

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 915

OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA (AMS) DE 1999

**Francisco Viacava
Lígia Bahia**

Brasília, novembro de 2002

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 915

OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA (AMS) DE 1999

Francisco Viacava*
Lígia Bahia**

Brasília, novembro de 2002

* Do Departamento de Informação para a Saúde (DIS) do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz.

** Do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nesc) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Governo Federal

**Ministério do Planejamento,
Orçamento e Gestão**

Ministro – Guilherme Gomes Dias
Secretário-Executivo – Simão Cirineu Dias

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro –, e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Roberto Borges Martins

Chefe de Gabinete

Luis Fernando de Lara Resende

Diretor de Estudos Macroeconômicos

Eustáquio José Reis

Diretor de Estudos Regionais e Urbanos

Gustavo Maia Gomes

Diretor de Administração e Finanças

Hubimaier Cantuária Santiago

Diretor de Estudos Setoriais

Luis Fernando Tironi

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Murilo Lôbo

Diretor de Estudos Sociais

Ricardo Paes de Barros

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou o do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A produção gráfica deste texto contou com o apoio financeiro do convênio MS/Anpec/Ipea de apoio à implementação do Projeto Economia da Saúde – Acordo de Cooperação Técnica Brasil/Reino Unido (Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Department for International Development – DFID).

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 AJUSTES METODOLÓGICOS 8

3 ESTABELECIMENTOS AMBULATORIAIS SEM INTERNAÇÃO 10

4 UNIDADES DE APOIO À DIAGNOSE E À TERAPIA (UADTs) 17

5 ESTABELECIMENTOS COM INTERNAÇÃO 23

6 OFERTA GLOBAL DE SERVIÇOS 39

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 48

SINOPSE

Este trabalho examina os resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999 e, para tanto, considera a expansão da capacidade instalada, as relações entre os serviços públicos e privados e os recursos humanos e tecnológicos incorporados aos estabelecimentos de saúde. A análise comparativa dos dados da AMS 1999 com os da AMS 1992 evidencia certa desaceleração no ritmo de crescimento dos estabelecimentos de saúde ambulatoriais, a estagnação nas taxas de crescimento dos estabelecimentos hospitalares, bem como o incremento considerável de determinadas unidades de saúde especializadas. O crescimento da rede de estabelecimentos sem internação, ainda que a taxas menores do que em períodos anteriores, e a redução na oferta de leitos hospitalares relativizam o peso dos hospitais no modelo assistencial brasileiro. Entretanto, verifica-se a permanência de uma oferta de serviços ambulatoriais desigualmente distribuídos pelas diferentes regiões do país, assim como baixos níveis de especialização e de capacitação tecnológica da rede de serviços disponível para os clientes do Sistema Único de Saúde (SUS). As disparidades regionais são entrecruzadas pela distribuição municipal extremamente complexa de determinados recursos. O excesso ou a escassez de recursos assistenciais presentes nas grandes cidades e também no interior do país, os quais decorrem, possivelmente, de uma demanda diferenciada dos segmentos populacionais vinculados ao SUS e daqueles segmentos financiados pelos planos privados de saúde, adicionam novas tensões aos velhos desafios de promover a universalização do acesso, a integralidade das ações de saúde e a redução das desigualdades sociais.

ABSTRACT

This work examines data from the Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) collected in 1999, considering the expansion of the supply of health services, the relationships between the public and private sectors and the human resources and technology incorporated in the health establishments. The comparative analysis of the data of AMS 1999 with AMS 1992 evidences a slowing down in the growth rate of the outpatients units, stagnation in the rate of growth for hospitals and an increment of therapeutic and diagnostic units in some medical specialties. The growth of the outpatient units, although at a smaller rate than in previous periods, and the reduction in the supply of hospital beds points out to the reduction of the role played by hospitals in the Brazilian health care model. However, it is still observed the maintenance of the unequal distribution of outpatient units along the different regions of the country, as well as a low specialization and low technological capability of the available public services. The regional disparities turn the distribution of municipal resources into an extremely complex system. The excess or shortage of health care services especially in the big cities, possibly due to the demand of different population segments of the public and private sectors, adds new tensions to the old challenges of promoting the universalism of access to health services, the integrity of health actions and therefore the reduction of social inequalities.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação dos resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999, realizada sete anos após a última pesquisa censitária sobre estabelecimentos de saúde, enseja múltiplas expectativas. Gestores, pesquisadores e políticos envolvidos com a saúde necessitam de bases empíricas abrangentes e confiáveis para delinear tendências e para orientar o curso das ações e das reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro.

Tais aspirações coincidem com a necessidade de avaliar importantes mudanças ocorridas no setor saúde nesse período, entre as quais se destacam aquelas diretamente potencializadoras de possíveis alterações na oferta de serviços. Por um lado, é preciso estimar impactos resultantes da implementação da Norma Operacional Básica (NOB) 1991. Por outro, faz-se necessário medir eventuais alterações decorrentes da reorganização do mercado de planos privados de saúde.

Durante os anos 1990, foram formuladas políticas dirigidas ao aprofundamento do processo de descentralização e da autonomia de municípios para a gestão de recursos públicos destinados à atenção à saúde. Simultaneamente, o mercado de planos privados de saúde expandiu-se e adquiriu intensa visibilidade, bem como ampliou suas relações com os prestadores de serviços.

Esse complexo panorama remete a muitas interrogações aos que se propõem a examinar os resultados da AMS 1999. Uma primeira ordem de questões refere-se às associações entre as alterações no nível político-institucional, as quais moldam a reorganização de sistemas públicos e privados, e entre aquelas alterações que ocorrem no plano assistencial e, mais especificamente na oferta de serviços. Variações nas frequências e na distribuição geográfica de estabelecimentos de saúde estariam necessariamente vinculadas às políticas de intensificação da descentralização e da atuação das operadoras de planos privados de saúde?

O segundo grupo de dúvidas, intrinsecamente articulado com o anterior, diz respeito às possíveis alterações na composição do mercado público-privado envolvido com o financiamento do consumo de serviços e com a propriedade dos estabelecimentos de saúde. Quantos e quais estabelecimentos de saúde conformam a rede de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Quantos e quais respondem pelo atendimento dos clientes dos planos de saúde privados? Como medir a expansão ou a retração de cada segmento por meio da oferta de serviços de saúde?

A terceira ordem de questionamentos resulta do desdobramento das duas antecedentes e concerne a uma das dimensões da qualidade dos serviços, entendida como a presença ou não de determinados serviços/especialidades/equipamentos atribuídos à alta complexidade/alto custo e daqueles serviços relativos aos atendimentos mais frequentes. Quais as possibilidades de se retratar, por meio da AMS 1999, a situação da oferta de serviços necessários ao atendimento das demandas e das necessidades mais simples até as que exigem tecnologias sofisticadas? Como estão distribuídos esses recursos?

Essas perguntas conformam um pano de fundo comum para as análises das informações contidas na AMS 1999. O acesso aos microdados de uma pesquisa tão

abrangente e a inclusão de perguntas mais detalhadas sobre a oferta de equipamentos e serviços, bem como sobre os convênios dos estabelecimentos de saúde com diferentes financiadores, possibilitam o uso das informações da AMS sob perspectivas diversificadas. Ainda que a análise da AMS 1999 possa apontar respostas a essas questões, alguns limites inerentes ao universo da pesquisa e outros relativos às dificuldades intrínsecas para estabelecer divisibilidade dos recursos assistenciais desautorizam conclusões sobre a totalidade dos recursos disponíveis e também impedem uma quantificação detalhada da segmentação da oferta de serviços de saúde no Brasil.

Em primeiro lugar, os consultórios particulares que, por sua vez, representam o principal recurso da assistência ambulatorial das operadoras de planos privados de saúde, estão excluídos da pesquisa. Em segundo lugar, não é possível, a partir das informações da AMS 1999, estimar, para os estabelecimentos que declaram prestar serviços ao SUS e aos clientes de planos privados de saúde e àqueles particulares, que parte de um mesmo estabelecimento destina-se a cada segmento assistencial.

Assim, parte dos questionamentos sobre as possibilidades de as análises da AMS se voltarem às necessidades de uma identificação mais realista da oferta de recursos assistenciais quanto a segmentos de clientes e de financiadores não encontra correspondência com as atuais finalidades e com a abrangência da pesquisa. Contudo, isso não desmerece o valor das contribuições da atual AMS para o aprimoramento das informações sobre serviços de saúde.

Nesse sentido, este trabalho não se propõe a responder a todos os questionamentos sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro e tampouco a percorrer todo o vasto potencial de informações coletadas pela AMS 1999. Seu objetivo primordial é delinear um panorama mais atualizado da oferta de estabelecimentos de saúde no Brasil, considerando, para tanto, o porte, a especialização dos serviços e as modalidades de financiamento segundo as grandes regiões brasileiras. Adicionalmente, procura-se sistematizar elementos para observar a evolução da oferta de serviços de saúde mediante o cotejamento dos dados da AMS 1999 com pesquisas anteriores.

A consecução desses objetivos implicou alguns ajustes metodológicos descritos a seguir.

2 AJUSTES METODOLÓGICOS

Depois de uma interrupção de sete anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de convênio com o Ministério da Saúde e com recursos do Programa de Reforço e Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), realizou, em 1999, a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, cujo início remonta à década de 1930 e constitui uma base de dados sobre o universo dos estabelecimentos de saúde existentes no país (IBGE, 2000).

O universo das pesquisas realizadas em 1992 e em 1999, embora semelhante, não é inteiramente comparável, visto que, em 1999, foram excluídos do subconjunto relativo às Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia (UADTs) os laboratórios de análises clínicas.

Diversos ajustes metodológicos foram realizados nesta análise dos dados da AMS 1999 e sempre que possível procurou-se compará-los aos dados de 1992, já analisados (Viacava & Bahia, 1996).

Dos 41.009 estabelecimentos sem internação (ambulatoriais) que responderam apenas ao módulo ambulatorial-hospitalar, foram inicialmente excluídos 2.098 caracterizados por terem pelo menos um profissional de odontologia (dentista), por terem declarado como única especialidade a odontologia e por não possuírem médicos no quadro de pessoal. Esses estabelecimentos corresponderiam portanto a “Clínicas Odontológicas”.

Com isso, considera-se como universo de estabelecimentos ambulatoriais aquele composto por 38.911 estabelecimentos, nos quais estão incluídas 4.765 unidades que não possuem médico e foram denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). O fato de a base cadastral da pesquisa não ter sido disponibilizada com a identificação dos estabelecimentos pelo IBGE não permitiu fazer uma distinção funcional entre os demais estabelecimentos, os quais foram classificados apenas segundo sua capacidade física instalada, dada pelo número de consultórios médicos em funcionamento.

Tal como realizado na análise dos dados da AMS de 1992, aqui também foram excluídos os hospitais que declararam como primeira especialidade a Psiquiatria, uma vez que esses estabelecimentos apresentam características muito diferenciadas no que se refere à utilização de leitos.

Ao contrário da análise feita em 1996, a qual baseou-se na primeira especialidade declarada pelo estabelecimento, preferiu-se definir a especialização das unidades ambulatoriais por meio do número de consultórios das diversas especialidades, considerando os turnos de funcionamento semanais calculados pelos entrevistadores. Com isso pretendeu-se contornar o problema de classificação mediante as especialidades referidas pelos entrevistados (até cinco por estabelecimento), dada a imprecisão resultante do desconhecimento sobre a hierarquização das especialidades em cada caso. A primeira especialidade foi utilizada para determinar a especialização do estabelecimento apenas no caso das Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia.

Numa tentativa de segmentar o universo dos estabelecimentos segundo as modalidades de financiamento atualmente prevalentes, decidiu-se agregar as categorias disponíveis em três grandes grupos: estabelecimentos que prestam serviços apenas ao SUS, estabelecimentos que prestam serviços por meio de planos de saúde (próprios ou de terceiros) de desembolso direto dos pacientes, e estabelecimentos que atuam nos dois mercados.

Para o cálculo das taxas e dos coeficientes, foram utilizados os dados preliminares do Censo Demográfico de 2000. Para a representação das distribuições geográficas, utilizou-se a malha de municípios brasileiros de 1997 e a população de 1998, ambos com base em dados do IBGE.

A comparação dos dados de 1999 com os dados da última AMS (1992) mostrou-se uma tarefa bastante delicada, visto terem sido introduzidas mudanças tanto na estrutura do instrumento de coleta dos dados quanto na forma de disseminação dos microdados. Em 1992, os estabelecimentos eram classificados, de acordo com o entrevistador e com o responsável pelas informações do estabelecimento, em seis tipos: Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas, Hospitais, Clínicas Ambulatoriais e Uni-

dades de Complementação Diagnóstica e Terapêutica. Tendo-se em vista as diferenças conceituais existentes nas diversas Unidades da Federação quanto a essa tipologia, decidiu-se que, em 1999, os dados seriam coletados sem essa classificação, a qual deveria ser feita, entretanto, *a posteriori*, dependendo, portanto, dos recursos disponíveis, da capacitação tecnológica, da razão social, da esfera administrativa e das modalidades de financiamento do estabelecimento. Como a razão social dos estabelecimentos não foi divulgada, um possível ajuste entre os dados de 1992 e os de 1999, a partir da identificação dos estabelecimentos, não pôde ser realizado. Dessa forma, a comparação entre os dados das duas pesquisas torna-se prejudicada, especialmente no que se refere à diferenciação de postos e centros de saúde das demais unidades da rede ambulatorial.

Finalmente, é importante esclarecer que, na versão dos microdados aqui analisada, existe um conjunto grande de variáveis para o qual não foi possível fazer a distinção entre informações ignoradas e respostas negativas (= zero) aos quesitos. Sendo assim, os resultados, neste trabalho, levam em conta apenas as respostas afirmativas.

3 ESTABELECIMENTOS AMBULATORIAIS SEM INTERNAÇÃO

O universo de unidades ambulatoriais (n=38.911) é maior do que o registrado pela AMS em 1992, quando foram cadastrados 31.361 estabelecimentos. Houve, então, um crescimento de 18,7% ao longo dos sete anos, o que corresponde a uma taxa anual de cerca de 3,4% (ver tabela 1). Essa taxa variou de 1,1% na Região Sul a 4,7% na Região Nordeste e a 5,5% na Região Norte. As taxas de crescimento, entre 1992 e 1999, foram maiores no setor privado em todas as regiões, exceto na Região Sul. Entretanto, a rede ambulatorial continua a ser preponderantemente pública, pois representa 75,6% dos estabelecimentos em 1999, situação semelhante à de 1992, quando a proporção de estabelecimentos públicos era de 77,4% (ver tabela 1). Como alertado anteriormente, a comparação do setor público com o setor privado em termos da rede ambulatorial é conceitualmente imprecisa, uma vez que os consultórios privados, que constituem um recurso importante para a atenção não hospitalar dos clientes de planos e de seguros de saúde privados, não foram incluídos na pesquisa.

TABELA 1

Estabelecimentos Ambulatoriais segundo Região, 1992 e 1999

Região	AMS 1992			AMS 1999			Taxa Anual de Crescimento		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Norte	2.491	164	2.655	3.359	313	3.672	5,0	13,0	5,5
Nordeste	7.698	1.496	9.194	9.792	2.455	12.247	3,9	9,2	4,7
Sudeste	7.880	3.702	11.582	9.091	4.820	13.911	2,2	4,3	2,9
Sul	4.843	1.397	6.240	5.412	1.321	6.733	1,7	-0,8	1,1
Centro-Oeste	1.363	327	1.690	1.778	570	2.348	4,3	10,6	5,6
Total	24.275	7.086	31.361	29.432	9.479	38.911	3,0	4,8	3,4

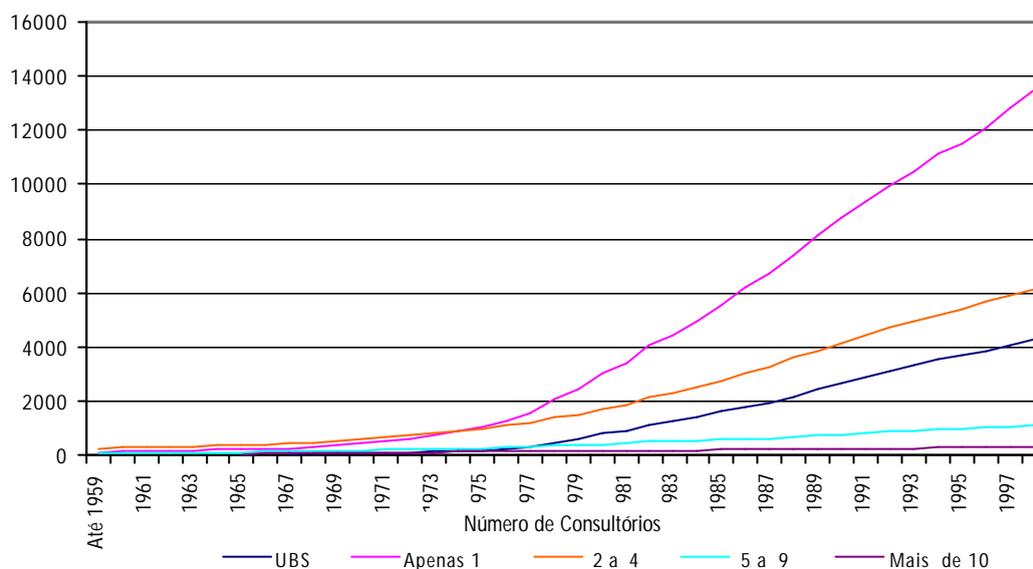
Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

A inclusão, na AMS 1999, da data de início de funcionamento dos estabelecimentos, ainda que não registrada para cerca de 11% dos estabelecimentos ambulatoriais,

riais públicos e para 10% dos privados, permite uma aproximação razoável da evolução do número de estabelecimentos segundo setor e porte das unidades. Assim, enquanto no setor público a expansão observada nos últimos 25 anos decorre, em grande parte, do crescimento de estabelecimentos com apenas um consultório médico, no setor privado, a expansão maior é verificada para os estabelecimentos de maior porte (ver gráficos 1 e 2).

GRÁFICO 1

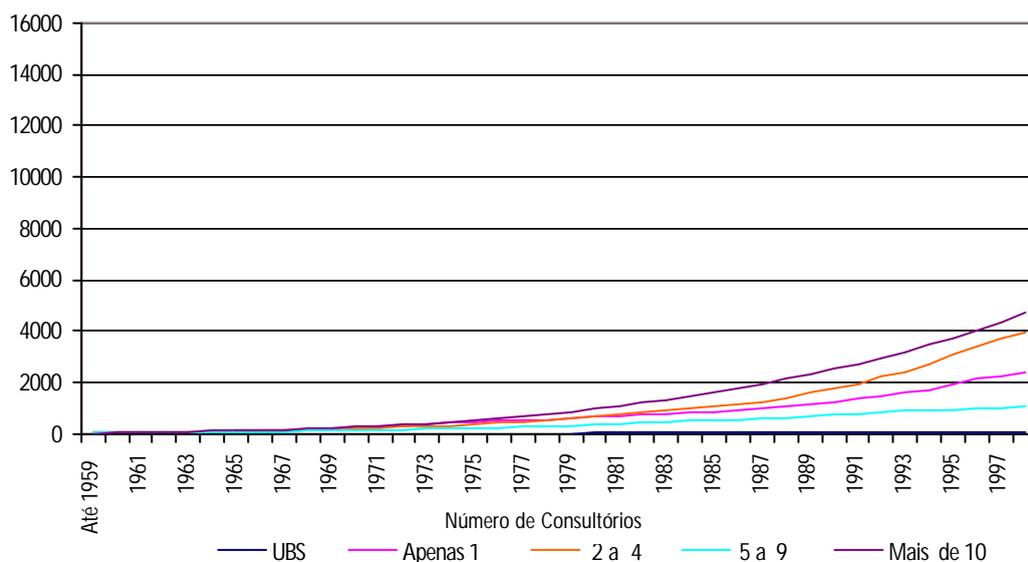
Evolução do Número de Estabelecimentos Públicos sem Internação, segundo o Porte



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 2

Evolução do Número dos Estabelecimentos Privados sem Internação, segundo o Porte



Fonte: AMS 1999, IBGE.

Quanto aos **recursos humanos** existentes nos estabelecimentos sem internação, observa-se que o comportamento do setor público e o do setor privado foram diferenciados ao longo do período, sendo que houve grande expansão de postos de trabalho de nível superior no setor privado e de nível técnico e auxiliar no setor público (ver tabela 2 e gráfico 3). Esse incremento diferenciado fez que a situação em 1999 também se modificasse, ou seja, enquanto no setor público os estabelecimentos tinham uma média de 2,6 postos de nível técnico e auxiliar em 1992, essa taxa passou para 6,7 em 1999. No setor privado, a maior alteração observada refere-se à média de postos de trabalho relacionados ao exercício de função administrativa (de 3,5, em 1992, para 4,9 em 1999) e de médicos por estabelecimento (de 5,3, em 1992, para 6,4 em 1999). Esses resultados podem refletir problemas de comparação entre as duas pesquisas, uma vez que essas utilizaram categorias diferentes para classificar os postos de trabalho de nível técnico e auxiliar. Entretanto, eventuais discrepâncias foram corrigidas pelo agrupamento das categorias de nível técnico e auxiliar.

TABELA 2

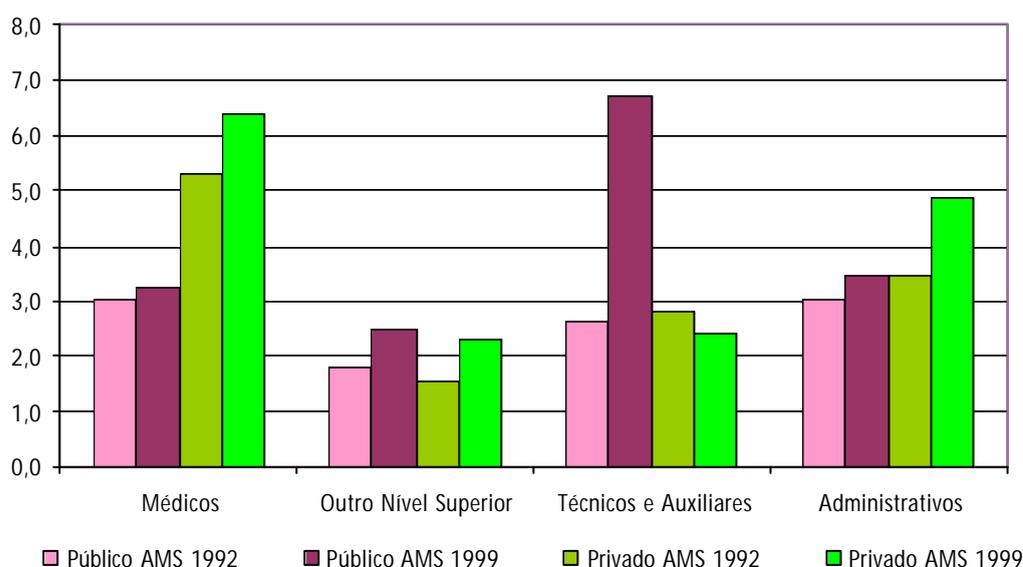
Evolução do Número de Postos de Trabalho em Estabelecimentos sem Internação, AMS 1992 e AMS 1999

	AMS 1992			AMS 1999			Taxa Anual de Crescimento		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Médicos	73.967	37.624	111.591	95.091	60.695	155.786	4,1	8,8	5,7
Outros níveis superiores	44.316	10.807	55.123	72.584	21.825	94.409	9,1	14,6	10,2
Técnicos e auxiliares	63.826	19.589	147.962	197.088	23.046	220.134	29,8	2,5	7,0
Administrativos	73.250	24.654	97.904	101.498	46.487	147.985	5,5	12,7	7,3

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

GRÁFICO 3

Evolução do Número de Postos de Trabalho em Estabelecimentos sem Internação, AMS 1992 e AMS 1999



Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Quando os estabelecimentos ambulatoriais sem internação são classificados segundo a **capacidade física instalada**, nota-se que as UBSs, estabelecimentos sem internação que, por definição, não possuem médicos, são as unidades ambulatoriais predominantes na Região Norte, onde representam 57% das unidades sem internação. Além disso, nota-se também que as unidades ambulatoriais com até quatro consultórios médicos formam a base do sistema ambulatorial das demais regiões. Nas Regiões Nordeste e Sul a presença de unidades ambulatoriais com apenas um consultório constitui o padrão mais freqüentemente observado. A Região Sudeste é a única que apresenta uma porcentagem significativa de unidades com mais de cinco consultórios. Entretanto, tais unidades não atingem 16% do total (ver tabela 3).

TABELA 3

Capacidade Física dos Estabelecimentos sem Internação por Região

Região	UBS	Unidades por Número de Consultórios Médicos (CM)					Total
		Nenhum ou s/Declaração	1 CM	2 - 4 CM	5 - 9 CM	10 CM ou +	
Norte	2.080	84	1.012	416	65	15	3.672
(%)	56,6	2,3	27,6	11,3	1,8	0,4	100,0
Nordeste	1.921	294	6.936	2.420	542	134	12.247
(%)	15,7	2,4	56,6	19,8	4,4	1,1	100,0
Sudeste	183	508	5.146	5.876	1.713	485	13.911
(%)	1,3	3,7	37,0	42,2	12,3	3,5	100,0
Sul	309	193	3.699	2.024	397	111	6.733
(%)	4,6	2,9	54,9	30,1	5,9	1,6	100,0
Centro-Oeste	272	47	1.097	692	182	58	2.348
(%)	11,6	2,0	46,7	29,5	7,8	2,5	100,0
Total	4.765	1.126	17.890	11.428	2.899	803	38.911
(%)	12,6	2,9	46,0	29,4	7,5	2,1	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Para verificar a **especialização** dos estabelecimentos sem internação, foram somados todos os consultórios médicos em cada especialidade segundo o porte das unidades. Desse modo, observa-se que os estabelecimentos de menor porte estão voltados para o atendimento nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia). Nos estabelecimentos com mais de cinco consultórios nota-se, em geral, maior presença de especialidades como cardiologia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e do grupo “outras especialidades” (ver tabela 4).

Quanto às **modalidades de financiamento** (ver tabela 5), os estabelecimentos sem internação cadastrados pela AMS 1999 têm como principal fonte o SUS em todas as regiões, sendo que, para o país com um todo, 76% dos estabelecimentos ambulatoriais sem internação são exclusivamente financiados pelo SUS. A participação da modalidade de financiamento “planos de saúde e desembolso direto” é mais expressiva nas Regiões Sudeste (31%) e Centro-Oeste (21%). Recorde-se que os consultórios médicos privados não foram incluídos no levantamento.

TABELA 4

Distribuição dos Consultórios nos Estabelecimentos sem Internação segundo Porte e Especialidade

(Em %)

Especialidade Principal	UBS	Número de Consultórios Médicos (CM)				Total
		1 CM	2 - 4 CM	5 - 9 CM	10 CM ou +	
Cardiologia	1,2	1,3	3,0	5,6	6,2	3,9
Cirurgia	0,7	2,0	2,2	2,8	3,6	2,5
Clinica Médica	20,7	52,0	30,6	23,2	16,2	30,1
Dermatologia	0,9	0,7	1,4	2,8	4,2	2,1
DIP	4,1	0,3	0,4	0,5	0,7	0,5
DST/Aids	0,6	0,4	0,6	1,2	1,8	0,9
Ginecologia	1,1	8,2	12,8	12,8	11,7	11,8
Nefrologia	0,0	0,8	0,7	0,4	0,9	0,7
Neurocirurgia	0,0	0,2	0,3	0,5	0,9	0,4
Obstetrícia	1,6	5,0	6,3	6,7	5,9	6,1
Oftalmologia	17,1	2,3	3,5	3,7	5,0	3,6
Ortopedia	2,7	2,5	4,9	4,7	4,4	4,4
Otorrinolaringologia	1,0	0,6	1,4	1,9	3,4	1,7
Pediatria	0,9	11,1	17,5	17,2	13,3	15,7
Psiquiatria	0,2	0,8	1,6	2,1	2,9	1,8
Tisiopneumologia	0,0	0,4	0,6	1,1	2,0	0,9
Outras	47,2	11,6	12,2	12,8	17,0	13,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Obs.: Foram excluídos 1.126 estabelecimentos que não declararam número de Consultórios Médicos (CM).

TABELA 5

Distribuição dos Estabelecimentos sem Internação Modalidade de Financiamento e Região

Modalidade de Financiamento	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Apenas SUS	3.358	9.860	9.143	5.389	1.778	29.528
(%)	91,4	80,5	65,7	80,0	75,7	75,9
Planos de Saúde e desembolso direto	257	1.868	4.317	993	503	7.938
(%)	7,0	15,3	31,0	14,7	21,4	20,4
SUS, plano de saúde e desembolso direto	57	519	451	351	67	1.445
(%)	1,6	4,2	3,2	5,2	2,9	3,7
Total	3.672	12.247	13.911	6.733	2.348	38.911
(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as unidades que apresentam apenas um consultório médico são fundamentalmente vinculadas ao financiamento pelo SUS.

A participação no financiamento por meio da modalidade planos de saúde e desembolso direto torna-se relevante para as unidades sem internação que possuem de dois a quatro consultórios médicos (33%) e é mais significativa quando os estabelecimentos possuem mais de cinco consultórios médicos (ver tabela 6).

TABELA 6

Estabelecimentos Ambulatoriais segundo Modalidades de Financiamento e Capacidade Física

Modalidade de Financiamento	UBS	Unidades por Número de Consultórios Médicos (CM)					Total
		Nenhum e s/Declaração	1 CM	2 - 4 CM	5 - 9 CM	10 CM ou +	
Apenas SUS	4.667	713	15.352	7.055	1.326	415	29.528
(%)	97,9	63,3	85,8	61,7	45,7	51,7	75,9
Planos de saúde e desembolso direto	84	367	2.043	3.741	1.369	334	7.938
(%)	1,8	32,6	11,4	32,7	47,2	41,6	20,4
SUS, plano de saúde e desembolso direto	14	46	495	632	204	54	1.445
(%)	0,3	4,1	2,8	5,5	7,0	6,7	3,7
Total	4.765	1.126	17.890	11.428	2.899	803	38.911
(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Partindo-se da premissa de que a capacidade instalada dos estabelecimentos sem internação está totalmente disponível para cada modalidade de financiamento declarada pelo estabelecimento, observa-se que o SUS é o principal financiador nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia) e também em algumas especialidades com menor peso na capacidade instalada, tais como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), tisiopneumologia e psiquiatria. A importância do financiamento dos planos de saúde ou do desembolso direto é maior em especialidades como otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, dermatologia e cirurgia. É interessante notar que, no caso da nefrologia, a modalidade principal de financiamento é uma combinação entre o SUS e as formas privadas de financiamento (ver tabela 7).

A **oferta de equipamentos** por cem estabelecimentos na rede ambulatorial é escassa. Um equipamento imprescindível para o êxito de programas de controle de câncer de mama como o mamógrafo não está, na prática, incorporado nas unidades ambulatoriais. Adicionalmente, verifica-se assimetria na oferta disponível por regiões (ver tabela 8). Na Região Norte, estão registrados apenas 1,2 eletrocardiógrafos para cem unidades ambulatoriais, enquanto no Sudeste essa média é de 24,5. Essa assimetria também se faz notar para os equipamentos mais caros, à exceção do número de aparelhos de ultra-som com doppler colorido por cem estabelecimentos e do número de aparelhos de raio X de 500 mA ou mais, os quais são semelhantes no Norte e no Sudeste. Entretanto, analisando-se a oferta por milhão de habitantes notam-se disparidades regionais acentuadas, inclusive no que se refere aos dois equipamentos mencionados: a Região Sudeste apresenta quatro vezes mais equipamentos de ultra-som colorido por habitante e seis vezes mais aparelhos de raio X de mais de 500 mA do que a Região Norte.

TABELA 7

Distribuição dos Consultórios dos Estabelecimentos sem Internação segundo Especialidade e Modalidade de Financiamento

(Em %)

Especialidade	Apenas SUS	Planos de Saúde e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto	Total
Cardiologia	34,3	58,1	7,6	100,0
Cirurgia	35,6	53,7	10,7	100,0
Clinica Médica	75,3	20,7	4,0	100,0
Dermatologia	42,1	53,9	4,1	100,0
DIP	75,7	19,1	5,2	100,0
DST/Aids	74,0	19,1	7,0	100,0
Ginecologia	64,5	31,3	4,3	100,0
Nefrologia	29,1	26,5	44,4	100,0
Neurocirurgia	34,9	57,1	8,0	100,0
Obstetrícia	65,2	31,1	3,8	100,0
Oftalmologia	22,3	64,7	13,0	100,0
Ortopedia	21,4	61,1	17,5	100,0
Otorrinolaringologia	30,0	65,2	4,8	100,0
Pediatria	69,7	27,0	3,3	100,0
Psiquiatria	77,3	19,8	2,9	100,0
Tisiopneumologia	56,1	39,3	4,6	100,0
Outras	49,0	43,7	7,3	100,0
Total	60,2	34,0	5,9	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

TABELA 8

Número de Equipamentos por Cem Estabelecimentos sem Internação segundo Regiões

Equipamento	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	Eq./100 est.	Eq./10 ⁶ hab.										
Mamógrafo com comando simples	0,0	0,2	0,4	2,1	0,6	2,2	0,1	0,8	0,5	2,1	0,4	1,8
Mamógrafo com estereotaxia	0,0	0,2	0,2	0,8	0,2	0,6	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5
Raio X até 100	1,2	2,2	1,9	4,8	3,2	6,1	2,4	6,4	2,0	4,0	2,3	5,4
Raio X 100-500	0,0	1,2	1,7	4,3	6,6	12,8	2,2	5,9	2,7	5,4	3,5	8,0
Raio X 500 e mais	2,4	0,4	0,3	0,8	1,2	2,3	0,6	1,6	0,7	1,4	0,7	1,6
Raio X c/fluoroscopia	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
Ultra-som cecógrafo	1,2	1,0	4,6	1,6	6,2	3,2	3,1	2,3	0,9	1,7	4,7	2,3
Ultra-som doppler colorido	2,4	1,2	1,4	3,5	2,5	4,8	0,9	2,3	2,2	4,4	1,6	3,8
Endoscópio vias respiratórias	0,0	0,6	0,6	1,2	1,7	2,0	0,8	0,7	0,9	1,8	1,0	1,5
Endoscópio vias urinárias	0,0	3,3	0,4	6,8	1,1	8,3	0,3	7,4	4,3	8,6	0,6	7,4
Endoscópio digestivo	2,4	4,9	2,6	5,5	4,3	7,8	2,8	6,1	3,2	6,4	3,2	6,6
Equipamento p/ optometria	0,0	7,2	2,1	17,0	4,1	47,1	2,3	23,3	10,2	20,7	2,9	30,3
Eletrocardiógrafo	1,2	5,5	6,6	11,8	24,5	11,9	8,7	8,5	5,6	11,3	13,2	10,8

Fonte: AMS 1999, IBGE.

A maior parte desses equipamentos está alocada em unidades ambulatoriais financiadas por planos de saúde e desembolso direto. Contudo, nota-se que os estabe-

lecimentos financiados apenas pelo SUS detêm parte considerável dos aparelhos de raio X mais potentes (ver tabela 9).

É importante destacar que, apesar da segmentação da oferta de serviços em ambulatórios, em UADTs e em estabelecimentos com internação, a oferta de equipamentos deve ser analisada de forma conjunta, considerando-se, portanto, toda a rede de estabelecimentos. No entanto, a análise por segmentos permite contabilizar a oferta de recursos diagnósticos localizados nas unidades ambulatoriais para considerar o potencial de resolubilidade quanto à qualidade do atendimento realizado nessas unidades.

TABELA 9

Capacitação Tecnológica dos Estabelecimentos sem Internação por Equipamento e por Modalidade de Financiamento

Equipamento	Apenas SUS	Planos de Saúde e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto	Total
Mamógrafo c/comando simples	14	115	26	155
(%)	9,0	74,2	16,8	100,0
Mamógrafo c/estereotaxia	6	28	12	46
(%)	13,0	60,9	26,1	100,0
Raio X 100-500 mA	393	785	179	1.357
(%)	29,0	57,8	13,2	100,0
Raio X 500 mA e mais	116	133	16	265
(%)	43,8	50,2	6,0	100,0
Raio X c/fluoroscopia	8	31	14	53
(%)	15,1	58,5	26,4	100,0
Ultra-som dopler colorido	31	530	75	636
(%)	4,9	83,3	11,8	100,0
Ultra-som cecógrafo	358	1.264	214	1.836
(%)	19,5	68,8	11,7	100,0
Endoscópio vias urinárias	17	203	30	250
(%)	6,8	81,2	12,0	100,0
Endoscópio digestivo	163	914	173	1.250
(%)	13,0	73,1	13,8	100,0
Equipamento p/optometria	186	751	182	1119
(%)	16,6	67,1	16,3	100,0
Eletrocardiógrafo	1.988	2.748	395	5.131
(%)	38,7	53,6	7,7	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

4 UNIDADES DE APOIO À DIAGNOSE E À TERAPIA (UADTs)

A exemplo do que foi feito em 1992, na AMS 1999 também foram cadastradas as Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia. Entretanto, dessa vez foram excluídos os laboratórios de análises clínicas, o que novamente torna os dados pouco comparáveis. Na tabela 10, observa-se que foram entrevistados 7.318 estabelecimentos, o que corresponde a um aumento de 81% no setor privado e de 64% no setor público se comparados os dados com aqueles da AMS 1992, excluídos os laboratórios de análises clínicas. Isso equivale a uma taxa anual de crescimento de cerca de 9% no setor público e de 12% no setor privado. Do ponto de vista das grandes regiões, observam-se comportamentos diferenciados. O número de estabelecimentos públicos reduziu-se na Região Norte e teve o menor crescimento na Região Sul (1,8% ao ano). Nas Regiões

Nordeste e Sudeste houve crescimento importante nos dois setores, com taxas anuais de aproximadamente 15% na primeira e de 10% na última. O maior crescimento de estabelecimentos públicos foi observado na Região Centro-Oeste (36,5%), em que passou-se de apenas nove para trinta e dois estabelecimentos.

TABELA 10

Estabelecimentos de Apoio à Diagnose e à Terapia Cadastrados em 1992 e em 1999 segundo Região

Região	Públicos		Privados		Total		Taxa Anual de Crescimento	
	AMS 1992 ¹	AMS 1999	AMS 1992 ¹	AMS 1999	AMS 1992 ¹	AMS 1999	Públicos	Privados
Norte	25	17	59	225	84	242	-4,6	40,2
Nordeste	33	67	458	983	491	1.050	14,7	16,4
Sudeste	119	205	2.201	3.849	2.320	4.054	10,3	10,7
Sul	31	35	800	1.438	831	1.473	1,8	11,4
Centro-Oeste	9	32	315	467	324	499	36,5	6,9
Total	217	356	3.833	6.962	4.050	7.318	9,2	11,7

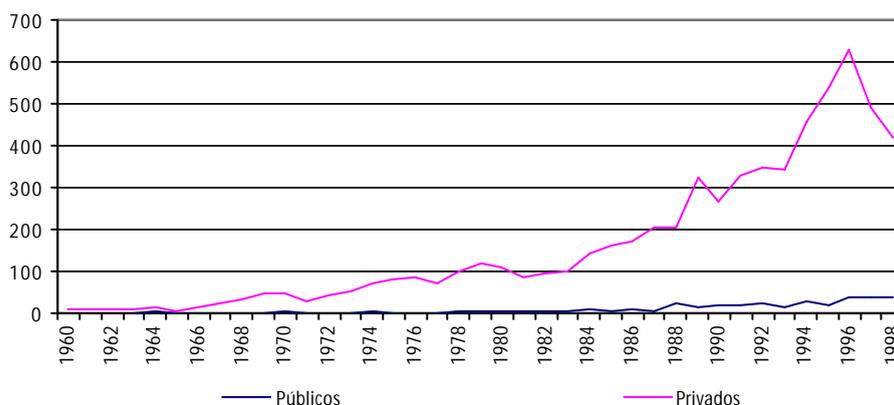
Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Nota: ¹Excluídos os laboratórios de análises clínicas.

Entretanto, analisando-se as datas em que os estabelecimentos públicos e privados entraram em operação, observa-se que, no período 1960/1998, houve um intenso crescimento desse segmento, principalmente no que se refere às UADTs da esfera privada (ver gráfico 4), em que o número de novos estabelecimentos equivale a 432 unidades por ano no período pós-SUS (ver tabela 11). Comparando-se os três períodos (1974/1981, 1982/1989 e 1990/1998), nota-se que as taxas anuais de crescimento no setor privado foram cerca de 2,5 vezes maiores entre o terceiro e o segundo períodos, enquanto no setor público a maior diferença relativa (3,7) entre as taxas de crescimento foi verificada entre o segundo e o primeiro períodos. Ou seja, enquanto as taxas anuais de crescimento do setor privado continuaram a aumentar ao longo dos três períodos, observa-se uma desaceleração no caso do setor público.

GRÁFICO 4

Número de UADTs Públicas e Privadas segundo Ano de Início de Funcionamento - Brasil - 1960/1998



Fonte: AMS 1999, IBGE.

TABELA 11

Evolução do Número de Estabelecimentos Públicos e Privados de Apoio à Diagnose e à Terapia

Período	Número de Novos Estabelecimentos por Ano		Comparação entre Períodos	
	Público	Privado	Público	Privado
I - 1974 a 1981	23	90,0	II/I	3,7 2,0
II - 1982 a 1989	83	175,5	III/II	3,1 2,5
III - 1990 a 1998	252	431,7		

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Utilizando-se a tipologia de **modalidade de financiamento** descrita na metodologia, verifica-se que o padrão atual de financiamento das UADTs é bastante semelhante nas cinco grandes regiões brasileiras, com predominância evidente da modalidade “planos de saúde e desembolso direto”. Para o país como um todo, 71% das Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia operam exclusivamente por meio de plano de saúde de terceiros (ou próprio) ou mediante desembolso direto (ver tabela 12).

TABELA 12

Distribuição das Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia segundo Região e Modalidade de Financiamento

Região	Apenas SUS	Plano de Saúde e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto	Total
Norte	16	161	65	242
(%)	6,6	66,5	26,9	100,0
Nordeste	74	677	299	1050
(%)	7,0	64,5	28,5	100,0
Sudeste	254	2.997	803	4.054
(%)	6,3	73,9	19,8	100,0
Sul	46	1.042	385	1.473
(%)	3,1	70,7	26,1	100,0
Centro-Oeste	37	319	143	499
(%)	7,4	63,9	28,7	100,0
Total	427	5.196	1.695	7.318
(%)	5,8	71,0	23,2	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Quando se considera a especialidade principal das UADTs, observa-se uma predominância, em termos relativos, das especialidades fisioterapia/reabilitação (30,5%), imaginologia (29,3%), e anatomia patológica/citologia (15,1%). Esse padrão pode ser constatado em todas as regiões (ver tabela 13).

Tomando-se os estabelecimentos que declararam como primeira ou segunda especialidade a imaginologia, observa-se que, em termos de tecnologia incorporada, a oferta, dada pelo número médio de equipamentos por estabelecimento, varia bastante segundo as regiões, dependendo do equipamento enfocado. As maiores médias dizem respeito aos equipamentos de ultra-som com ecógrafo, de ultra-som colorido e de aparelhos de raio X de 100 a 500 mA (ver tabela 14).

TABELA 13

Distribuição das Unidades de Apoio à Diagnóstico e à Terapia segundo Especialidade e Região

Especialidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Anatomia patológica/citologia	53	114	765	102	71	1105
(%)	22,0	10,9	18,9	6,9	14,2	15,1
Endoscopia	11	69	146	46	21	293
(%)	4,6	6,6	3,6	3,1	4,2	4,0
Hemodinâmica	0	5	18	7	3	33
(%)	0,0	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5
Imaginologia	79	330	1.182	400	153	2.144
(%)	32,8	31,6	29,2	27,2	30,7	29,3
Medicina nuclear	1	12	48	24	6	91
(%)	0,4	1,1	1,2	1,6	1,2	1,2
Métodos gráficos	3	13	55	39	8	118
(%)	1,2	1,2	1,4	2,6	1,6	1,6
Terapia renal substitutiva	2	14	54	27	4	101
(%)	0,8	1,3	1,3	1,8	0,8	1,4
Hemoterapia	8	23	54	22	11	118
(%)	3,3	2,2	1,3	1,5	2,2	1,6
Fisioterapia/reabilitação	60	323	1.060	628	159	2.230
(%)	24,9	30,9	26,2	42,7	31,9	30,5
Fonoaudiologia	7	46	131	50	24	258
(%)	2,9	4,4	3,2	3,4	4,8	3,5
Atenção psicossocial/ psicoterapia	2	49	97	34	22	204
(%)	0,8	4,7	2,4	2,3	4,4	2,8
Quimioterapia	2	4	19	7	0	32
(%)	0,8	0,4	0,5	0,5	0,0	0,4
Radioterapia	1	3	22	4	0	30
(%)	0,4	0,3	0,5	0,3	0,0	0,4
Outras	12	39	401	82	17	551
(%)	5,0	3,7	9,9	5,6	3,4	7,5
Total	241	1.044	4.052	1.472	499	7.308
(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Os dados da AMS 1999 indicam que apesar da pequena ocorrência de estabelecimentos financiados apenas pelo SUS, a média de equipamentos nesses estabelecimentos é sempre mais baixa do que nos estabelecimentos que têm outras modalidades de financiamento, à exceção dos aparelhos de raio X de até 100 mA e dos aparelhos de raio X de 500 mA ou mais (ver tabela 15).

Observa-se também que os estabelecimentos que operam por meio de plano de saúde têm uma média maior de aparelhos de ultra-som. Já os estabelecimentos que são financiados tanto pelo SUS quanto pelos planos de saúde apresentam maiores médias para mamógrafos de comando simples, tomógrafos computadorizados e aparelhos de raio X de 100 a 500 mA (ver tabela 15).

TABELA 14

Diagnose por Imagem: Média de Equipamentos por Estabelecimento sem Internação segundo Região

Equipamento	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Gama câmara	0,07	0,08	0,08	0,05	0,03	0,07
Mamógrafo com comando simples	0,21	0,26	0,34	0,27	0,28	0,30
Mamógrafo com estereotaxia	0,07	0,13	0,15	0,10	0,12	0,13
Raio X até 100 mA	0,19	0,09	0,22	0,15	0,14	0,18
Raio X 100 - 500 mA	0,57	0,49	0,60	0,37	0,37	0,52
Raio X 500 mA e mais	0,19	0,25	0,31	0,24	0,37	0,29
Raio X p/ densitometria óssea	0,20	0,15	0,20	0,12	0,18	0,17
Raio X p/ hemodinâmica	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Tomógrafo computadorizado	0,15	0,21	0,28	0,15	0,19	0,23
Ressonância magnética	0,01	0,04	0,06	0,05	0,05	0,05
Ultra-som doppler colorido	0,38	0,50	0,82	0,80	0,49	0,73
Ultra-som c/ ecógrafo	0,67	0,79	1,06	0,80	0,68	0,93
Endoscópio vias respiratórias	0,00	0,01	0,02	0,00	0,01	0,01
Endoscópio vias urinárias	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01
Endoscópio digestivo	0,07	0,09	0,09	0,06	0,11	0,08

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Uma melhor visão da oferta de estabelecimentos e da tecnologia disponível pode ser obtida quando se analisa simultaneamente o setor ambulatorial, o hospitalar e o de Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia, como será visto mais adiante.

Para analisar o perfil dos **recursos humanos** presentes nas UADTs, foram selecionados os estabelecimentos que declararam como primeira ou segunda especialidade uma das três grandes áreas: fisioterapia, imagiologia e patologia/citologia.

TABELA 15

Diagnose por Imagem: Média de Equipamentos por Estabelecimento e Modalidade de Financiamento

Equipamento	Apenas SUS	Plano de Saúde e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto
Gama câmara	0,03	0,06	0,10
Mamógrafo com comando simples	0,11	0,28	0,39
Mamógrafo com estereotaxia	0,00	0,14	0,12
Raio X até 100 mA	0,17	0,18	0,17
Raio X 100 - 500 mA	0,56	0,43	0,87
Raio X 500 mA e mais	0,44	0,24	0,45
Raio X p/ densitometria óssea	0,00	0,19	0,15
Raio X p/ hemodinâmica	0,00	0,00	0,01
Tomógrafo computadorizado	0,03	0,19	0,41
Ressonância magnética	0,00	0,05	0,08
Ultra-som doppler colorido	0,11	0,81	0,48
Ultra-som c/ ecógrafo	0,53	0,99	0,76
Endoscópio vias respiratórias	0,00	0,01	0,01
Endoscópio vias urinárias	0,00	0,01	0,01
Endoscópio digestivo	0,14	0,09	0,07

Fonte: AMS 1999, IBGE.

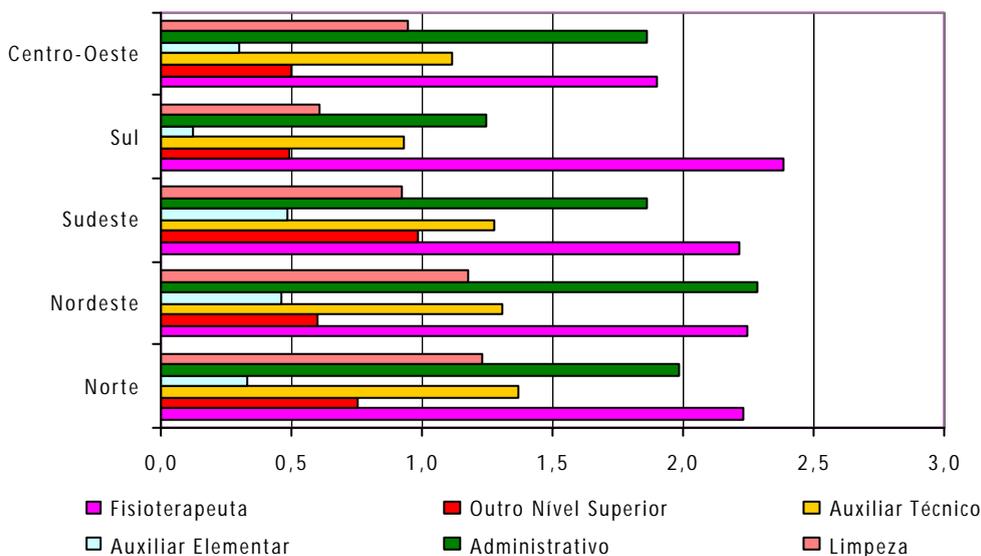
No caso da fisioterapia (ver gráfico 5), o número médio de fisioterapeutas por estabelecimento variou de 1,9 na Região Centro-Oeste a 2,4 na Região Sul, com uma média de 2,2 profissionais por estabelecimento para o país. Os fisioterapeutas são os profissionais mais freqüentemente encontrados nesses estabelecimentos e são seguidos pelos profissionais administrativos que, por sua vez, variam de 1,2 (Sul) a 2,3 (Nordeste) e pelos técnicos e auxiliares técnicos, cuja média por estabelecimento para o país é de 1,2, variando, portanto, de 0,9 (Sul) a 1,4 (Norte) .

Entre os estabelecimentos de imaginologia predominam os profissionais administrativos (3,9 profissionais por estabelecimento), seguidos por técnicos e auxiliares-técnicos (2,6) e por radiologistas (2,1). Esse padrão varia bastante segundo regiões quando se considera o principal recurso humano – radiologista –, sendo que os estabelecimentos do Sudeste possuem 2,3 radiologistas em média, enquanto, na Região Norte, o número de radiologistas por estabelecimento é de aproximadamente 0,9 (ver gráfico 6).

No setor de patologia/citologia, encontra-se grande número de profissionais administrativos (5,6 por estabelecimento) e de técnicos e auxiliares técnicos (5,2 profissionais por estabelecimento). Se considerados os profissionais de nível superior, os estabelecimentos têm, em média, cerca de 4,1 profissionais: de 3,7 no Nordeste a 4,8 no Centro-Oeste (ver gráfico 7).

GRÁFICO 5

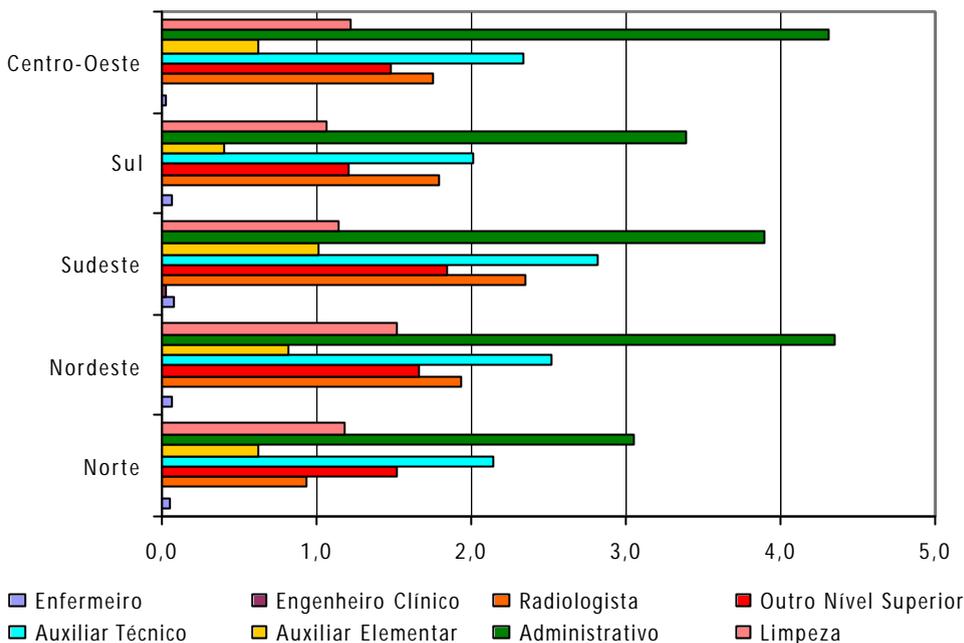
Média de Profissionais por Estabelecimento de Fisioterapia segundo Região



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 6

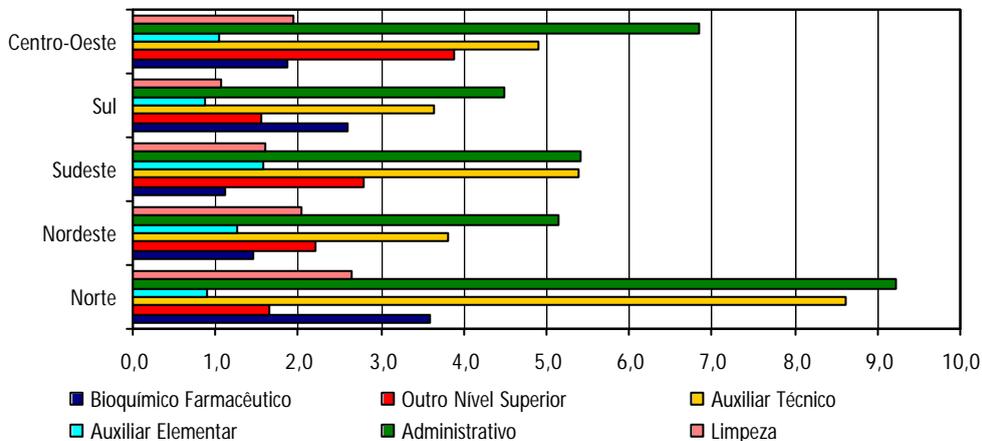
Média de Profissionais por Estabelecimentos de Imaginologia segundo Região



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 7

Média de Profissionais por Laboratório de Patologia/Citologia segundo Regiões



Fonte: AMS 1999, IBGE.

5 ESTABELECIMENTOS COM INTERNAÇÃO

Dos 7.806 estabelecimentos com internação que fazem parte do levantamento da AMS 1999, foram excluídos desta análise aqueles que declararam ter a psiquiatria como primeira especialidade. Considera-se então como universo de estabelecimentos

hospitalares o conjunto de 7.434 estabelecimentos. Esse número representa um aumento de 377 hospitais em relação aos cadastrados na AMS de 1992, o que significa crescimento do setor a uma taxa anual de 0,8% (ver tabela 16).

TABELA 16

Evolução do Número de Estabelecimentos com Internação nos Setores Público e Privado por Região, AMS 1992 e AMS 1999

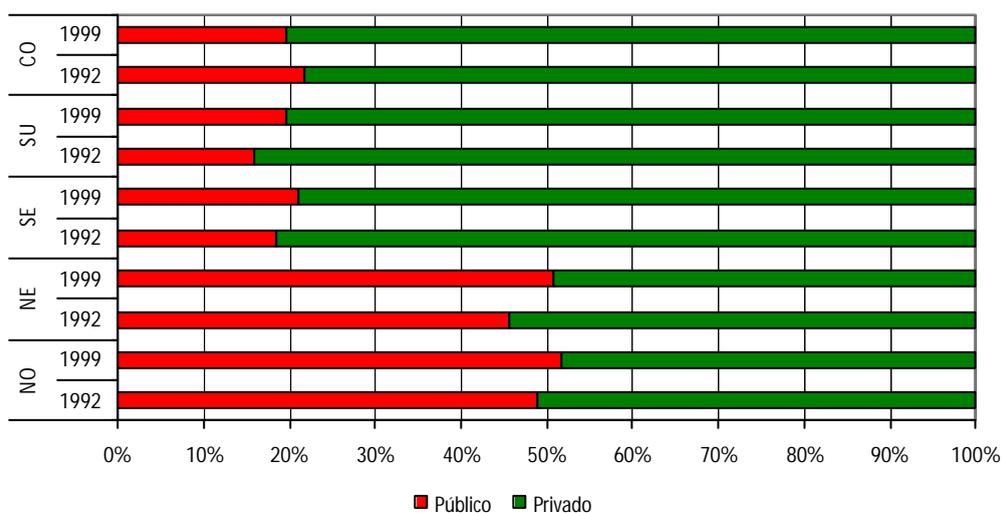
Região	AMS 1992		AMS 1999		Taxa Anual de Crescimento	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Norte	276	288	345	322	3,6	1,7
Nordeste	978	1172	1190	1159	3,1	-0,2
Sudeste	429	1902	497	1880	2,3	-0,2
Sul	196	1033	230	941	2,5	-1,3
Centro-Oeste	170	613	254	616	7,1	0,1
Total	2049	5008	2516	4918	3,3	-0,3

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Embora o número de estabelecimentos privados continue sendo muito maior do que o dos públicos, nota-se que entre 1992 e 1999 houve um discreto aumento da participação relativa dos estabelecimentos públicos em todas as regiões, à exceção da Região Centro-Oeste (ver gráfico 8). Admitindo-se como pertencentes ao segmento SUS os estabelecimentos públicos e os privados conveniados com o próprio SUS, e ao segmento não-SUS os estabelecimentos vinculados apenas à esfera privada, a comparação dos dados de 1992 aos de 1999 evidencia uma estabilidade da participação SUS/não-SUS nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste, uma pequena redução do segmento hospitalar vinculado ao SUS nas Regiões Sul e Sudeste e um pequeno aumento da proporção dos hospitais do segmento SUS na Região Norte (ver gráfico 9).

GRÁFICO 8

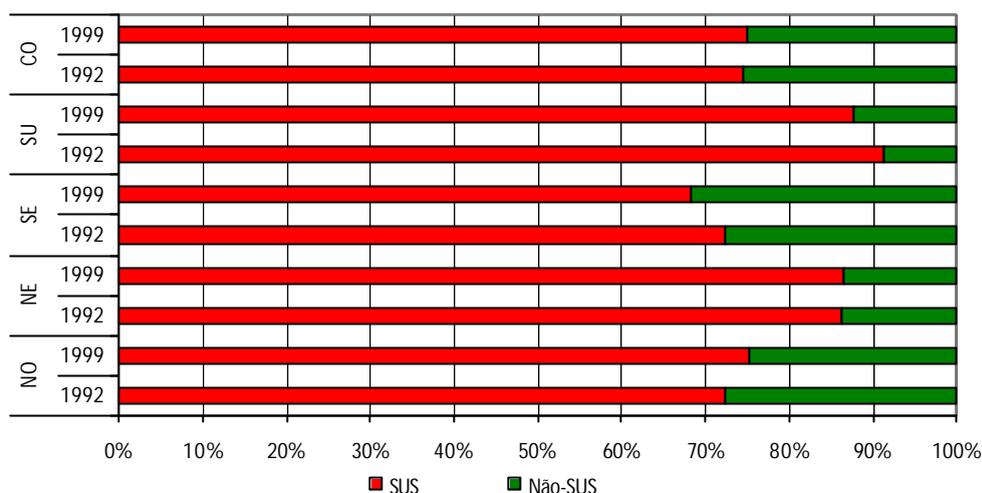
Evolução dos Estabelecimentos Públicos e Privados com Internação por Região



Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

GRÁFICO 9

Evolução da Oferta de Estabelecimentos com Internação segundo Regiões

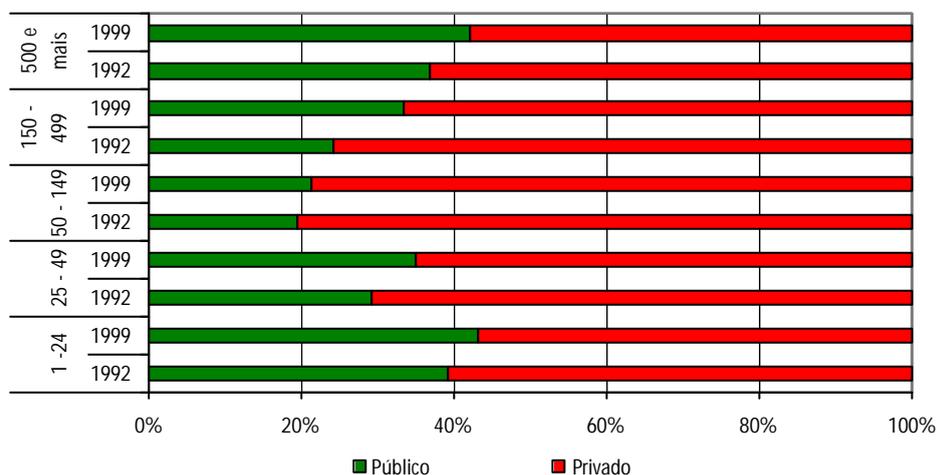


Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Comparando-se a situação de 1992 à de 1999, observa-se também um crescimento da participação relativa do setor público em todas as classes de tamanho dos hospitais. Entretanto, à semelhança de 1992, os hospitais privados são majoritários em todas as classes de porte e principalmente entre estabelecimentos com 50 a 149 leitos. A maior participação do setor público está nos segmentos de estabelecimentos de 1 a 24 leitos e de estabelecimentos com mais de 500 leitos (ver gráfico 10).

GRÁFICO 10

Proporção de Estabelecimentos Públicos e Privados com Internação segundo Porte, AMS 1992 e AMS 1999

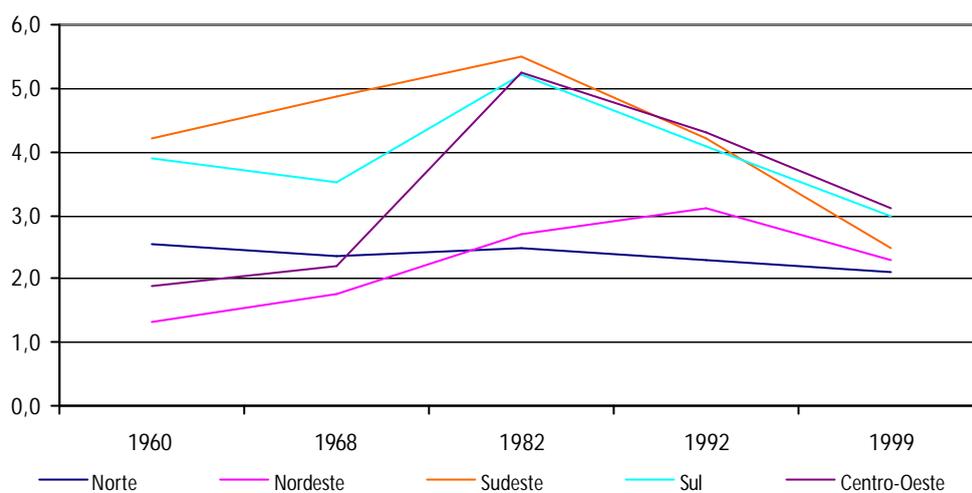


Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

A análise da evolução da oferta da capacidade instalada de recursos hospitalares torna-se mais apropriada se considerados os **leitos disponíveis** para internação. No gráfico 11 é apresentado o número de leitos por habitante ao longo das últimas décadas para as cinco grandes regiões do país, e no mapa 1 estão representados os coeficientes de leitos por mil habitantes para os municípios do país.

GRÁFICO 11

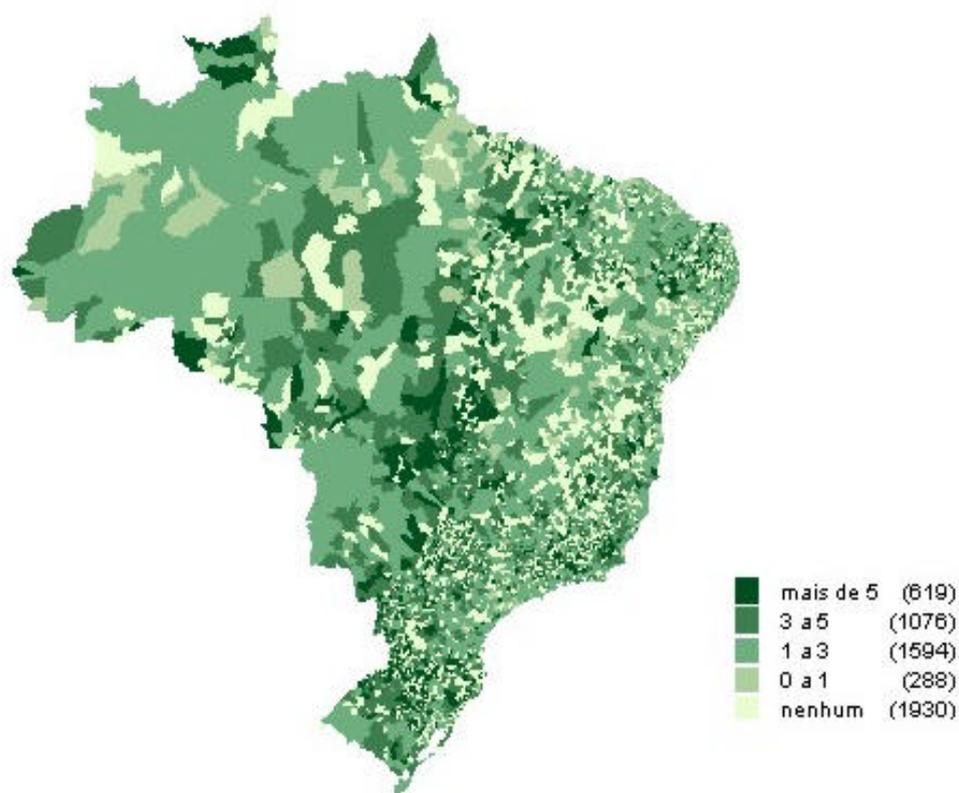
Evolução do Número de Leitos por Mil Habitantes segundo Região



Fonte: AMS 1960, 1968, 1982, 1992 e 1999, IBGE.

MAPA 1

Número de Leitos por Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

Enquanto na década de 1960 o crescimento do número de leitos por mil habitantes foi diferenciado segundo as regiões, na década seguinte observou-se um crescimento da oferta superior ao crescimento populacional, o que resultou em taxas de leitos por habitante maiores em todas as regiões, principalmente nas Regiões Centro-Oeste e Sul. Nos anos 1980, na Região Nordeste, a taxa continuou crescendo, embora em ritmo menos acelerado, enquanto em todas as outras regiões verificou-se uma queda na taxa de leitos por habitante. Na década de 1990, observa-se diminuição da taxa em todas as Regiões, embora essa redução tenha tido maior expressão na Região Sudeste. Na Região Norte, o decréscimo é de pequena intensidade. Embora as tendências a uma redução da oferta de leitos por habitante sejam as mesmas observadas pelo IBGE, as taxas apresentadas neste trabalho são mais baixas do que as referidas por aquele Instituto. As diferenças devem-se, em primeiro lugar, ao fato de que aqui não foram considerados os leitos psiquiátricos. Além disso, utilizou-se como base populacional os dados preliminares do Censo 2000, o qual, como se sabe, tem uma cobertura maior do que a contagem de 1996.

A diminuição do número de leitos ocorre diferentemente segundo as regiões se considerados o setor público e o privado. No setor público, registra-se um aumento em todas as regiões no período 1992/1999, aumento esse da ordem de 1,5% ao ano nas Regiões Norte e Sudeste, de 3% ao ano no Sul e no Nordeste e de 4% ao ano no Centro-Oeste. No segmento hospitalar privado, observa-se um aumento de mais de 3,8% ao ano na Região Norte, e reduções de 1,4% a 2,3% nas demais regiões (ver tabela 17).

TABELA 17

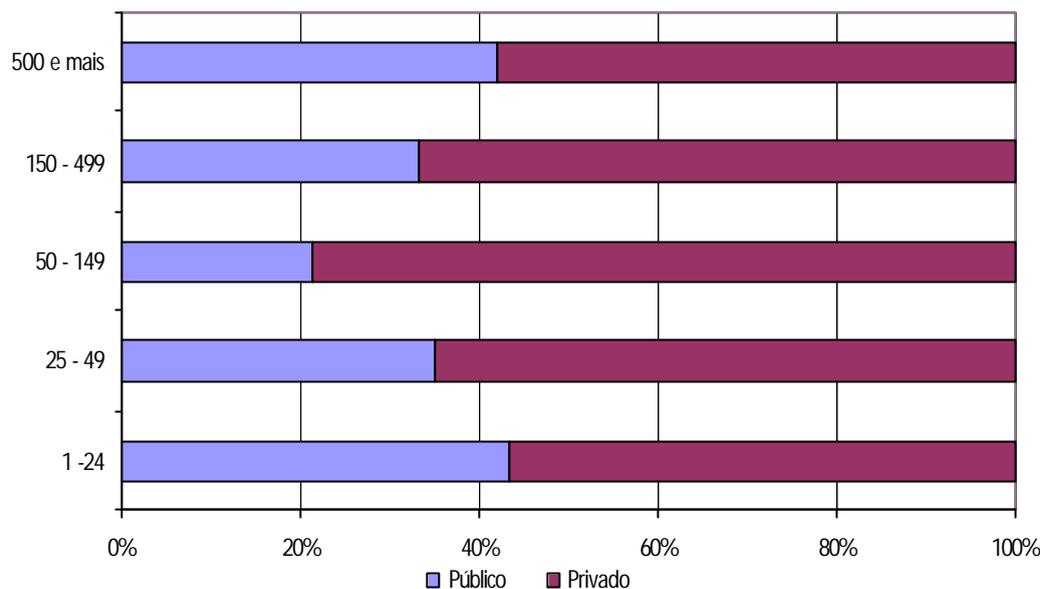
Evolução do Número de Leitos Públicos e Privados segundo Região

Região	1992		1999		Taxa Anual de Crescimento	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Norte	10.909	11.497	12.021	14.535	1,5	3,8
Nordeste	38.170	75.237	45.989	65.269	2,9	-1,9
Sudeste	44.809	157.455	49.175	131.954	1,4	-2,3
Sul	13.455	64.678	16.149	58.554	2,9	-1,4
Centro-Oeste	8.543	28.099	10.993	25.185	4,1	-1,5
Total	115.886	336.966	134.327	295.497	2,3	-1,8

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Apesar do grande predomínio do setor privado, nota-se que, para algumas categorias de porte do estabelecimento, a composição do mercado público/privado é mais equilibrada, como nos casos dos hospitais de mais de 500 leitos e no dos estabelecimentos com menos de 25 leitos. No segmento de estabelecimentos de 50 a 149 leitos, o setor privado responde por quase 80% dos hospitais (ver gráfico 12).

GRÁFICO 12

Distribuição dos Estabelecimentos Públicos e Privados com Internação segundo Porte

Fonte: AMS 1999, IBGE.

O número de **postos de trabalho** para o conjunto dos profissionais, em estabelecimentos com internação, decresceu de 1992 para 1999 a uma taxa anual de 1,8% ao ano. A diminuição mais acentuada incidiu sobre os técnicos e auxiliares tanto no setor público (-8,8%) quanto no setor privado (-14,7%), sendo mais intensa neste último setor. Os postos de trabalho para outros profissionais de nível superior (exceto médicos) aumentaram a uma taxa anual de 2,3%, fato decorrente da expansão no setor privado. Por outro lado, os postos de trabalho de pessoal administrativo cresceram a uma taxa próxima de 3% ao ano nos dois setores (ver tabela 18 e gráfico 13).

TABELA 18

Evolução dos Postos de Trabalho nos Estabelecimentos com Internação em Hospitais Públicos e Privados, AMS 1992 e AMS 1999

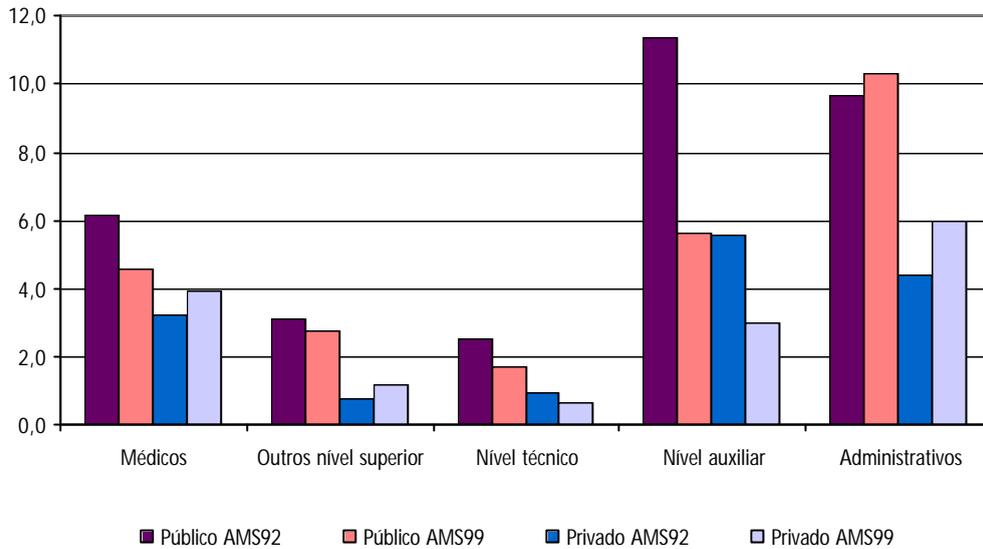
Profissionais	Público		Privado		Total		Taxa Anual de Crescimento		
	AMS 1992	AMS 1999	AMS 1992	AMS 1999	AMS 1992	AMS 1999	Público	Privado	Total
Médicos	71.657	61.940	108.804	116.917	180.461	178.857	-1,9	1,1	-0,1
Outro nível superior	36.059	36.658	25.310	34.601	61.369	71.259	0,2	5,2	2,3
Técnicos e auxiliares	160.279	98.982	218.991	107.993	379.270	206.975	-8,8	-14,7	-6,5
Administrativos	112.133	138.371	148.764	178.106	260.897	316.477	3,3	2,8	3,0
Total	380.128	335.951	501.869	437.617	881.997	773.568	-1,7	-1,8	-1,8

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Do ponto de vista da especialização (ver tabela 19), mais de 93% dos hospitais declaram-se como gerais (58,5%) ou com especialidades (35%) e menos de 7% são especializados. Os estabelecimentos privados, se comparados aos públicos, apresentam maior porcentagem de oferta de serviços especializados (ver gráfico 14).

GRÁFICO 13

Evolução do Número de Postos de Trabalho por Dez Leitos, AMS 1992 e AMS 1999



Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

TABELA 19

Distribuição dos Hospitais segundo Especialização

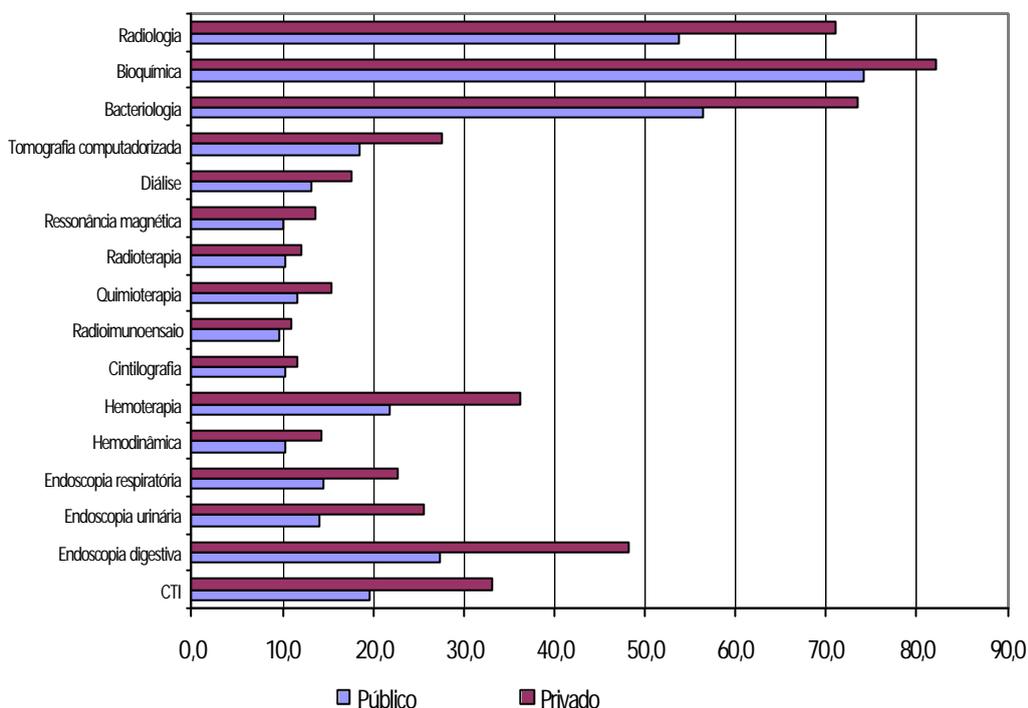
	Nº	(%)	(%)
Hospitais Gerais	4.352	58,5	100,0
Hospitais com Especialidades	2.594	34,9	100,0
Cirurgia	678		26,1
Clínica médica	600		23,1
Cardiologia	594		22,9
Ginecologia	142		5,5
Pediatria	88		3,4
Angiologia	71		2,7
Ortopedia e traumatologia	70		2,7
Obstetrícia	63		2,4
Cirurgia plástica	46		1,8
Cirurgia pediátrica	34		1,3
Oftalmologia	30		1,2
Outras	178		6,9
Hospitais Especializados	488	6,6	100,0
Pediatria	115		23,6
Cirurgia plástica	63		12,9
Clínica médica	54		11,1
Oftalmologia	42		8,6
Ortopedia e traumatologia	38		7,8
Cardiologia	34		7,0
Obstetrícia	25		5,1
Outras especialidades	117		24,0
Total	7.434		100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

Os **serviços** mais frequentemente disponíveis na própria unidade, tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, são: laboratório de bioquímica, laboratório de bacteriologia e serviço de radiologia (ver gráfico 14). Cerca de 82% dos hospitais privados e 84% dos hospitais públicos possuem laboratórios de bioquímica, sendo que essa porcentagem reduz-se para 73,5% (hospitais privados) e para 56% (hospitais públicos) no caso dos laboratórios de bacteriologia. Já os serviços de radiologia estão presentes em 71% dos hospitais privados, mas em apenas 54% dos públicos. No caso dos serviços mais especializados, também é maior a proporção de hospitais privados que declaram possuir no próprio estabelecimento serviços como quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética e hemodiálise.

GRÁFICO 14

Proporção de Estabelecimentos Públicos e Privados com Internação e com Serviços Instalados na Própria Unidade



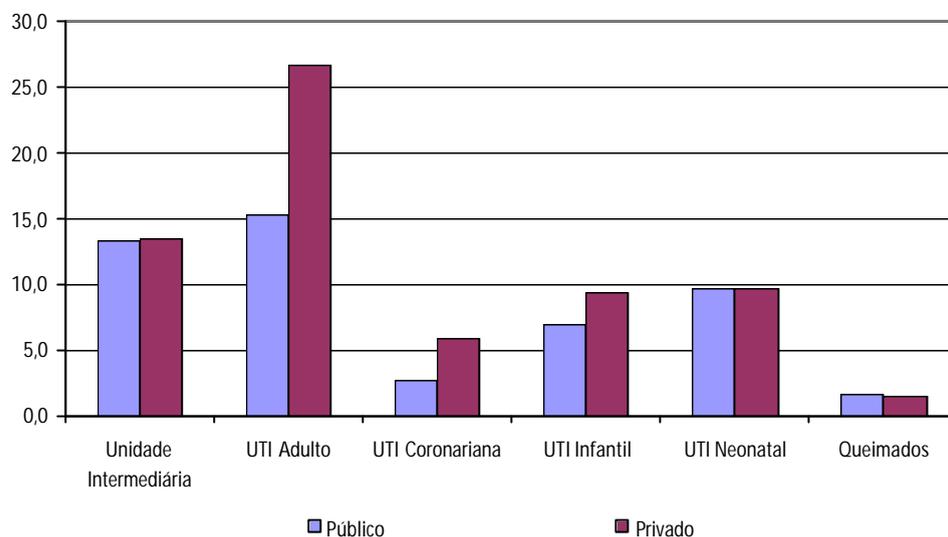
Fonte: AMS 1999, IBGE.

Uma outra informação existente na AMS 1999 diz respeito aos serviços complementares e especialmente aos de cuidado intensivo. Quando se considera apenas a existência ou não desses serviços, nota-se que apenas cerca de 17% dos estabelecimentos com internação dispõem de Unidades de Terapia Intensiva para adultos. No caso dos estabelecimentos públicos, esse percentual é de 11%, e chega a aproximadamente 20% nos privados. As demais modalidades de cuidado intensivo são ainda menos frequentes. Quando os hospitais com menos de 25 leitos são retirados da análise, verifica-se que naqueles de maior porte a situação é um pouco melhor, sendo que 27% dos hospitais privados e 15% dos públicos têm Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adulto (ver gráficos 15 e 16). De maneira análoga, segundo a AMS 1999, se considerados apenas os hospitais especializados ou com especialização em obstetrícia (aqueles que declararam obstetrícia como primeira, segunda, terceira, quarta ou quinta especialidade), observa-se que somente 10% desses estabelecimentos têm

especialidade), observa-se que somente 10% desses estabelecimentos têm serviço de UTI neonatal, sendo que esse percentual varia de 0% na Região Centro-Oeste a 17% na Região Sudeste (ver tabela 20).

GRÁFICO 15

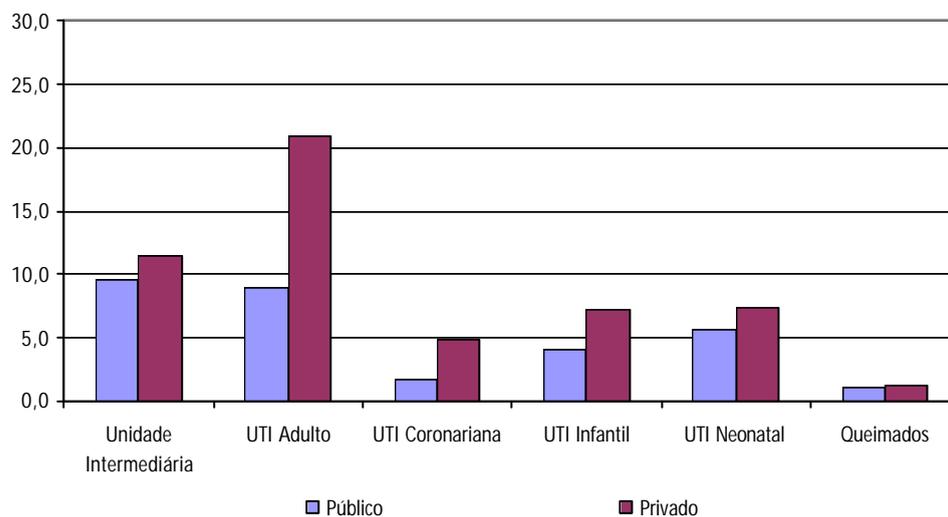
Percentual de Estabelecimentos Hospitalares com Mais de 24 Leitos com Serviços Complementares



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 16

Percentual de Estabelecimentos com Serviços Complementares em Relação ao Total de Estabelecimentos com Internação



Fonte: AMS 1999, IBGE.

TABELA 20

Proporção de Hospitais Especializados ou com Especialização em Obstetria com Serviço de UTI Neonatal

Região	UTI Neonatal		Total
	Não	Sim	
Norte	46	6	52
(%)	88,5	11,5	100,0
Nordeste	376	19	395
(%)	95,2	4,8	100,0
Sudeste	450	90	540
(%)	83,3	16,7	100,0
Sul	342	28	370
(%)	92,4	7,6	100,0
Centro-Oeste	35	0	35
(%)	100,0	0	100,0
Total	1249	143	1392
(%)	89,7	10,3	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

A distinção dos setores público e privado adquire nova perspectiva se considera as **modalidades de financiamento**. Para o país como um todo, 44% dos hospitais são financiados simultaneamente por fontes privadas e estatais, 34,5% são custeados integralmente por fontes estatais, e 21,5% o são apenas por fontes privadas (ver tabela 21). Os hospitais com mais de 50 leitos são financiados em grande parte por um sistema combinado que envolve SUS, planos privados e desembolso direto, sendo que há uma participação um pouco maior dos planos de saúde nos hospitais que têm entre 50 e 149 leitos. Nos hospitais com menos de 25 leitos, o financiamento é feito ou por meio do SUS (44%) ou mediante as operadoras de planos de saúde (37%) (ver tabela 21 e gráfico 17).

TABELA 21

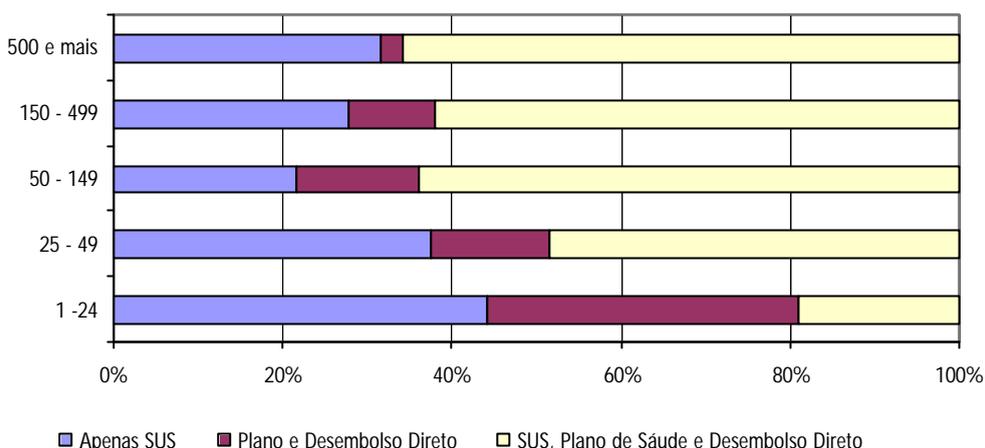
Distribuição dos Estabelecimentos com Internação por Porte e por Modalidade de Financiamento

Porte (Leitos)	Apenas SUS	Plano e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto	Total
1 - 24	1104	920	477	2501
	44,1	36,8	19,1	100,0
25 - 49	841	315	1082	2238
	37,6	14,1	48,3	100,0
50 - 149	467	311	1371	2149
	21,7	14,5	63,8	100,0
150 - 499	141	51	314	506
	27,9	10,1	62,1	100,0
500 e mais	12	1	25	38
	31,6	2,6	65,8	100,0
Total	2565	1598	3269	7432
	34,5	21,5	44,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 17

Estabelecimentos com Internação por Porte e por Modalidade de Financiamento

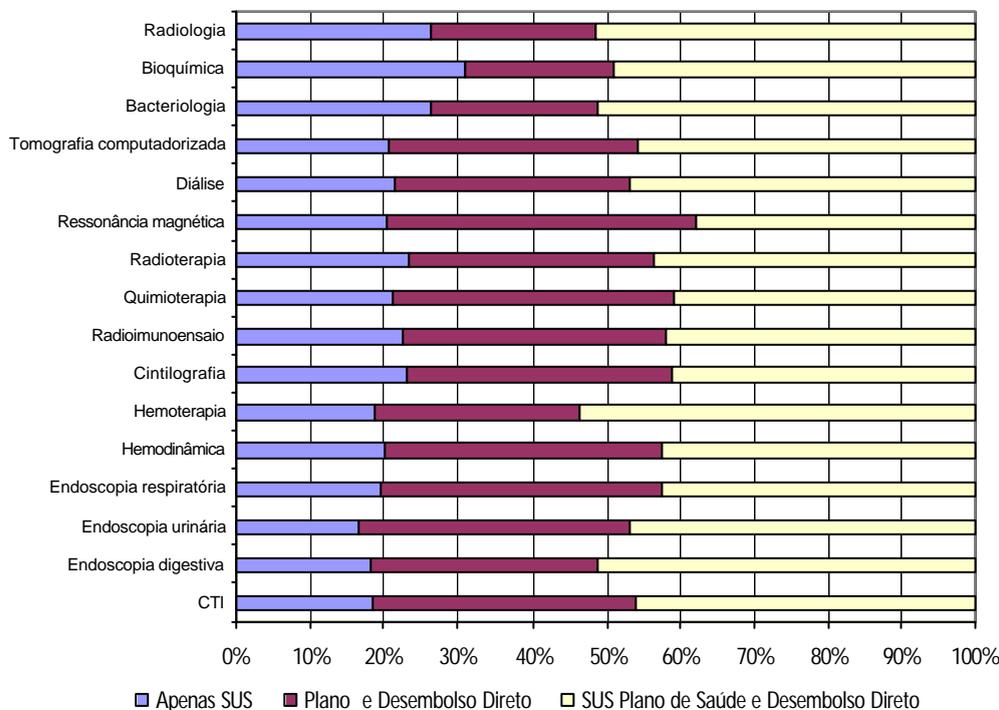


Fonte: AMS 1999, IBGE.

Analizando-se os hospitais tanto pelo porte como pela disponibilidade de recursos tecnológicos, vê-se que os de maior porte (mais de 50 leitos) e os mais equipados são os que declaram ser financiados simultaneamente pelo SUS e pelas operadoras de planos e de seguros de saúde. Os estabelecimentos que têm serviços de ressonância magnética, de quimioterapia e de endoscopia respiratória dependem de maneira um pouco mais intensa do financiamento por parte das operadoras de planos de saúde (ver gráfico 18).

GRÁFICO 18

Serviços de Apoio à Diagnose e à Terapia Instalados em Estabelecimentos com Internação, por Modalidade de Financiamento



Fonte: AMS 1999, IBGE.

A análise dos microdados da AMS 1999 permite classificar os hospitais segundo diferentes níveis de tecnologia incorporada. Para tanto, foram definidos três grupos de hospitais não psiquiátricos:

- a) hospitais com raio X acima de 100 mA (tipo C);
- b) hospitais com raio X acima de 100 mA, ultra-sonografia, respirador de adulto, eletrocardiograma e desfibrilador (tipo B);
- c) hospitais com raio X acima de 100 mA, CTI, serviço de hemodinâmica e tomógrafo computadorizado (tipo A).

Verificou-se que apenas 91 dos 5.507 municípios (1,6%) dispõem de, pelo menos, um hospital do tipo A. Dos 215 hospitais identificados, a grande maioria situa-se nas Regiões Sudeste e Sul, sendo que há Unidades da Federação, tais como Tocantins, Rio Grande do Norte, Amapá, Acre e Roraima que, segundo a AMS 1999, não possuem nenhum estabelecimento desse tipo (ver mapa 2).

Os 1.357 hospitais do tipo B estão distribuídos em 675 municípios do país, como pode ser visto no mapa 3, ou seja, apenas 12,3% dos municípios têm pelo menos um hospital do tipo B. Um total de 1.770 hospitais do tipo C foi encontrado em 1.636 (30%) municípios brasileiros (ver mapa 4). Existem ainda 1.941 municípios (35,2%) que têm algum hospital (n= 4.094), porém são hospitais que não possuem aparelhos de raio X acima de 100 mA. Finalmente, há um outro conjunto de 1.930 (35%) municípios que não possuem nenhum hospital.

TABELA 22

Hospitais Públicos e Privados segundo Tipo de Tecnologia Incorporada

Tipo de Hospital	Público	Privado	Total
Tipo A	36	179	215
Raio X acima de 100 mA, CTI, serviço de hemodinâmica e tomógrafo computadorizado	1,4	3,6	2,9
Tipo B	284	1.073	1.357
Raio X acima de 100 mA, ultra-sonografia, respirador de adulto, eletrocardiograma e desfibrilador	11,3	21,8	18,3
Tipo C	554	1.216	1.770
Raio X acima de 100 mA	22,0	24,7	23,8
Outros tipos	1.642	2.452	4.094
	65,3	49,9	55,1
Total	2.516	4.918	7.434
	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

TABELA 23

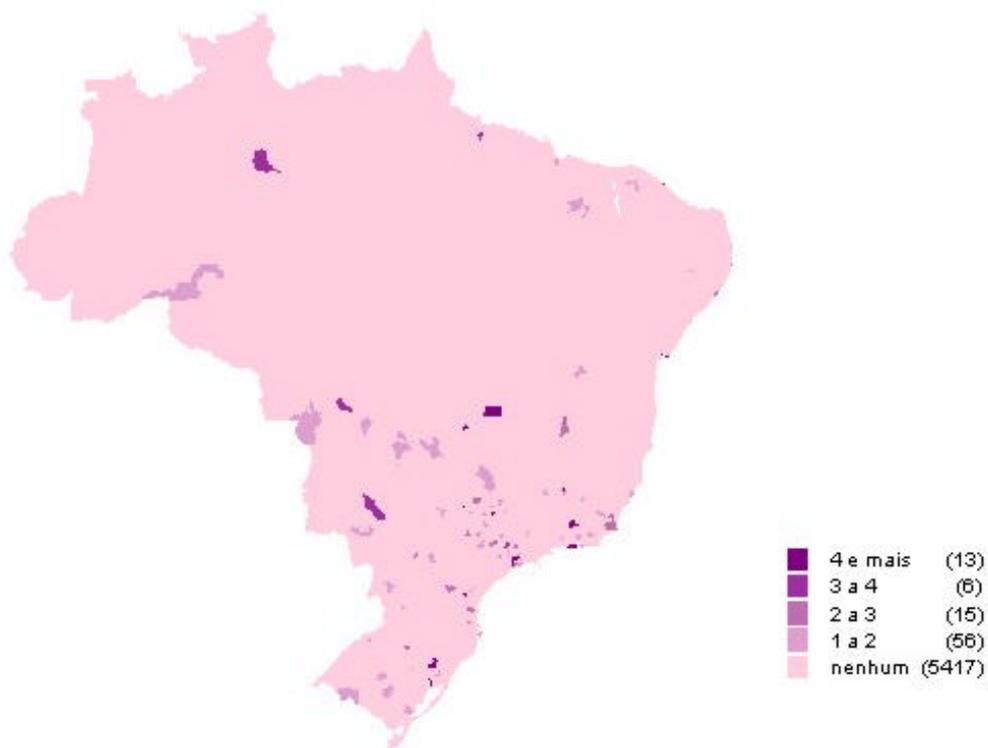
Hospitais segundo Modalidade de Financiamento e Tipo de Tecnologia Incorporada

Tipo de Hospital	Apenas SUS	Plano de Saúde e Desembolso Direto	SUS, Plano de Saúde e Desembolso Direto	Total
Tipo A	14	75	126	215
Raio X acima de 100 mA, CTI, serviço de hemodinâmica e tomógrafo computadorizado	0,5	4,7	3,9	2,9
Tipo B	222	386	749	1.357
Raio X acima de 100 mA, ultra-sonografia, respirador de adulto, eletrocardiograma e desfibrilador	8,6	24,2	22,9	18,3
Tipo C	518	277	973	1.768
Raio X acima de 100 mA	20,2	17,3	29,8	23,8
Outros tipos	1813	860	1421	4.094
	70,6	53,8	43,5	55,1
Total	2.567	1.598	3.269	7.434
	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

MAPA 2

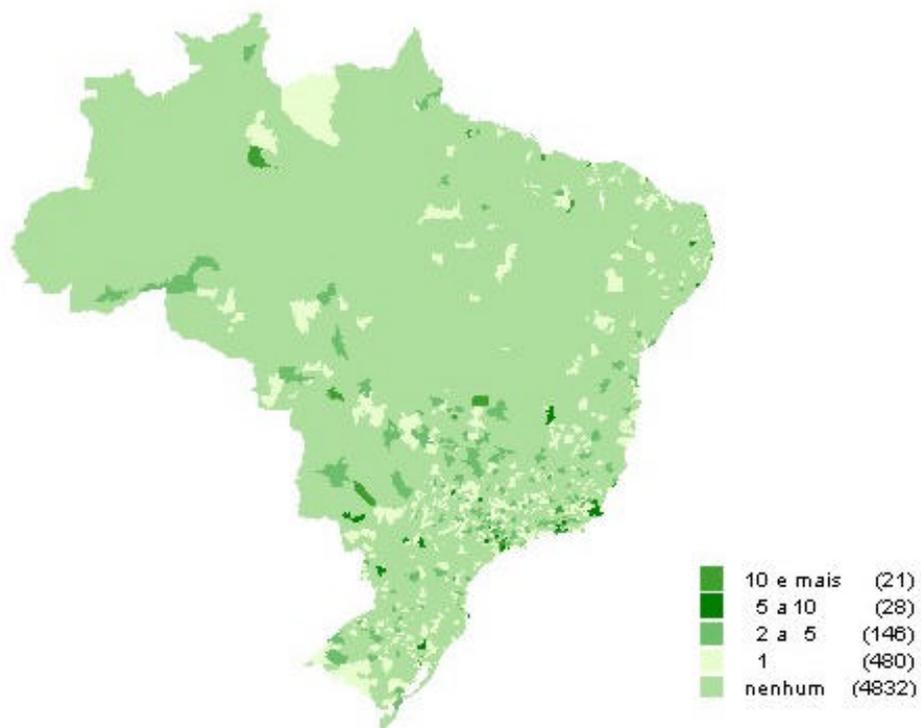
Municípios segundo Número de Hospitais Tipo A



Fonte: AMS 1999, IBGE.

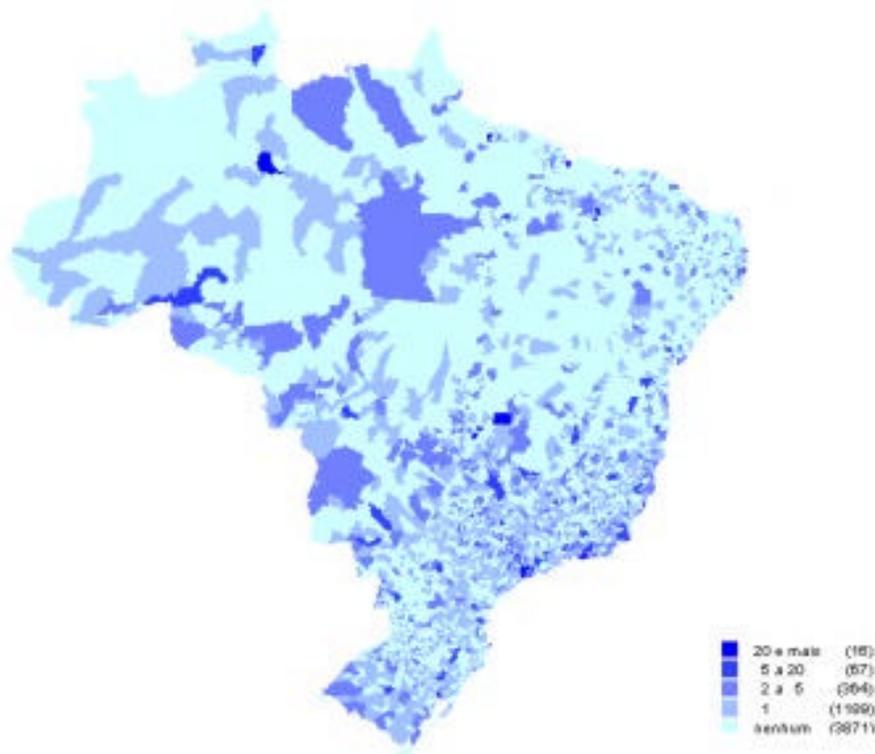
MAPA 3

Municípios segundo Número de Hospitais Tipo B



Fonte: AMS 1999, IBGE.

Municípios segundo Número de Hospitais Tipo C

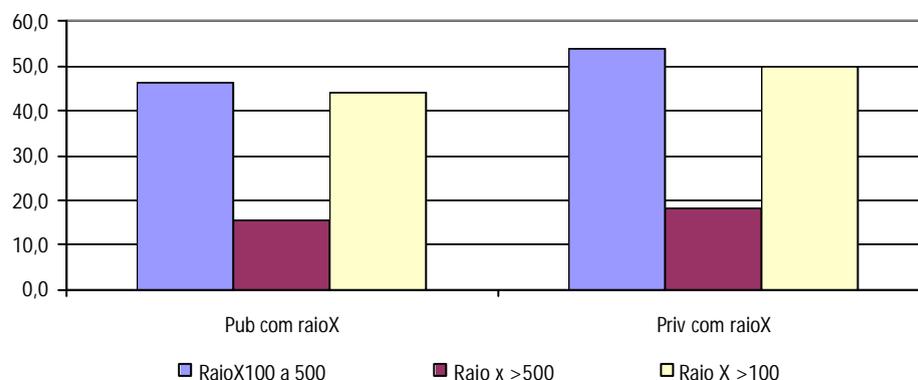


Fonte: AMS 1999, IBGE.

Tomando-se os hospitais do tipo C, ou seja, os que possuem equipamentos de mais de 100 mA de capacidade, como um marcador do estabelecimento com nível mínimo desejável de incorporação tecnológica, procurou-se verificar a distribuição desses estabelecimentos nos setores público e privado e segundo a modalidade de financiamento dos estabelecimentos. Como há grande número de hospitais com menos de 25 leitos para os quais não seria necessariamente desejável que tivessem aparelhos de raio X, a análise foi feita para o conjunto de estabelecimentos e para aqueles com mais de 24 leitos.

GRÁFICO 19

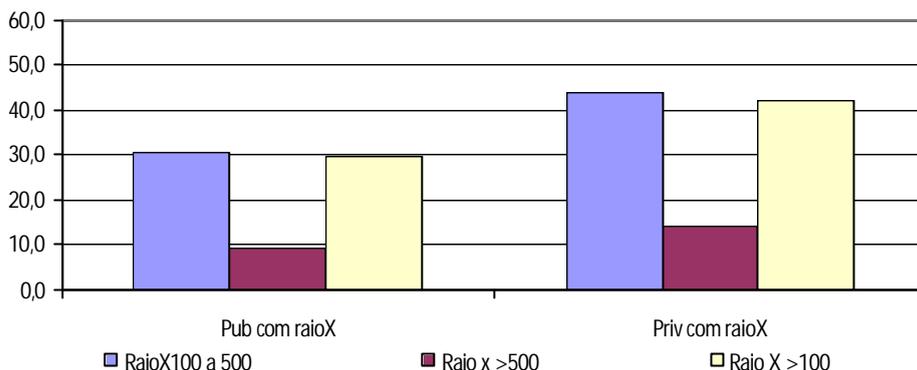
Porcentagem de Estabelecimentos Hospitalares com Mais de 24 Leitos que Dispõem de Aparelhos de Raio X



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 20

Porcentagem de Estabelecimentos com Internação que Dispõem de Aparelhos de Raio X



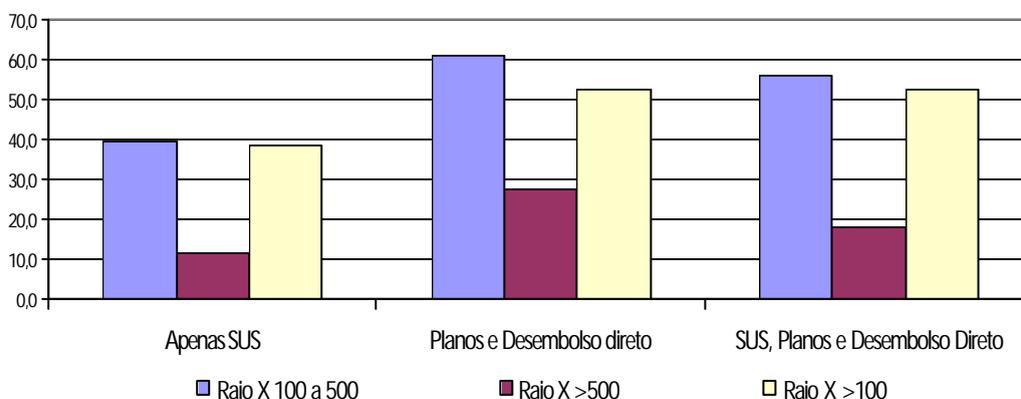
Fonte: AMS 1999, IBGE.

A partir dos gráficos 19 e 20, constata-se que cerca de 42% dos hospitais privados e 30% dos públicos possuem pelo menos um aparelho de raio X com mais de 100 mA. A proporção de estabelecimentos com, pelo menos, um aparelho de raio X com mais de 500 mA de capacidade é de 14% nos estabelecimentos privados e de 9% nos públicos. Considerando-se apenas os estabelecimentos maiores (com mais de 24 leitos), essas proporções aumentam para 50% no caso de aparelhos de raio X com 100 mA ou mais em hospitais privados e para 44% nos públicos. Já as proporções para aparelhos de raio X de mais de 500 mA aumentam para 18,2% nos hospitais privados e para 15,4% nos públicos.

Quando se analisa a oferta de aparelhos de raio X segundo as modalidades de financiamento, nota-se a mesma tendência já verificada para os serviços de maior complexidade, ou seja, os estabelecimentos financiados simultaneamente pelo SUS e por planos de saúde são mais equipados do que os que prestam serviços exclusivamente ao SUS. Entre os estabelecimentos de maior porte (acima de 24 leitos), aqueles financiados por planos de saúde são os que se encontram mais bem equipados (ver gráficos 21 e 22).

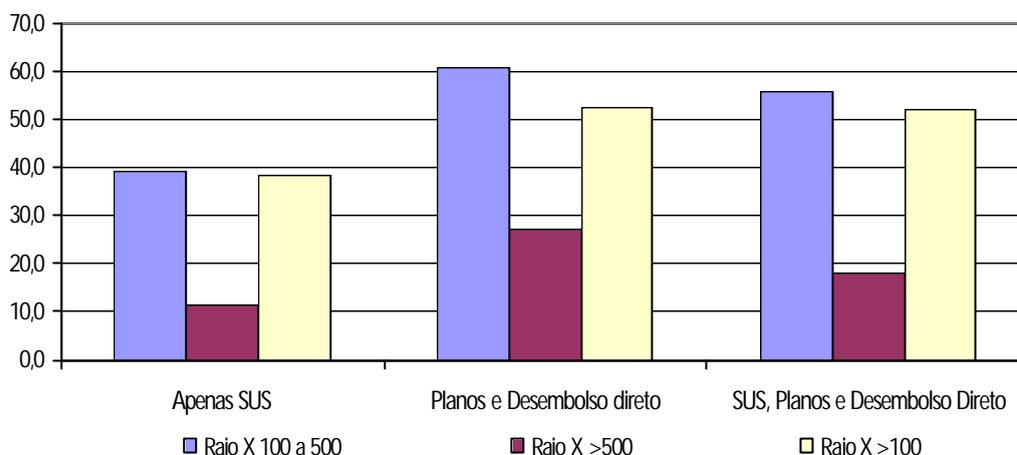
GRÁFICO 21

Percentual de Estabelecimentos com Internação que Dispõem de Aparelhos de Raio X segundo Modalidade de Financiamento



Fonte: AMS 1999, IBGE.

Percentual de Estabelecimentos Hospitalares com Mais de 24 Leitos que Dispõem de Raio X segundo Modalidade de Financiamento



Fonte: AMS 1999, IBGE.

O exame comparativo do **número de internações** registrado por duas diferentes bases de dados – a AMS 1999 e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS – possibilita, resguardadas as diferenças de propósitos, os métodos de coleta e a análise crítica das informações de ambas as fontes, inferir a magnitude das hospitalizações financiadas por operadoras de planos de saúde. A comparação dos dados da AMS 1999 com as internações no sistema público e contratado pelo SUS indica que 7,4 milhões de internações (39%) estariam sendo financiadas por planos de saúde e/ou diretamente pelos pacientes. Segundo os dados do SIH, a taxa de internação, em 1998, foi de 6,9% e a registrada pela AMS chegou a quase 11%.

Informações de base populacional coletadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 (IBGE, 2000) indicam que 25% da população brasileira é coberta por algum tipo de plano de saúde e, segundo a mesma fonte, a taxa de internação hospitalar, no mesmo ano, estaria por volta de 8%, sendo que, das 14 milhões de internações, 4 milhões (27%) teriam sido financiadas por planos de saúde. Há, portanto, uma diferença importante entre as duas fontes no que concerne às estimativas (ver tabela 23).

TABELA 23

Internações Hospitalares segundo a AMS 1999, o SIH 1998, e a PNAD 1998

Fonte	Internações	Taxa de Internação por 100 Hab.
AMS 1999	19.150.390	10,9
SIH 1998	11.714.756	6,9
Pnad 1998	15.043.960	8,9

Fonte: Pnad 1998 e AMS 1999, IBGE; SIH 1998, MS.

6 OFERTA GLOBAL DE SERVIÇOS

Quando se analisa o número de consultórios médicos disponíveis em estabelecimentos com e sem internação, observa-se uma situação bastante desigual entre regiões, seja no que se refere ao tipo de estabelecimento responsável pela assistência médica, seja no que concerne à oferta com base no tamanho da população. Assim, enquanto nas Regiões Norte e Centro-Oeste a proporção de consultórios médicos situados em estabelecimentos com e sem internação é aproximadamente a mesma, nas demais regiões predominam os consultórios dos estabelecimentos sem internação (ver tabela 24 e gráfico 23). Essa distribuição diferenciada da oferta de consultórios médicos segundo as regiões é reflexo da composição do mercado público e privado, e nunca é demais lembrar que não fazem parte da AMS os consultórios médicos privados, os quais representam uma modalidade assistencial importante no setor privado.

TABELA 24

Oferta de Consultórios Médicos em Estabelecimentos com e sem Internação

Região	Estabelecimentos com Internação	Estabelecimentos sem Internação	Total
Norte	2.518	2.864	5.382
(%)	46,8	53,2	100,0
Nordeste	9.384	18.694	28.078
(%)	33,4	66,6	100,0
Sudeste	17.606	40.264	57.870
(%)	30,4	69,6	100,0
Sul	4.484	13.233	17.717
(%)	25,3	74,7	100,0
Centro-Oeste	4.826	4.937	9.763
(%)	49,4	50,6	100,0
Total	40.065	79.992	120.057
(%)	33,4	66,6	100,0

Fonte: AMS 1999, IBGE.

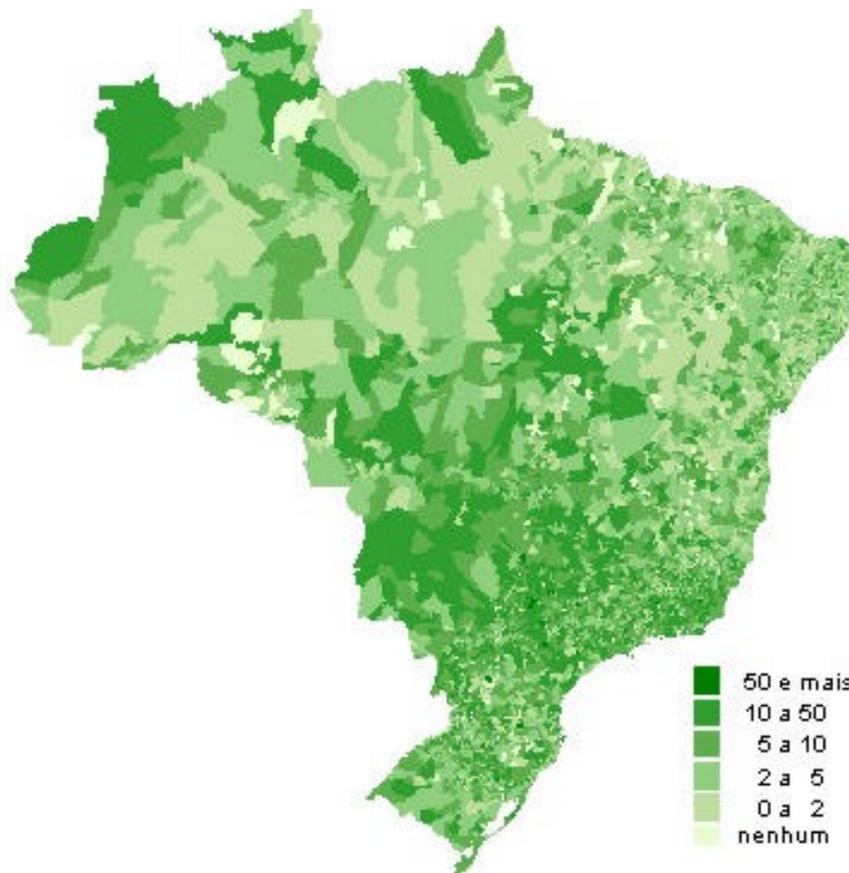
As desigualdades geográficas na oferta de consultórios médicos entre as regiões do país são evidentes se se observa o número de consultórios médicos por mil habitantes, mesmo se desconsiderados os consultórios particulares (ver mapa 5). A maior oferta está localizada na Região Centro-Oeste (11,3 consultórios por mil habitantes), oferta essa duas vezes maior se comparada à oferta observada nas Regiões Norte (5,85 consultórios por mil habitantes) e Nordeste (6,2 consultórios por mil habitantes). As desigualdades regionais na oferta de consultórios são mais evidentes se considerados as especialidades básicas (clínica médica, obstetrícia e pediatria). A distribuição regional dos consultórios para as demais especialidades é mais homogênea, embora a tendência geral seja a de oferta mais reduzida de consultórios para todas as especialidades nas Regiões Norte e Nordeste (ver tabela 25 e gráfico 24).

A oferta de equipamentos por cem mil habitantes para aparelhos selecionados mostra que há desigualdades geográficas importantes, como pode ser observado na tabela 26. A Região Sudeste tem os maiores coeficientes e é seguida das Regiões Sul e Centro-Oeste, as quais apresentam ofertas semelhantes dos quatro equipamentos

selecionados. Nas Regiões Norte e Nordeste, nas quais há coeficientes similares de equipamentos por cem mil habitantes, a oferta é bem mais reduzida.

MAPA 5

Municípios segundo Número de Consultórios Médicos por Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 23

Consultórios Médicos em Estabelecimentos com e sem Internação

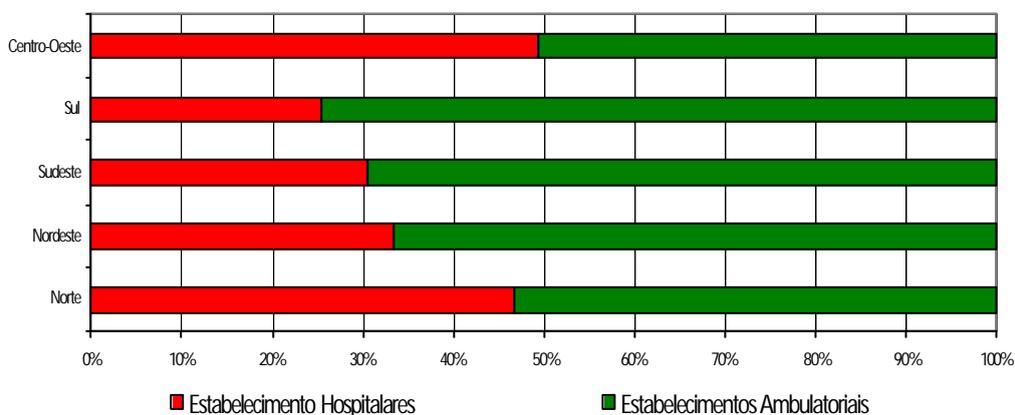


TABELA 25

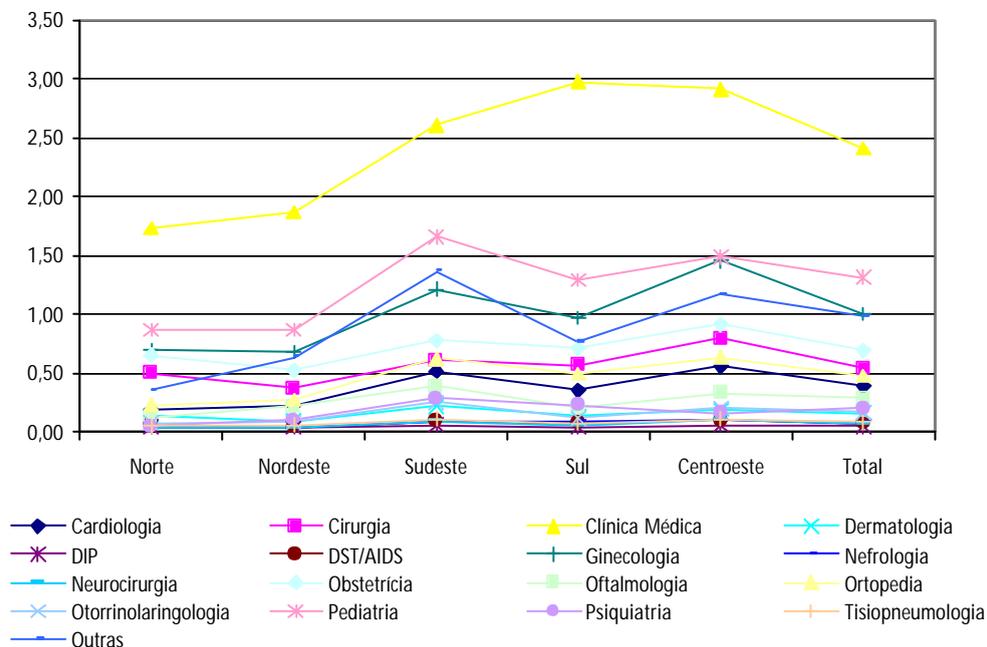
Consultórios por Mil Habitantes em Estabelecimentos com e sem Internação por Especialidade e Região

Especialidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Cardiologia	0,19	0,23	0,52	0,35	0,56	0,39
Cirurgia	0,50	0,37	0,61	0,57	0,80	0,54
Clinica Médica	1,73	1,87	2,61	2,98	2,91	2,41
Dermatologia	0,14	0,10	0,22	0,13	0,19	0,16
DIP	0,05	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05
DST/Aids	0,06	0,04	0,09	0,08	0,10	0,07
Ginecologia	0,70	0,68	1,21	0,97	1,46	1,00
Nefrologia	0,04	0,04	0,10	0,09	0,10	0,08
Neurocirurgia	0,05	0,03	0,09	0,06	0,10	0,07
Obstetrícia	0,65	0,53	0,78	0,71	0,91	0,70
Oftalmologia	0,12	0,22	0,39	0,20	0,33	0,29
Ortopedia	0,23	0,28	0,63	0,50	0,63	0,48
Otorrinolaringologia	0,08	0,09	0,26	0,12	0,21	0,17
Pediatria	0,87	0,87	1,66	1,29	1,49	1,31
Psiquiatria	0,05	0,11	0,29	0,23	0,16	0,20
Tisiopneumologia	0,05	0,06	0,11	0,07	0,11	0,09
Outras	0,36	0,63	1,36	0,77	1,17	0,98
Total	5,85	6,17	10,98	9,15	11,30	8,99

Fonte: AMS 1999, IBGE.

GRÁFICO 24

Consultórios por Mil Habitantes segundo Especialidades



Fonte: AMS 1999, IBGE.

No interior de cada região a oferta de equipamentos por cem mil habitantes configura padrões complexos de distribuição geográfica (ver mapas 6 a 9). Alguns municípios de pequeno e de médio portes possuem coeficientes altos de equipamen-

tos como tomógrafos, mamógrafos, aparelhos de ultra-som e de raio X. Os maiores valores são observados para municípios com pequeno número de habitantes e possivelmente resultam de investimentos espontâneos à margem de políticas de regionalização e de hierarquização das redes de serviços. Municípios com mais de duzentos mil habitantes têm coeficientes menores, sendo que 5% desses têm no máximo de três a cinco tomógrafos por cem mil habitantes, enquanto 13% deles não têm tomógrafos.

TABELA 26

Equipamentos Seleccionados por Cem Mil Habitantes segundo Regiões

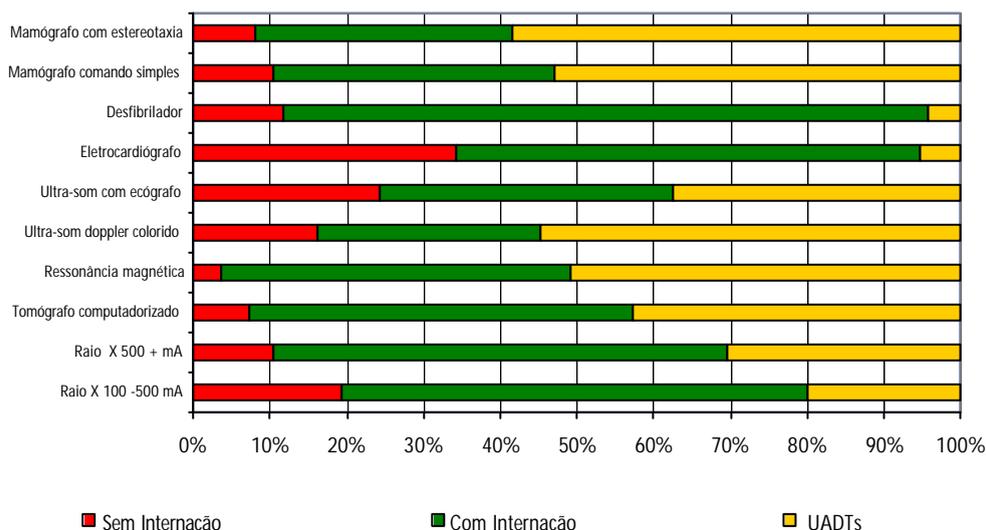
Região	Mamógrafos	Ap. Ultra-Som	Ap. Raio X	Tomógrafos
Norte	0,4	3,4	2,7	0,4
Nordeste	0,7	4,4	3,1	0,5
Sudeste	1,7	8,9	7,8	1,3
Sul	1,2	6,5	5,8	0,8
Centro-Oeste	1,3	7,8	6,0	0,9
Total	1,2	6,8	5,7	0,9

Fonte: AMS 1999, IBGE.

A análise da oferta de equipamentos, considerando-se todos os estabelecimentos de saúde, revela uma concentração tecnológica maior nos hospitais ou em UADTs dependendo do equipamento. Assim, equipamentos de diagnóstico por imagem, como mamógrafo e aparelhos de ultra-som e de ressonância magnética, por exemplo, localizam-se freqüentemente em UADTs. Tomógrafos e aparelhos de raio X estão mais concentrados em hospitais. Por outro lado, a rede ambulatorial tem, como era de se esperar, uma proporção maior de aparelhos de eletrocardiografia (ver gráfico 25).

GRÁFICO 25

Distribuição Percentual de Equipamentos Seleccionados segundo Tipo de Estabelecimento

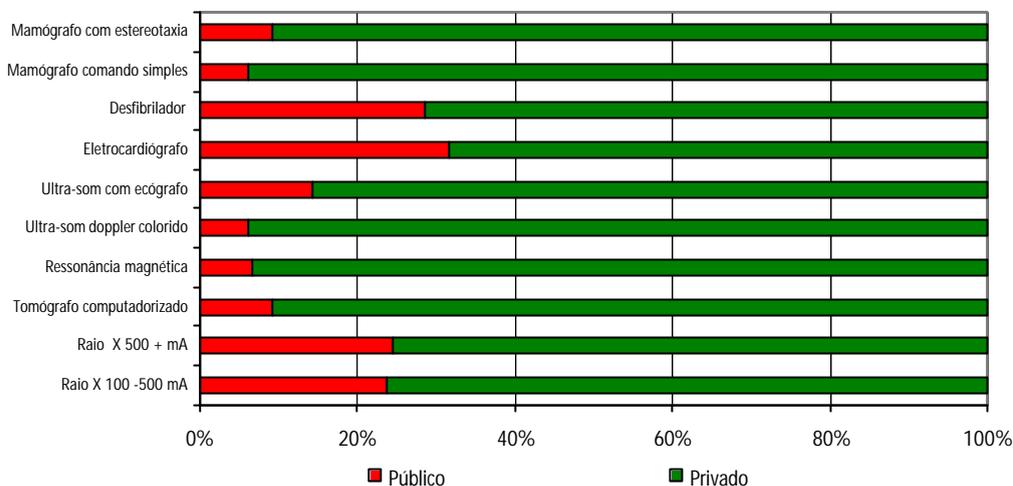


Fonte: AMS 1999, IBGE.

Os aparelhos selecionados nesta análise estão localizados quase que exclusivamente em estabelecimentos privados, à exceção dos mais simples, tais como eletrocardiógrafo, desfibrilador e aparelhos de raio X (ver gráfico 26).

GRÁFICO 26

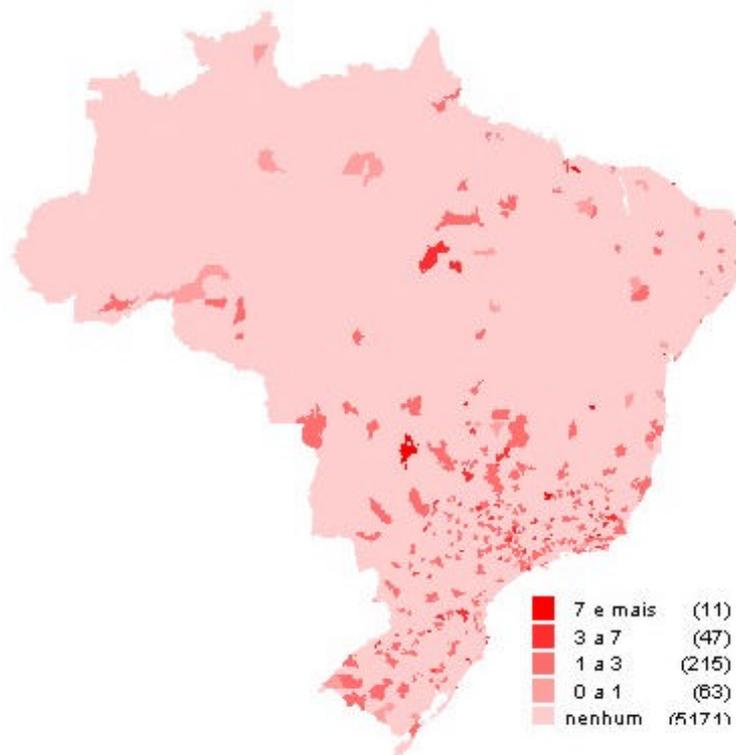
Distribuição Percentual de Equipamentos Selecionados segundo Setor Público ou Privado



Fonte: AMS 1999, IBGE.

MAPA 6

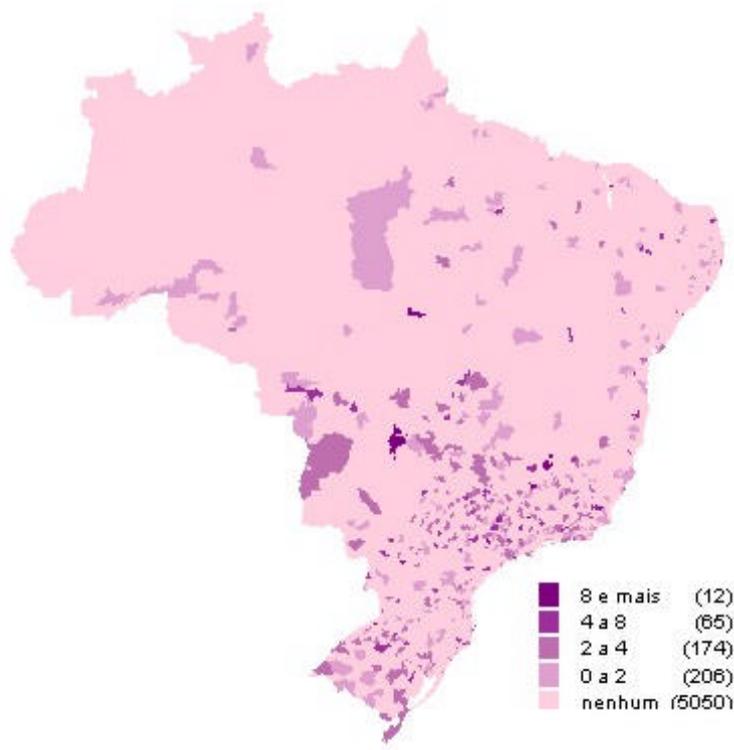
Número de Tomógrafos Computadorizados por Cem Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

MAPA 7

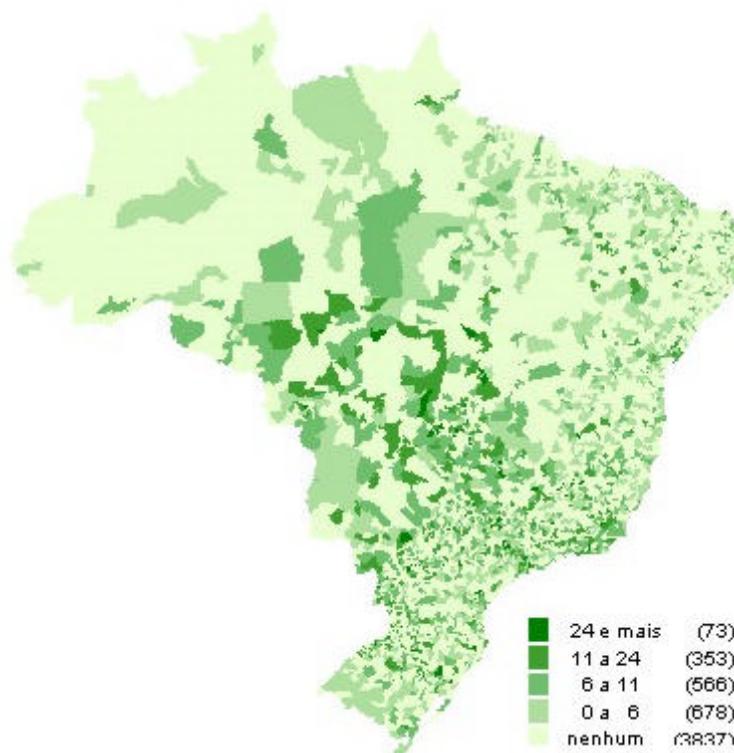
Número de Mamógrafos por Cem Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

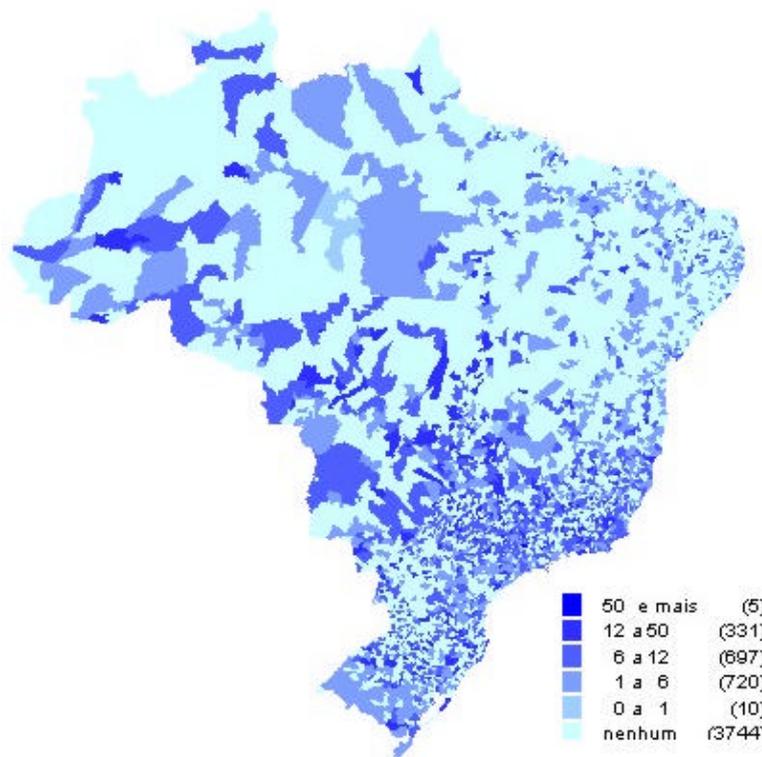
MAPA 8

Número de Aparelhos de Ultra-Som por Cem Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

Número de Aparelhos de Raio X (100 mA e Mais) por Cem Mil Habitantes



Fonte: AMS 1999, IBGE.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma síntese das informações da AMS pode ser formulada quando se observa o conjunto dos estabelecimentos cadastrados pela pesquisa sob três eixos: a expansão da capacidade instalada, as relações entre os serviços públicos e privados e os recursos humanos e tecnológicos incorporados às unidades sem e com internação.

A análise comparativa dos dados da AMS 1999 com os da AMS 1992 evidencia uma certa desaceleração no ritmo de crescimento dos estabelecimentos de saúde ambulatoriais, uma estagnação nas taxas de crescimento dos estabelecimentos hospitalares e um incremento considerável de determinadas especialidades de Unidades de Apoio à Diagnose e à Terapia.

Quando se examina a evolução dos estabelecimentos durante o período 1992/1999, considerando-se a sua natureza pública ou privada, observa-se que os estabelecimentos públicos e privados sem internação cresceram a taxas anuais de 3% e de 4,8%, respectivamente. No caso das UADTs, as taxas de crescimento entre 1992 e 1999 foram mais elevadas no setor privado (11,7% ao ano) se comparadas às taxas observadas no setor público (9,2% ao ano). Observam-se, ainda, taxas de crescimento positivas para estabelecimentos e leitos hospitalares públicos (3,3% ao ano) e uma leve retração do setor hospitalar privado (-0,3% ao ano).

A redução do ritmo de crescimento dos hospitais e a ampliação das unidades ambulatoriais, sobretudo das UADTs, parece articular-se com uma importante alteração na estrutura da oferta de postos de trabalho dos estabelecimentos de saúde. Em 1992, foram registrados 2,1 postos de trabalho em hospitais para cada posto de trabalho em unidades ambulatoriais. Em 1999, os hospitais ainda concentravam a maior parte do emprego médico institucionalizado, mas as unidades ambulatoriais passaram a dispor de 45% do total dos postos de trabalho das unidades assistenciais.

Tal movimento de expansão das unidades ambulatoriais e de redução dos hospitais pode, por um lado, sinalizar tendências mais gerais da “desospitalização” da assistência, mas também parece refletir a parcimônia dos investimentos realizados para a ampliação e a adequação da rede às necessidades assistenciais. A retração no número de hospitais não parece acompanhar-se de uma exteriorização de atividades clínicas, cirúrgicas ou diagnósticas especializadas para os ambulatórios. Todavia, essa suposição carece de maior aprofundamento diante da ausência de informações sistematizadas sobre a visível expansão de serviços de saúde como os de *home care* e hospitais-dia, ao longo da década de 1990.

A análise da **rede ambulatorial** evidencia que sua expansão vem sendo viabilizada, fundamentalmente, pelas unidades de pequeno porte. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os estabelecimentos com até quatro consultórios representam mais de 90% do total das unidades sem internação. Esse padrão é mais acentuado nas Regiões Norte e Nordeste, onde as UBSs e as unidades com um consultório conformam, respectivamente, mais de 80% e mais de 70% do total da oferta de serviços ambulatoriais. Em tais unidades, sobretudo naquelas financiadas pelo SUS, predominam a baixa especialização e a ausência de equipamentos diagnósticos.

Somando-se os consultórios médicos dos estabelecimentos ambulatoriais com os dos hospitais, obtém-se uma estimativa mais realista da oferta de serviços ambulatoriais institucionais. Mais de 30% dos consultórios médicos de instituições pertencem a unidades com internação, e essa proporção é ainda maior nas Regiões Norte (47%) e Centro-Oeste (49%). Considerando-se todos os consultórios-turno, a oferta potencial é de mais de um milhão e meio de consultórios, suficiente para atender à população.

Entretanto, a distribuição da oferta potencial de consultórios é diferenciada entre regiões e especialidades. As Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul possuem uma relação consultório/habitante quase duas vezes maior do que as Regiões Norte e Nordeste. As disparidades regionais, sempre desfavoráveis às Regiões Norte e Nordeste, mantêm-se para quase todas as especialidades. Da mesma forma, quando se analisa o conjunto dos equipamentos, vê-se que, nas Regiões Norte e Nordeste, a oferta de equipamentos por cem mil habitantes é muito menor do que nas demais regiões.

No exame dos **estabelecimentos com internação**, destaca-se uma tendência de estagnação de leitos e de hospitais e, conseqüentemente, queda da relação leito/habitante nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Esse processo parece movido não apenas pelas alterações nas indicações e nas condutas clínicas e cirúrgicas, as quais tendem a diminuir o tempo médio de permanência das internações, mas também pelo racionamento da oferta. Nas Regiões Norte e Nordeste, a oferta de leitos acompanhou o crescimento populacional, o que resultou em taxas mais estabilizadas nas duas últimas décadas. A tendência mais geral da oferta de leitos por habitante parece

direcionar-se no sentido de uma convergência em torno da média nacional de dois a três leitos por mil habitantes.

A análise da capacitação tecnológica dos hospitais, centrada nos recursos de uso mais universal alocados no próprio estabelecimento, como raio X, evidencia que uma parte significativa dos hospitais brasileiros (45%) sequer possui aparelhos de raio X de mais de 100 mA. Observa-se ainda que a presença desses equipamentos e também de serviços mais especializados é mais expressiva nos hospitais privados do que nos públicos, à exceção das unidades de cuidados intensivos intermediários e das UTIs neonatais, cuja proporção é semelhante em hospitais públicos e privados com mais de 24 leitos.

O cotejamento das informações sobre especialização/capacitação tecnológica dos hospitais com as modalidades de financiamento sugere um gradiente de complexidade, determinado antes pela vinculação do estabelecimento com seus financiadores do que por uma hierarquização territorializada das redes de serviços. Os hospitais financiados apenas pelo SUS mostram-se menos especializados, os vinculados às operadoras de planos de saúde são relativamente mais especializados e os mais complexos recebem aporte financeiro do SUS e das operadoras de planos de saúde.

Agregando-se esse conjunto de tendências, verificam-se, simultaneamente, importantes mudanças na estrutura da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares e uma reiteração de padrões que caracterizam o sistema de saúde brasileiro. O crescimento da rede de estabelecimentos sem internação, ainda que a taxas menores do que em períodos anteriores, e a redução na oferta de leitos hospitalares relativizam o peso dos hospitais no modelo assistencial brasileiro. Entretanto, verifica-se a permanência de uma oferta de serviços ambulatoriais desigualmente distribuídos pelas diferentes regiões do país bem como baixos níveis de especialização e de capacitação tecnológica da rede de serviços disponível para os clientes do SUS.

O padrão geral da concentração da oferta de serviços pode ser representado por uma distribuição espacial definida ao longo de uma linha imaginária que separa os estados da Região Sul, o sul de Minas Gerais e de Goiás e o Mato Grosso do Sul do restante do país. Por sua vez, essas disparidades regionais são entrecruzadas por uma distribuição municipal de determinados recursos extremamente complexa. Assim, por exemplo, municípios de pequeno porte, inclusive nas Regiões Norte e Nordeste, dispõem de recursos assistenciais muitas vezes ausentes em cidades de maior porte. O excesso ou a escassez de recursos assistenciais nas grandes cidades e também no interior do país, os quais decorrem, possivelmente, de uma demanda diferenciada dos segmentos populacionais vinculados ao SUS e daqueles segmentos financiados pelos planos privados de saúde, adicionam novas tensões aos velhos desafios de promover a universalização do acesso, a integralidade das ações de saúde e a redução das desigualdades sociais.

Atualmente, os requerimentos para o uso de informações sobre oferta/capacidade instalada de serviços de saúde são inumeráveis. As políticas de estímulo à reorganização regional expressas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), as quais implicam a exigência da elaboração de planos e de programas cujas bases territoriais ultrapassam as fronteiras municipais, certamente resultarão em consultas mais específicas à AMS. A análise por microrregiões homogêneas pode contribuir para subsidiar os gestores na implementação das diretrizes da pactuação e de programação integradas, bastando para isso vincular o código dos municípios ao da microrregião à qual pertencem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IBGE. **Estatística da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 1999**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998**. Rio de Janeiro, 2000. Microdados em CD-ROM.

_____. **Censo Demográfico 2000**. Dados Preliminares. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> >.

MS/DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> >.

VIACAVA, F., BAHIA, L. **Assistência Médico-Sanitária: os serviços de saúde segundo o IBGE**. FIOCRUZ, Radis/Dados, n. 20, nov.1996.

EDITORIAL

Coordenação
Luiz Cezar Loureiro de Azeredo

Produção

Supervisão
Silvânia de Araujo Carvalho

Revisão
Marco Aurélio Dias Pires
Luciana Soares Sargio
Renata Frassetto de Almeida
Cidália Gomes Sant'Ana (estagiária)
Lilian Afonso Pereira (estagiária)

Editoração
Iranilde Rego
Aeromilson Mesquita
Elidiane Bezerra Borges

Reprodução Gráfica
Antônio Lucena de Oliveira
Edilson Cedro Santos

Apoio Administrativo
Tânia Oliveira de Freitas
Wagner da Silva Oliveira
Rômulo Sófocles de Almeida Panza (estagiário)

Divulgação

Supervisão
Dóris Magda Tavares Guerra

Equipe
Edineide Ramos
Geraldo Nogueira Luiz
Janaína Maria do Nascimento (estagiária)
José Carlos Tofetti
Marcos Cristóvão
Mauro Ferreira

Brasília
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
10º andar – 70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315-5336
Fax: (61) 315-5314
Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro
Av. Presidente Antônio Carlos, 51,
14º andar – 20020-010 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 3804-8118
Fax: (21) 2220-5533
Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

URL: <http://www.ipea.gov.br>

ISSN 1415-4765

Tiragem: 130 exemplares