordem de 20%) em todos os tipos de equipamentos municipais (gráfico 4). No setor privado, à semelhança dos níveis federal e estadual, observou-se uma estabilização no número de seus equipamentos (gráfico 5).

Pode-se contextualizar o interstício 1986-88 como um "período de acomodação" do sistema. Viviam-se momentos de grande efervescência no campo das idéias, das proposições e da política. Era o apogeu da reforma sanitária, constatando-se a realização de conferências municipais e estaduais de saúde por todo o país. Realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde e criou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ocorreram eleições democráticas para governos de estados e municípios. Convocou-se a Assembléia Nacional Constituinte e promulgou-se a Constituição Cidadã. O impacto inicial das AIS foi seguido de uma desaceleração no processo de transferências, investimentos ou transformações dos estabelecimentos públicos (federais e estaduais) e privados. No entanto, embora de forma menos contundente que a do período anterior, os municípios continuaram a ampliar sua rede de serviços de saúde.

Há que se salientar que o processo democrático trouxe para o plano e agenda políticos dos prefeitos eleitos a questão da saúde, cujos aspectos de

maior relevância e interesse para os municípios acabam também fazendo parte da agenda temática dos encontros nacionais de secretários municipais de Saúde da época (Montes Claros, 1985; Londrina, 1986; Olinda, 1988): prioridade para a rede própria municipal; integralidade; integração, regionalização e hierarquização; unificação do sistema; aprofundamento das AIS; municipalização; descentralização; continuidade na implantação do Suds (Goulart, 1995). A citação desses pontos, entre os muitos temas de discussão e interesse dos secretários municipais de Saúde, somente reforça a tese de que, independentemente da posição que os níveis federal e estadual assumissem em relação aos seus equipamentos de saúde, o nível municipal continuaria a investir em sua rede de serviços de saúde.

O último período analisado — 1989 a 1992[1] — revela, em termos percentuais, a cristalização da tendência que vinha sendo observada (gráfico 1), ou seja, diminuição da participação dos níveis federal e estadual em detrimento da participação majoritária do nível municipal, no número de equipamentos públicos de saúde (em 1992 os municípios detêm 68,9% de toda a rede de estabelecimentos públicos de saúde).

O nível federal reduz, neste interstício, o número de praticamente todos os seus equipamentos (gráfico 2), com maior evidência para os ambulatórios (76,3%). A maioria dos centros e postos de saúde e unidades mistas federais se distribui entre as regiões Norte e Nordeste, enquanto a maioria dos hospitais que permanecem sob jurisdição federal é de hospitais universitários.

O nível estadual também reduz drasticamente o número de suas unidades, com exceção de hospitais e ambulatórios (gráfico 3), enquanto o nível municipal acentua o incremento de todas as suas unidades, com exceção dos ambulatórios (gráfico 4). Como resultado dessa dinâmica do *setor público*, em 1992 os municípios detêm 62,4% dos postos de saúde, 76,3% dos centros de saúde, 66,4% dos ambulatórios e 52,5% dos hospitais.

A participação majoritária dos municípios em estabelecimentos públicos de saúde, a partir de 1988, além de consolidar a tendência que vinha-se conformando desde 1985, tem agora uma explicação e justificativa de base legal. A Constituição de 1988 (Brasil, 1988) coloca "o cuidado da saúde e assistência pública" como competência comum da União, estados e municípios (art. 23, II), mas define a prestação "de serviços de atendimento à saúde da população" como competência apenas dos municípios. Também a Lei Orgânica da Saúde — Lei nº 8.080 (Brasil, 1990) —, que regulamentou o SUS, coloca a saúde como competência das três esferas de governo, mas define que os municípios deverão "planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde" (art. 18, I). Assim, ao cons-

[1] Os dados de 1989 da AMS não puderam ser utilizados por se revelarem incompatíveis com os demais dados da série histórica. Já em 1991, tal pesquisa não foi realizada.

tituírem a base do Sistema Único de Saúde, os municípios passam também a assumir a maioria dos equipamentos públicos de saúde, enquanto cabe aos níveis federal e estadual complementar ou suplementar tais serviços.

Embora os dados disponíveis não permitam avaliar a complexidade dos equipamentos de saúde, acredita-se que em 1992 estejam a cargo do nível federal e estadual os equipamentos de maior complexidade, na forma de estabelecimentos universitários, serviços de abrangência regional e de referência estadual ou nacional.

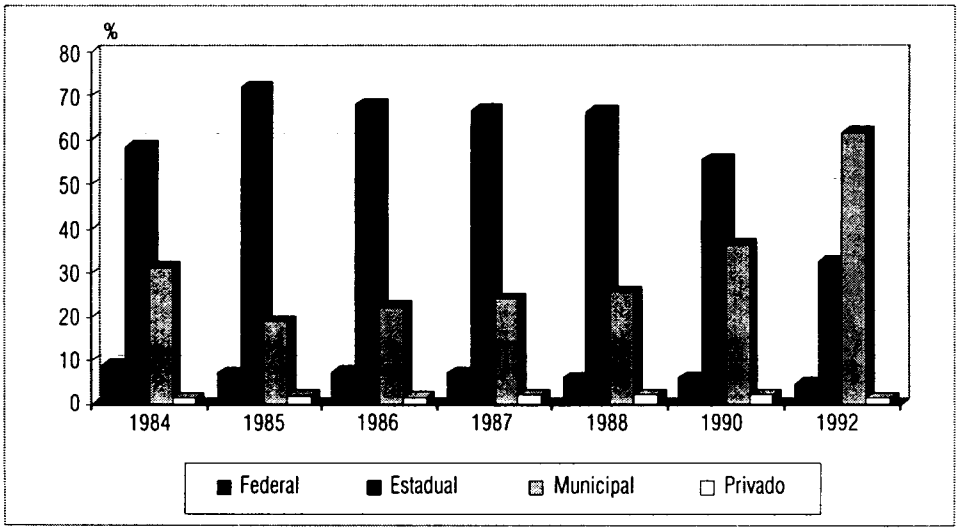
Com relação ao setor privado, o período de 1990 a 1992 revela acentuado incremento no número de ambulatórios, enquanto se mantém praticamente estabilizado o número dos outros equipamentos (gráfico 5). Acredita-se que, diferentemente do que ocorreu em 1985, o novo aumento do número de ambulatórios privados, associado a um também grande número de estabelecimentos de "complementação diagnóstica e terapêutica", é parte de uma estratégia do setor privado para ampliar sua área de atuação e principalmente reduzir os custos hospitalares. É importante ressaltar que o número de hospitais privados mantém-se praticamente inalterado há uma década.

Pode-se também analisar como se deu, ao longo dos oito anos considerados, a distribuição de cada tipo de equipamento, o que permite vislumbrar como tem-se consolidado a "vocação" de cada nível estudado. O nível estadual foi, até 1990, o responsável pela maioria dos postos de saúde, situação que somente se inverte em 1992, quando os municípios passam a ser responsáveis por 61,6% de todos os postos de saúde do país. O nível federal e, principalmente, o setor privado nunca investiram muito nesse tipo de unidade (gráfico 6).

Gráfico 6

Distribuição proporcional dos postos de saúde

(Brasil, 1984-92)



Como os postos de saúde são unidades de pequena complexidade, que não contam com atendimento médico rotineiro, a redução de mais de 50% deles observada entre 1984 e 1985 deveu-se provavelmente à extinção dessas unidades ou transformação das mesmas em centros de saúde, equipamentos estes que, ao contar com atendimento médico, podiam substituir os PAMs do Inamps e mesmo receber da Previdência.

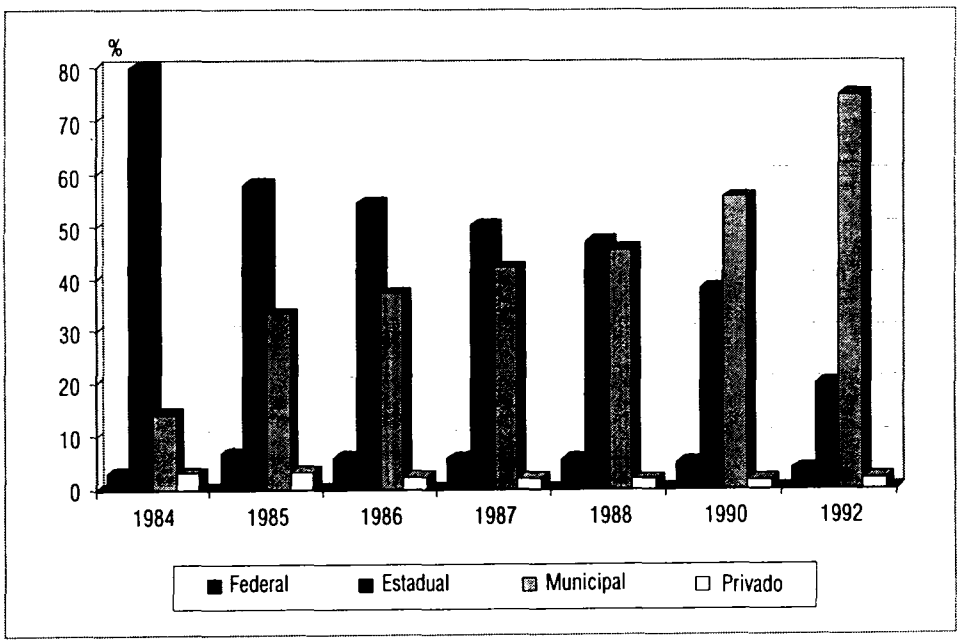
Após 1985, gradualmente vai crescendo o número de postos de saúde, principalmente nos municípios, e acredita-se que essas unidades pouco complexas surgem principalmente na periferia das cidades e zona rural, em função de reivindicações populares.

A análise da distribuição dos centros de saúde reforça o que se referiu para os postos de saúde. Em contraposição ao observado com os postos de saúde, há um grande incremento no número de centros de saúde no interstício 1984/85, que se reduz ou se estabiliza nos anos seguintes, para todos os segmentos, com exceção do nível municipal. O investimento dos municípios é progressivamente crescente, e em 1992 encontram-se sob jurisdição municipal 74,8% de todos os centros de saúde brasileiros (gráfico 7). O nível federal e o setor privado têm participação proporcional muito pequena e as poucas unidades do nível federal estão nesse período concentradas nas regiões mais carentes do país.

Gráfico 7

Distribuição proporcional dos centros de saúde

(Brasil, 1984-92)



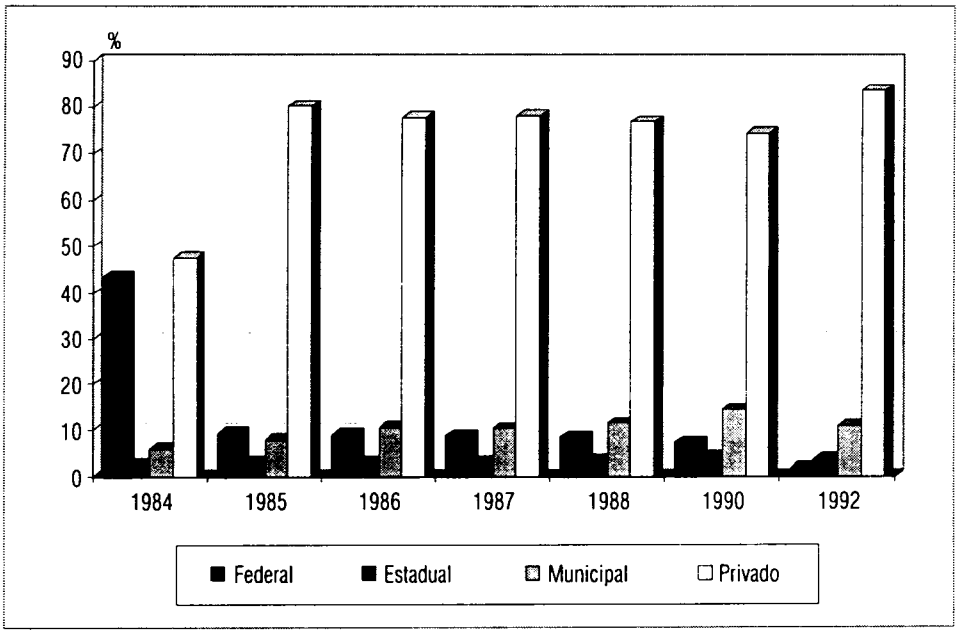
BIBLIOTECA MARIO HENRIQUE SIMONSEN
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Não se observou para o setor privado uma vocação para a assistência promovida em unidades básicas de saúde, mas sim para atendimentos ambulatoriais. Os ambulatórios privados tiveram grande incremento quando da desativação dos PAMs (conforme mencionado), sendo que de 1985 em diante o setor privado passa a dominar totalmente esse tipo de atenção. Assim, mesmo que em números absolutos se verifique um incremento por parte dos municípios e estados, ele pouco interfere na distribuição proporcional desses equipamentos (gráfico 8) e o setor privado encerra 1992 com 83,6% dos ambulatórios do país, percentagem que sobe para mais de 90% se considerados também os 8.305 estabelecimentos de complementação diagnóstica e terapêutica, contabilizados pela AMS nesse ano.

Gráfico 8

Distribuição proporcional dos ambulatórios

(Brasil, 1984-92)



Também é o setor privado que historicamente domina a oferta de hospitais no país. Há uma década, no entanto, o número de hospitais privados não tem sofrido incremento significativo, enquanto estados e municípios vêm gradualmente aumentando o número de seus hospitais. Como conseqüência dessa dinâmica, a participação proporcional do setor privado caiu de 82,8% para 78,2% em oito anos (gráfico 9).

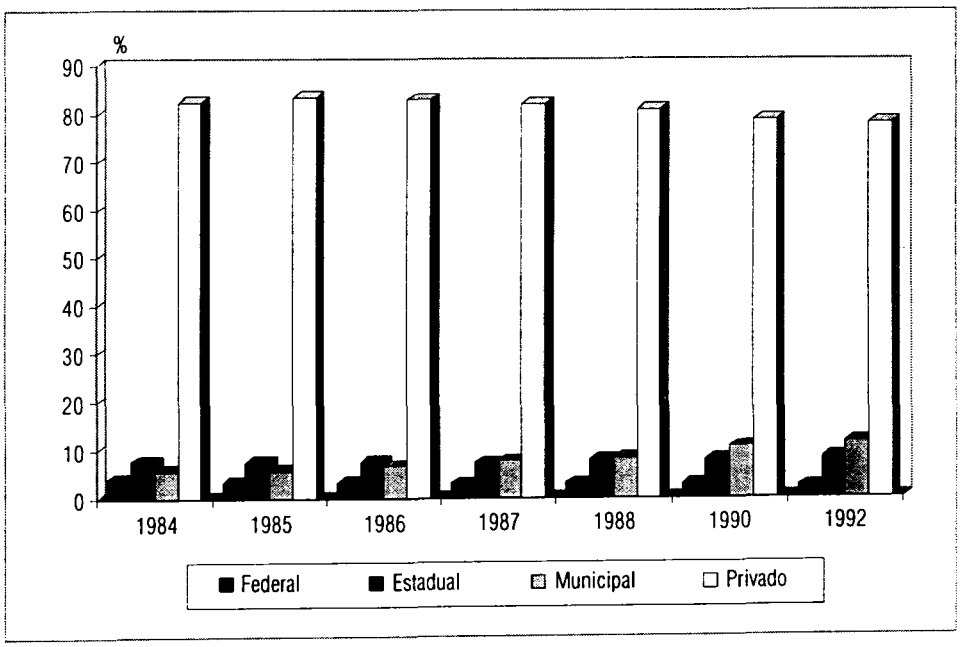
Há que se estar atento para o comportamento da distribuição dos hospitais privados no Brasil. Grande parte da rede hospitalar privada nasceu

(e hipertrofiou-se) graças à previdência social e hoje, em tempos de assistência médica de grande (rápida e cara) incorporação tecnológica, a rede privada vai-se reestruturando, criando estratégias que lhe permitam racionalidade e lucratividade (ambulatórios e serviços de complementação diagnóstica e tratamento são algumas delas), reduzindo cada vez mais a oferta de serviços ao SUS e fazendo com que municípios e estados passem a investir em serviços hospitalares próprios.

Gráfico 9

Distribuição proporcional dos hospitais

(Brasil, 1984-92)



As mudanças observadas ao longo desses anos, com os municípios assumindo majoritariamente os equipamentos públicos de saúde, têm repercussões importantes também na distribuição de recursos humanos para a saúde. No período de 1984 a 1992 a pesquisa sobre assistência médico-sanitária somente consolidou os dados referentes a recursos humanos da saúde, segundo os níveis de subordinação dos estabelecimentos, no ano de 1992, mas mesmo o corte transversal — a "foto instantânea" — desse ano permite algumas considerações.

Dentro do setor público, os municípios já empregavam, em 1992, mais de 50% de algumas especialidades médicas: clínicos gerais, pediatras e mesmo ginecologistas e obstetras (tabela 3). Essa é uma conseqüência do que se

discutiu anteriormente, ou seja, ao assumirem a responsabilidade pela maioria das unidades básicas de saúde do país, os municípios passam também a ser os grandes empregadores daqueles profissionais médicos que melhor respondem às necessidades (gerais) de saúde da população.

Tabela 3

Distribuição de empregos de algumas categorias profissionais, segundo a esfera administrativa dos estabelecimentos

(Brasil, 1992)

			Municipal			
Recursos humanos	Federal	Estadual	Número	% em relação aos RH do setor público	Privado	Total
Pediatras	2.745	8.177	14.492	57,0	19.911	45.325
Clínicos	4.238	13.350	27.369	58,3	31.284	78.241
Gineco-obstetras	2.375	6.444	9.117	50,8	21.014	30.131
Odontólogos	2.302	8.149	14.998	58,9	13.060	38.509
Assistentes sociais	1.063	3.952	3.106	38,2	2.156	10.277
Enfermeiras	4.984	12.390	9.707	35,8	14.420	41.501
Auxiliares de enfermagem	17.176	44.771	40.490	39,5	73.801	176.238
Auxiliares sem certificado	1.379	11.112	18.166	59,3	24.520	55.177
Atendentes	4.373	27.414	31.467	49,7	79.102	142.356
Auxiliares de higiene dental	174	580	2.506	76,9	716	3.976

Fonte: Fibge (1992).

Também são os municípios que estão absorvendo a maioria de odontólogos e técnicos em higiene dental, revelando que no setor público é o nível local que mais está respondendo pela saúde oral da população.

No que tange à área de enfermagem, embora os municípios empreguem um número significativo de enfermeiras e auxiliares de enfermagem,

eles se sobressaem ao empregar a maioria dos profissionais menos qualificados dessa área: auxiliares de enfermagem sem certificados e atendentes de enfermagem. Essa situação acaba configurando a já conhecida "bipolarização ocupacional" (Santana, 1993; Silva, 1993) que caracteriza a distribuição de recursos humanos na rede básica de saúde: um grande número de profissionais capacitados e qualificados — os médicos — e também um grande número de profissionais nem sempre bem qualificados — os auxiliares sem certificado e os atendentes de saúde. Buscar a integralidade da atenção no contexto dessa polarização é mais um desafio que se apresenta aos municípios (Santana, 1993).

O papel dos municípios na conjuntura atual da saúde tem bastante influência na absorção de recursos humanos, mas a situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil tem inúmeros (e complexos) determinantes, cuja discussão foge do escopo deste artigo, mas que, em última instância, se relacionam à desestruturação da política de recursos humanos que vem ocorrendo no país.

4. Perspectivas futuras

A análise da tendência da distribuição dos equipamentos de saúde no país, no período de 1984 a 1992, conjuntamente com a análise das normalizações posteriores a 1992 (principalmente NOB 93 e NOB 96), permitem supor que em 1997 os municípios sejam os responsáveis por mais de 90% dos postos e centros de saúde do país, sendo atualmente os grandes e praticamente exclusivos provedores de assistência à saúde na forma de unidades básicas de saúde.

Também acredita-se que municípios e estados tenham aumentado sua participação no número de hospitais, enquanto o setor privado provavelmente continue reduzindo gradualmente sua participação nesse tipo de equipamento e venha investindo no deslocamento parcial de suas atividades para ambulatórios ou transferindo setores tradicionalmente intra-hospitalares para fora destes estabelecimentos, na forma de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica.

Como a integralidade é princípio constitucional da assistência à saúde, não é possível dissociar a atenção primária em uma unidade básica de saúde da assistência hospitalar ou da realização de exames ou tratamentos em serviços complementares. Neste contexto, a situação encontrada — relativa à distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos e privados — e a perspectiva futura de conformação do SUS deverão ser incorporadas na discussão de técnicos e de políticos da saúde, a fim de que possam ser identificados mecanismos e estratégias que efetivem os preceitos constitucionais.

Referências bibliográficas

Almeida, E. S. Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia norma operacional básica 01/93. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995. (Tese de Livre Docência.)

Brasil. *Constituição política do Império do Brasil.* Jurada a 25 de março de 1824.

———. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.* Promulgada a 25 de fevereiro de 1891.

———. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.* Promulgada a 16 de julho de 1934.

———. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil.* Decretada a 10 de novembro de 1937.

———. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil.* Promulgada a 18 de setembro de 1946.

———. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Promulgada a 24 de janeiro de 1967 e alterada pela Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969.

———. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Promulgada a 5 de outubro de 1988.

———. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União.* Brasília, 1990. p. 18.055-159.

———. *Resolução Ciplan nº 6/84. Ações integradas de saúde.* Brasília, MS/MPAS, 1984a.

———. *Resolução Ciplan nº 7/84. Ações integradas de saúde. Orientação para a programação anual e avaliação conjunta.* Brasília, MS/MPAS, 1984b.

Costa, N. R. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, *1*(5):98-104, 1989.

Fibge. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1984. v. 9.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1985. v. 10.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1986. v. 11.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1987. v. 12.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1988. v. 13.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1990. v. 15.

———. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.* Rio de Janeiro, 1992. v. 16.

Fortes, P. A. C. La santé dans la Constituition Federale du Brésil. Memoire pour le DEA. Droite de la santé. 1989. mimeog.

Goulart, F. A. A. *Municipalização: veredas (caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil).* Brasília, Conasems, 1995.

Rodrigues Neto, E. Perspectivas del Sistema Único de Salud en Brasil: aspectos jurídicos-legales. *Cuad. Med. Social. (Ros.)*, (55):35-44, 1991.

Santana, J. P. & Girardi, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. *Educ. Med. Salud.*, *27*(3):341-56, 1993.

Silva, J. A. Desarollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. *Educ. Med. Salud, 27*(1):34-49, 1993.

Teixeira, S. M. & Oliveira, J. A. A. *(In)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.* Petrópolis, Vozes, 1989.