

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PISO ASSISTENCIAL BÁSICO (PAB) NA SAÚDE: UMA ANÁLISE DE MUDANÇA NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS BÁSICOS NO PERÍODO ANTES x DEPOIS DE SUA IMPLANTAÇÃO¹

Nilson do Rosário Costa – ENSP/Fiocruz –

Luiz Felipe Pinto – ENSP/Fiocruz -

I - INTRODUÇÃO

Avaliação de Qualidade do Sistema de Saúde

A descentralização da provisão da atenção saúde foi considerada, ao longo da década de 1980, como o caminho mais adequado para aumento da responsabilização dos gestores e garantia de efetividade da assistência. Em fins dessa década, algumas hipóteses foram formuladas sobre os incentivos que os gestores locais teriam para implementar objetivos de saúde e melhorar a performance do sistema local (Bossert, 1998).

Para muitos dos programas de saúde, implementados de modo descentralizado, a dependência para o bom desempenho das decisões do gestor local tornou-se uma variável decisiva. Esse é o caso dos programas de ampliação de cobertura na atenção básica desenvolvidos no Brasil desde meados da década de 1990. A qualidade do desempenho do sistema de saúde brasileiro na atenção básica está diretamente associada ao processo decisório municipal e estadual.

O Piso de Atenção Básica (PAB) criado através da Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/1997 e em vigor desde de fevereiro de 98, constituiu uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde.

Visou assegurar aos municípios um valor per capita de R\$ 10,00, repassado pelo governo federal, destinado exclusivamente ao custeio de um elenco limitado de procedimentos. A implementação do PAB trouxe como principal novidade a chamada transferência regular e automática, onde o repasse federal é feito diretamente aos municípios. A condição de habilitação ao PAB é definida pela NOB/96² e obriga a criação de um Fundo Municipal de

¹ Este texto baseia-se nos resultados parciais da Pesquisa “Custo e Avaliação do Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica (PAB)”, coordenada pelo Prof. Nilson do Rosário Costa.

² A NOB 96 estabeleceu duas únicas condições de gestão: plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal

Saúde e um Conselho Municipal de Saúde, dando maior autonomia e responsabilidade ao gestor municipal.

O novo mecanismo dissociou a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. Isto é, de acordo com o sistema de pagamento por serviços previamente prestados, os municípios mais pobres e, portanto, sem uma infra-estrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde, acabavam prejudicados. Comparados aos municípios mais desenvolvidos, recebiam do SUS valores menores, porém coerentes, por um lado, com a precariedade da rede de saúde existente no local, e por outro, com a quantidade de procedimentos e atendimentos realizados. Quanto maior o número de hospitais, ambulatórios e postos de saúde, maior era a possibilidade do município receber aportes financeiros junto ao SUS. O antigo sistema, por meio do faturamento em cima do número de doentes e de procedimentos realizados, perpetuava um modelo de atenção distorcido, com pouca ênfase na adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde.

Um estudo exploratório realizado pelo Ministério da Saúde em 1997, baseado em dados do SIA/SUS para o ano de 1996 (Ministério da Saúde, Relatório do MS-GTT/PAB, 1998), revelou que aproximadamente 70% dos municípios brasileiros (mais ou menos 3.860 municípios) receberam naquele ano menos de R\$ 10,00 per capita. Esse dado permite formular a hipótese de que os recursos do PAB – chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimento e com uma rede de serviços de menor complexidade, podem provocar um forte impacto na qualidade da assistência básica, promovendo, indiretamente, uma mudança gradual no atual modelo de saúde.

Em síntese, o PAB trouxe inovações importantes que devem ser avaliadas (**Quadro I**)

QUADRO I: INOVAÇÕES TRAZIDAS PELO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

(1) Alocação de uma parcela dos recursos federais voltados para o custeio de determinados procedimentos na rede pública de saúde
(2) Incentivo ao desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde.
(3) Reorganização da atenção básica com possível melhoria tanto nas condições de acesso, como na qualidade do atendimento prestado, especialmente visando os municípios e as populações praticamente sem acesso aos serviços de saúde no começo da década de 1990
(4) Indução de gradativa mudança no modelo assistencial com o desenvolvimento de Programas inovadores, como o Programa de Saúde da Família
(5) Definição de um conjunto de indicadores de processo e resultado para avaliação do impacto na qualidade da atenção associado ao PAB.

A possibilidade de investigar o impacto do PAB permite, na verdade, mover o foco do debate sobre a situação do Sistema de Saúde brasileiro de uma visão pessimista da experiência de descentralização e da perspectiva excessivamente otimista em relação às suas virtudes intrínsecas (Silva & Costa, 2000).

As análises pessimistas assinalaram um conjunto de riscos associado aos processos de descentralização como a baixa capacidade de gestão dos municípios na área de saúde; o uso das transferências SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde; a “atomização” e a “pulverização” dos serviços de saúde decorrente da tendência dos Municípios procurarem ter seu próprio hospital ou serviços; a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala ou pela utilização de sistema de referência apropriado (World Bank, 1999:51)

Os otimistas, como Vianna e Piola (1996) sugeriram que um dos efeitos relevantes introduzidos pelos incentivos à maior autonomia decisória do gestor municipal no setor saúde brasileiro seria a ampliação da responsabilidade da instância local em relação aos recursos federais que lhe são transferidos.

Segundo os autores, no processo de descentralização brasileiro, as modalidades de habilitação vigentes no início da década de 1990, embora incentivassem o aumento da produção de serviços, criavam expectativas e pressões por mais recursos federais ao fortalecer, nas

instâncias subnacionais, a cultura do provedor privado remunerado segundo a quantidade e densidade tecnológica de procedimentos.

Em meados da década de 1990, quando foi ampliada efetivamente a titularidade da gestão local pela NOB1/96 teriam ficado bem evidentes os limites dos repasses federais face às necessidades de financiamento do sistema local, gerando “um incentivo natural à contenção de custos, ao uso de recursos próprios e uma maior responsabilidade pela gestão dos serviços” (Vianna & Piola, 1999:12).

O Desenho Metodológico de Estudo Retrospectivo sobre Qualidade

Nesse parte da Pesquisa, utilizou-se como recurso um estudo longitudinal com o objetivo específico de oferecer evidências sobre os resultados do processo de implementação do PAB na qualidade da atenção à saúde nos Municípios brasileiros.

O estudo de tendência tomou com unidade de análise a variável “Município”. Os municípios aparecem agregados em variáveis de análise para identificar as associações entre certos atributos gerais (como porte populacional ou inserção regional) e indicadores de estrutura, processos e resultados da provisão da atenção à saúde decorrentes do processo de descentralização da atenção ambulatorial e básica.

Os diferentes agregados municipais brasileiros foram avaliados em dois momentos distintos da década de 1990 (anos 1992 e 1999). O estudo utiliza esses agregados como unidade de referência para a definição da unidade de informação. As informações coletadas para as variáveis dependentes estão disponíveis nos bancos de dado resultantes dos inquéritos nacionais sobre estrutura da provisão de saúde – microdados das pesquisas sobre Assistência Médico-Sanitária de 1992 e 1999 realizadas pelo IBGE - que permitem a desagregação pela unidade administrativa Município. Para construção da variável independente “porte populacional” foi utilizada a base de informação populacional do IBGE (estimativas para os períodos intercensitários).

A opção metodológica de trabalhar com os bancos de dados já disponíveis para o diagnóstico da estrutura da provisão da atenção ambulatorial, pareceu vantajosa para responder ao problema do impacto da descentralização da atenção básica sobre a estrutura dos serviços, em

razão da facilidade de execução, baixo custo relativo e capacidade de responder às perguntas fundamentais.

Estrutura, Processo e Resultado da Atenção à Saúde

Donnabedian (1984) ofereceu um conjunto consistente de respostas metodológicas ao problema da avaliação de qualidade da atenção à saúde. Como medir os diferentes resultados da destinação de recursos públicos ao sistema de atenção à saúde?

As categorias básicas estrutura, processo e resultados (impactos) propostas pelo autor informam, como princípios gerais, as possibilidades de definição e mensuração específicas de variáveis de qualidade que podem resultar de processo de implementação de macro políticas ou programas específicos na saúde. Essas categorias foram ser assim definidas:

Estrutura: compreende as condições (insumos e organização) obtidas ou disponíveis para o desenvolvimento das atividades previstas ou formuladas por uma política, programa ou projeto.

Processo: é considerado o conjunto de atividades que pode ser associado à estrutura disponível ou desenvolvida por uma política, programa ou projeto.

Resultado: refere-se a (s) mudança (s) na situação problema que pode (m) ser associada (s) ou atribuída (s) às atividades de uma política, programa ou projeto.

Nesse estudo retrospectivo focalizamos, inicialmente, as mudanças nas variáveis de estrutura³, contemplando dois pontos específicos sobre a organização da atenção ambulatorial e básica municipal e os recursos humanos, descrevendo:.

(i) o impacto distributivo da política de ampliação de cobertura da atenção ambulatorial e de novos serviços de atenção primária – Programas PSF e PACS – na estrutura de financiamento à saúde a partir da NOB 01/96, especialmente considerando os mecanismos de transferência definidos pelo Piso da Atenção Básica antes e depois de sua implantação;

³ A análise das variáveis de processo e resultado, decorrentes do *survey* realizado pelo Projeto e da avaliação dos dados de produção de serviços e epidemiológicos, estarão sendo apresentadas no Relatório Final do Projeto.

(ii) a análise da variação no número de unidades e de empregos de nível superior, técnicos e administrativos *nos estabelecimentos sem internação* do Sistema Único de Saúde (SUS) – como definidos pela pesquisa da AMS/IBGE 1992-1999. Essa categoria - *estabelecimentos sem internação* - compreende tanto unidades básicas de saúde como a rede ambulatorial. Ela será tomada como uma *proxy* das mudanças na oferta de força de trabalho na rede saúde de atenção básica. Berman (2000) comprova, nesse sentido, que a atenção ambulatorial, sob o ponto de vista do processo de trabalho médico, pode ser incorporada ao conjunto de atividades consideradas básicas no sistema de saúde nacionais.

II - A EVIDÊNCIA DISTRIBUTIVA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB).

Para responder ao ponto sobre o impacto distributivo da política pública de ampliação de cobertura na atenção básica, cabe apresentar as evidências observadas na destinação dos recursos públicos federais para os Municípios entre os anos 1997-1999 (antes e depois da implantação da NOB 01/96).

O que pode ser evidenciado, inicialmente, é que o processo de descentralização no período teve como característica básica a redistribuição dos recursos para a atenção básica, favorecendo os Municípios de pequeno porte e reduzindo expressivamente as diferenças regionais em relação ao financiamento federal para essa função da atenção à saúde.⁴

Para análise dos dados relativos ao volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para o conjunto de Municípios brasileiros entre 1997 e 1999, foi criado um banco de dados com as informações obtidas junto aos sistemas de informação do IBGE e do DATASUS/MS. O DATASUS disponibilizou em 2000, informações municipais para o que denominou “PAB ANTERIOR”, relativo a soma de todos os procedimentos ajustados para 1997⁵ e o “PAB ATUAL”, resultado de uma *projeção realizada* para 1999, a partir das hipóteses de elevação do PAB per capita para R\$10, no caso de municípios habilitados com valor anterior inferior a esse patamar; manutenção dos mesmos valores do PAB per capita, no caso de municípios habilitados com valor entre R\$10 e R\$18 e, limitação do PAB per capita em R\$18, no caso de municípios habilitados com valor superior a essa cifra. Além disso, foram levantados também

⁴ Um item da análise de resultado do PAB, que tratamos no Relatório Final, é saber se esse processo favoreceu também a destinação pelos Municípios de recursos próprios para o financiamento da atenção à saúde.

⁵ O Ministério da Saúde formou uma equipe técnica que realizou um estudo em 1997, com os dados do SIA-SUS de 1996, com o objetivo de definir aquilo que em 1998 seria chamado de procedimentos de atenção básica (procedimentos PAB). Esse

os dados relativos ao “PAB REALIZADO” efetivamente em 1999, que foi considerado, na criação dos estratos da amostra. (**Tabela 1**)

Os dados coletados demonstram um aumento real, de cerca de 34%, do valor do PAB total no período antes e depois de sua implantação (1997 x 1999), passando de R\$ 1,2 bilhão para R\$1,6 bilhão⁶. Em cada unidade da federação também se mantém esse comportamento do país, isto é, houve um acréscimo do valor do PAB per capita, não apenas antes e depois de sua implantação, como também entre o valor projetado e o valor efetivamente realizado no ano de 1999.

grupo de procedimentos gerou a variável “PAB ANTERIOR” para o ano de 1997, considerada no estudo que ora apresentamos.

⁶ Na análise dos dados referentes aos municípios habilitados no PAB, não foram considerados algumas cidades que apresentavam o nome do município como “ignorado”, embora constassem valores repassados pelo Governo Federal a esses municípios.

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DO PAB ANTERIOR 1997, PROJETADO PARA 1999
E REALIZADO EM 1999 SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO E GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1999**

Grandes Regiões	Unidades da Federação	Número de municípios	PAB anterior 1997	PAB anterior per capita	PAB projetado 1999	PAB projetado per capita	PAB realizado 1999	PAB realizado per capita
Norte	Acre	18	2.870.399,07	5,98	4.796.610,00	9,45	4.487.106,53	9,75
	Amazonas	51	12.426.973,10	5,34	23.295.963,20	9,54	22.574.850,10	9,87
	Amapá	14	2.787.175,90	7,07	4.173.756,90	9,66	4.126.668,25	9,96
	Pará	134	29.725.404,10	5,36	56.521.836,10	9,78	56.692.652,21	10,04
	Rondônia	52	9.964.495,80	7,94	13.437.397,20	10,36	13.592.380,24	10,48
	Roraima	12	1.838.862,00	7,69	2.432.215,20	9,68	2.412.997,86	9,96
	Tocantins	138	8.429.947,30	7,83	11.759.504,60	10,40	12.043.753,02	10,65
	Total	419	68.043.257,27	6,01	116.417.283,20	9,83	115.930.408,21	10,10
Nordeste	Alagoas	101	25.522.798,20	9,58	30.238.540,60	11,14	30.335.415,67	11,18
	Bahia	404	65.563.604,70	5,23	127.170.344,30	9,93	126.950.908,93	10,09
	Ceará	183	66.878.735,16	9,68	76.003.397,00	10,72	76.315.010,58	10,86
	Maranhão	212	42.590.386,30	8,10	59.665.616,20	11,10	57.824.900,17	11,10
	Paraíba	213	29.597.437,20	9,01	36.110.841,40	10,85	35.544.508,99	10,82
	Pernambuco	185	72.762.928,90	9,74	89.358.551,80	11,79	89.836.795,29	11,85
	Piauí	219	28.125.678,20	10,51	32.982.606,00	12,15	32.205.781,59	12,23
	Rio Grande do Norte	164	22.287.388,90	8,65	27.149.821,10	10,29	27.404.306,98	10,39
	Sergipe	74	16.262.302,00	9,83	20.373.660,20	11,92	20.607.781,79	12,06
Total	1.755	369.591.259,56	8,21	499.053.378,60	10,86	497.025.409,99	10,95	
Sudeste	Espírito Santo	73	13.396.767,05	4,76	28.443.880,80	9,81	28.500.463,04	9,98
	Minas Gerais	825	170.472.714,20	10,18	192.341.736,50	11,22	191.756.217,80	11,29
	Rio de Janeiro	91	92.647.944,50	6,83	139.569.753,20	10,11	140.138.031,95	10,20
	São Paulo	613	220.004.203,90	9,00	261.368.036,40	10,29	261.528.681,98	10,48
	Total	1.602	496.521.629,65	8,63	621.723.406,90	10,49	621.923.394,77	10,63
Sul	Paraná	399	101.629.656,40	11,12	109.377.082,30	11,67	110.339.852,70	11,77
	Rio Grande do Sul	441	49.038.157,20	5,11	96.688.008,80	9,87	96.222.165,16	10,00
	Santa Catarina	292	33.957.269,74	6,85	51.400.449,40	10,09	51.502.298,02	10,18
	Total	1.132	184.625.083,34	7,79	257.465.540,50	10,61	258.064.315,88	10,73
Centro-Oeste	Distrito Federal	1	13.262.341,30	7,07	18.770.150,00	9,53	19.272.957,16	9,78
	Goiás	242	32.003.014,80	6,90	48.705.746,70	10,05	49.911.807,74	10,30
	Mato Grosso do Sul	77	14.041.593,40	7,15	19.800.538,80	9,77	19.958.332,87	9,96
	Mato Grosso	126	23.306.249,50	10,19	26.828.858,80	11,29	27.227.309,92	11,46
	Total	446	82.613.199,00	7,67	114.105.294,30	10,17	116.370.407,69	10,39
Brasil		5.354	1.201.394.428,82	8,10	1.608.764.903,50	10,55	1.609.313.936,54	10,68

Nota: Foram excluídos cinco municípios, com código de município do IBGE, "ignorado".

Fonte: Para os dados populacionais, IBGE, 1997 e 1999. Para as informações do PAB, DATASUS/Ministério da Saúde, 2000.

Uma outra questão a ser evidenciada é: como se comportaram os dados municipais (per capita/ano) antes e depois da implantação do PAB ? Para responder a essa questão, realizou-se uma análise exploratória de dados (**Boxplots 1 e 2**).

Antes da implantação do PAB, podemos observar que:

- 1) os municípios das Regiões Nordeste e Sul apresentavam valores com grande variabilidade;
- 2) o 1º quartil, que corresponde aos 25% dos municípios que recebiam as menores transferências, oscilou entre R\$1 e R\$3, para as Regiões Norte, Nordeste e Sul, representando o pior desempenho desta estatística entre as regiões brasileiras;
- 3) os municípios da Região Sudeste foram os que apresentaram a maior concentração de valores mais elevados, entre R\$6 e R\$11;
- 4) os municípios da Região Centro-Oeste exibiam um comportamento semelhante àqueles observados no Sudeste, porém num patamar inferior, com valores variando principalmente entre R\$4 e R\$11.

Por outro lado, após a implantação do PAB em 1999, observa-se que (**Quadro II**):

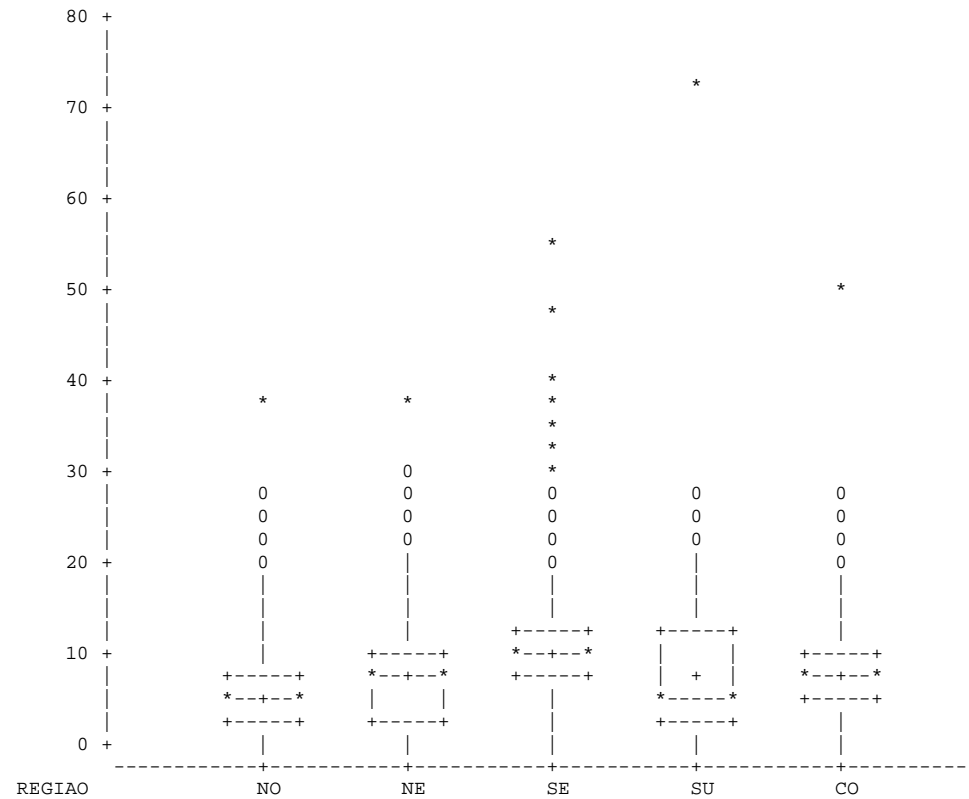
- 1) os municípios de todas as regiões brasileiras elevaram o valor do PAB per capita ano para um valor igual ou próximo a R\$10 e apresentam uma dispersão menor que o valor do PAB anterior;
- 2) os municípios da Região Norte apresentam a menor média, R\$10,57;
- 3) comparativamente os valores realizados do PAB per capita estão mais concentrados em torno da média nos municípios das regiões Norte (dp=1,77), Nordeste (dp=1,96), Sudeste (dp=2,38), Centro-Oeste (dp=2,66) e Sul (dp=2,68)⁷;

⁷ dp = desvio-padrão populacional. Representa a variabilidade da transferência recebida em relação a média, para cada Região.

BOXPLOT1: PAB PER CAPITA ANTERIOR POR GRUPOS DE MUNICÍPIOS DE CADA REGIÃO

Variable=PABCAPAN

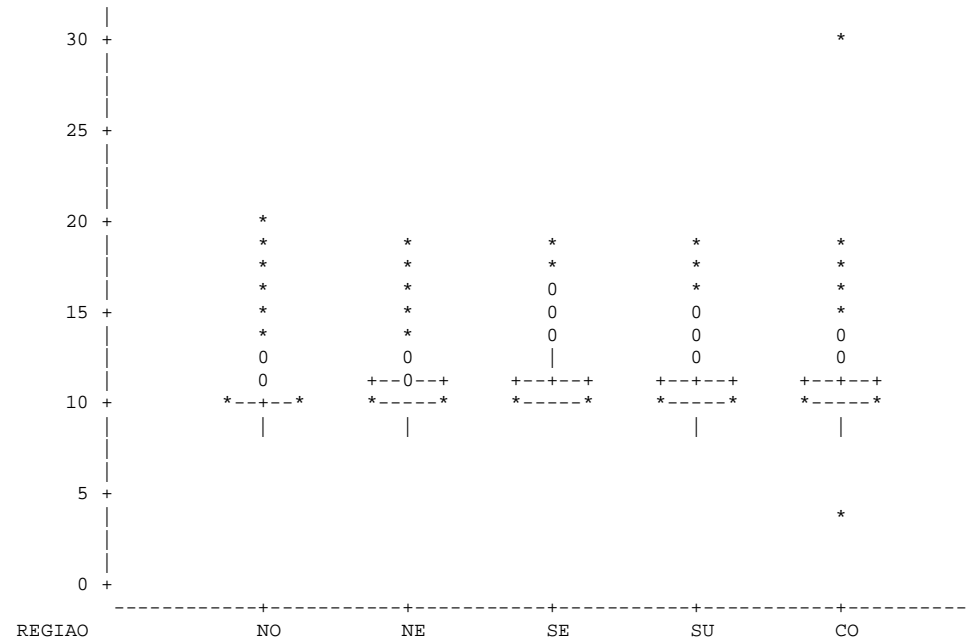
PAB*anterior*per capita



BOXPLOT2: PAB PER CAPITA REALIZADO EM 1999 POR GRUPOS DE MUNICÍPIOS DE CADA REGIÃO

Variable=PABCAP99

PAB*realizado*per capita



**QUADRO II: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS TRANSFERÊNCIAS PER
CAPITA PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO ANO DE 1999
SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1999**

REGIÃO NORTE					REGIÃO SUL						
Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita					Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita						
Moments			Quantiles		Moments			Quantiles			
N	420	100% Max	19.48083	99%	18.09714	N	1133	100% Max	18.77201	99%	18.76819
Mean	10.56707	75% Q3	10.53718	95%	15.19551	Mean	11.42264	75% Q3	11.15532	95%	18.17814
Std Dev	1.766742	50% Med	9.909787	90%	12.23848	Std Dev	2.677391	50% Med	10.0793	90%	16.69158
		25% Q1	9.756135	10%	9.570128			25% Q1	9.926163	10%	9.784531
		0% Min	8.640732	5%	9.482172			0% Min	9.173529	5%	9.758134
				1%	9.232028					1%	9.685144
REGIÃO NORDESTE					REGIÃO CENTRO-OESTE						
Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita					Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita						
Moments			Quantiles		Moments			Quantiles			
N	1756	100% Max	18.55844	99%	18.0603	N	447	100% Max	29.81797	99%	18.61723
Mean	10.85706	75% Q3	10.63882	95%	16.27802	Mean	11.19241	75% Q3	10.84124	95%	17.60899
Std Dev	1.959088	50% Med	10.00269	90%	13.51718	Std Dev	2.657143	50% Med	9.970363	90%	15.95185
		25% Q1	9.907372	10%	9.785647			25% Q1	9.800516	10%	9.676645
		0% Min	8.872437	5%	9.716412			0% Min	3.513176	5%	9.524697
				1%	9.676402					1%	9.394406
REGIÃO SUDESTE					BRASIL						
Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita					Variable=PABCAP99 PAB*realizado*per capita						
Moments			Quantiles		Moments			Quantiles			
N	1603	100% Max	18.33626	99%	18.30303	N	5359	100% Max	29.81797	99%	18.45285
Mean	11.28744	75% Q3	11.6365	95%	17.49455	Mean	11.11062	75% Q3	10.8932	95%	17.48079
Std Dev	2.375942	50% Med	10.05773	90%	15.58577	Std Dev	2.316464	50% Med	10.0427	90%	14.92423
		25% Q1	9.894597	10%	9.803867			25% Q1	9.892842	10%	9.763942
		0% Min	9.397391	5%	9.744169			0% Min	3.513176	5%	9.712499
				1%	9.679146					1%	9.48567

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde/Brasil 2000

O coeficiente de variação da destinação de recursos federais para os Municípios tornou-se bastante homogênea entre as Regiões do país, após a implantação do PAB, com especial destaque para as Regiões Norte e Nordeste. A **diminuição** da dispersão relativa do total de recursos destinados à atenção básica, no período antes e depois da implantação do PAB, em todas as regiões do Brasil, evidencia a redistributividade dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), com valores medianos em torno de R\$10 per capita/ano (**Tabela 2 e Quadro III**).

TABELA 2- COEFICIENTE DE VARIAÇÃO DO TOTAL DE RECURSOS DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS BRASIL – 1997 X1999

Grandes Regiões	1997	1999
Norte	98,4%	16,7%
Nordeste	79,6%	18,0%
Sudeste	59,1%	21,0%
Sul	81,0%	23,5%
Centro-Oeste	73,9%	23,7%
Brasil	74,8%	20,8%

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde/Brasil, 2000

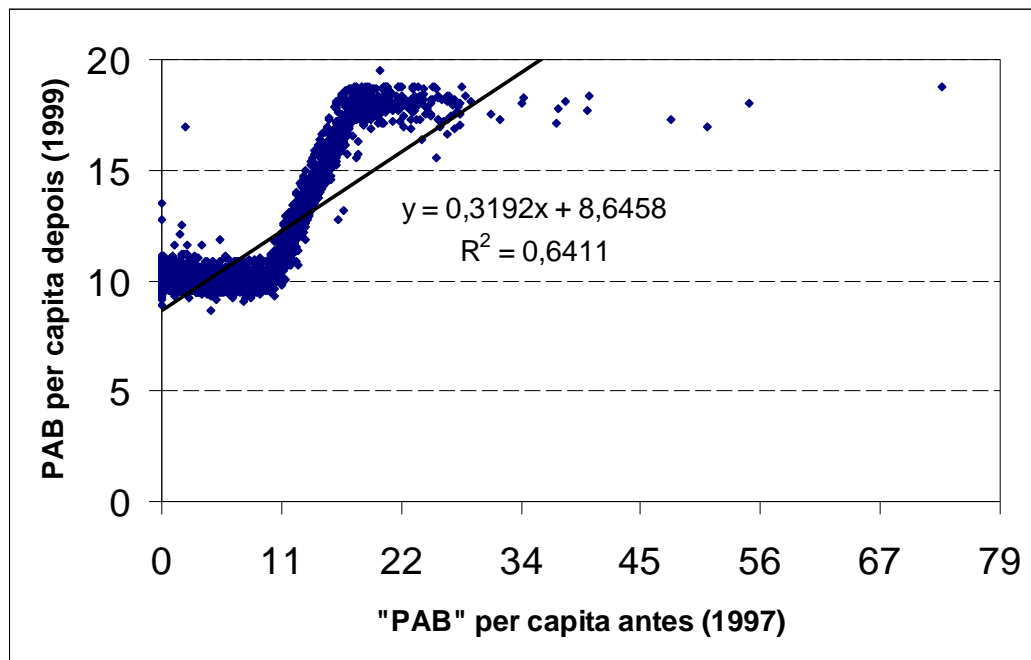
Para a comparação dos municípios brasileiros dentro de cada unidade da federação/região, além de se considerar o valor das **transferências do PAB fixo per capita** para o ano de 1999 e o conjunto de procedimentos que se convencionou chamar de “PAB” per capita para o ano de 1997, foram criados três subgrupos (**Gráfico 1**):

- (i) municípios que ganhavam em 1997, menos de R\$10 per capita/ano e que passaram a ganhar em 1999, cerca de R\$10 per capita/ano (“municípios que mais ganharam”, em número de 3.707);
- (ii) municípios que ganhavam em 1997, mais de R\$10 per capita/ano e menos de R\$18 per capita/ano, e que passaram a ganhar em 1999, valores nesse mesmo intervalo (“municípios que ganharam valores proporcionais ao intervalo R\$10 e a R\$18”, em número de 547);
- (iii) municípios que ganhavam em 1997, mais de R\$18 per capita/ano e que passaram a ganhar em 1999, até R\$18 per capita/ano (“municípios que perderam”, em número de 1.100).

Além disso, em caráter complementar, os municípios foram classificados segundo o porte populacional em cinco estratos:

- (i) municípios com até 10.000 habitantes;
- (ii) municípios com 10.001 a 50.000 habitantes;
- (iii) municípios com 50.001 a 100.000 habitantes;
- (iv) municípios com 100.001 a 200.000 habitantes;
- (v) municípios com mais de 200.000 habitantes.

GRÁFICO 1 - MUNICÍPIOS BRASILEIROS HABILITADOS ATÉ DEZEMBRO/1999 SEGUNDO "PAB" PER CAPITA RECEBIDO ANTES (1997) X PAB PER CAPITA DEPOIS (1999)



Fonte : Para os dados populacionais, IBGE, 1997 e 1999. Para as informações do PAB, DATASUS/Ministério da Saúde, 2000

Se fosse possível estimar uma reta de regressão a partir dos dados apresentados no Gráfico 1, onde a variável independente “PAB” per capita 1997 (X_i), explicasse o que ocorreu no período pós-implantação do PAB, simultaneamente para todos os três subgrupos criados, poderíamos explicar a redistribuição dos recursos por meio da equação estimada:

$$\hat{Y}_i = 0,3192X_i + 8,6458$$

O significado das estimativas encontradas nos apontaria, por exemplo, uma situação onde municípios que recebiam antes da implantação do PAB um valor per capita próximo de R\$0, passaram a receber em média, cerca de R\$8,6⁸.

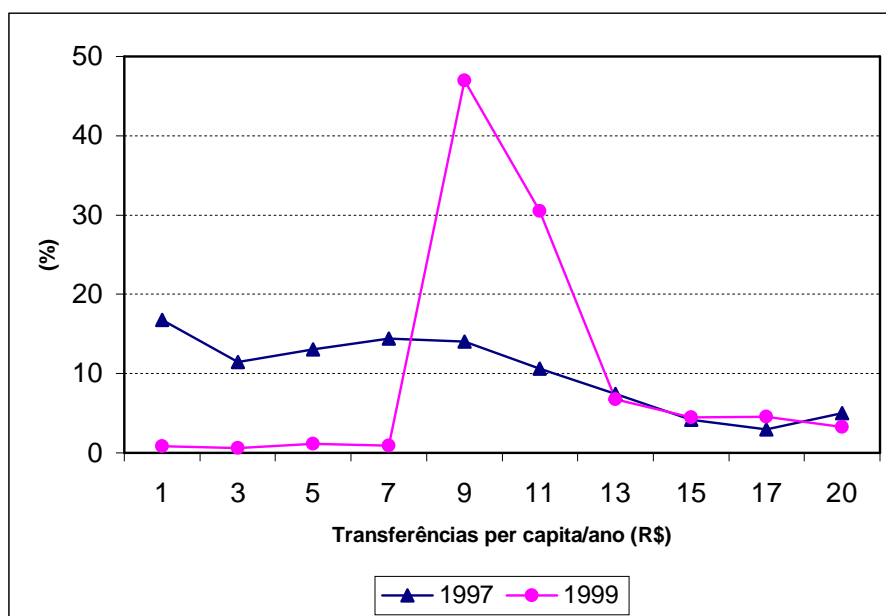
⁸ Na verdade, no gráfico de dispersão, apesar de $R^2=0,6411$, os dados sugerem a existência de três comportamentos distintos, formados pelos subgrupos propostos. A regressão teria mais sentido se fosse realizada apenas para o 2º subgrupo (G2), representado pelos municípios que apresentaram um crescimento linear nos dois períodos considerados. Entretanto estamos interessados em demonstrar apenas o comportamento geral para o conjunto de municípios brasileiros.

III - PAB FIXO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ANTES(1997) E DEPOIS(1999) DE SUA IMPLANTAÇÃO

Pode-se concluir que as regiões Norte e Nordeste foram as que mais se beneficiaram com a nova forma de transferência dos recursos do Ministério da Saúde para atenção básica: cerca de 80% dos municípios destas localidades estão no subgrupo 1, ou seja, recebiam em 1997 valores per capita/ano próximo de R\$0 e passaram a ter cerca de R\$10 em 1999.

Por outro lado, a região sudeste foi a que mais perdeu recursos, ou seja, “apenas”, 58,5% dos municípios localizam-se no grupo 1, e 31,0% estão no grupo 3, ou seja, recebiam em 1997 valores per capita/ano acima de R\$18 e passaram a ganhar no máximo R\$18. A região sul representa o local, cujos municípios tiveram uma das maiores quedas no volume de transferências no PAB (por exemplo, o Paraná apresenta 41,4% das localidades classificadas no subgrupo 3). Além disso, o Amapá (42,9%), São Paulo (38,3%), Mato Grosso (32,5%) foram outras unidades da federação com grandes reduções nesse tipo de receita.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS SEGUNDO A NOB-96 E TRANSFERÊNCIAS PER CAPITA DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA BRASIL - 1997 X 1999



Fonte : Para os dados populacionais, IBGE, 1997 e 1999. Para as informações do PAB, DATASUS/Ministério da Saúde, 2000

No Brasil como um todo, os municípios que mais se beneficiaram com a redistribuição de recursos promovida pelo Ministério da Saúde através do PAB (soma dos percentuais de G1 e G2) foram os povoados com menos de 50.000 habitantes. Em contrapartida, cerca de 30% das cidades com mais de 50.000 habitantes, tiveram o montante de recursos reduzidos. Além de ter sido elevada, a distribuição dos recursos passou a ter um aspecto mais homogêneo em torno de um valor central (**Gráfico 2 e Tabela 3**)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS NO PAB EM DEZEMBRO/1999 POR SUBGRUPOS DE RECEITA PAB FIXO PER CAPITA(*) SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1999

Grandes Regiões	Porte do município	G1	(%)	G2	(%)	G3	(%)	Total	(%)
Norte	Até 10.000 hab	154	78,97	15	7,69	26	13,33	195	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	158	85,41	10	5,41	17	9,19	185	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	22	88,00	0	0,00	3	12,00	25	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	6	85,71	0	0,00	1	14,29	7	100,00
	Mais de 200.000 hab	7	100,00	0	0,00	0	0,00	7	100,00
	Total	347	82,82	25	5,97	47	11,22	419	100,00
Nordeste	Até 10.000 hab	483	73,18	75	11,36	102	15,45	660	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	728	75,83	82	8,54	150	15,63	960	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	69	75,00	4	4,35	19	20,65	92	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	14	66,67	1	4,76	6	28,57	21	100,00
	Mais de 200.000 hab	13	59,09	1	4,55	8	36,36	22	100,00
	Total	1.307	74,47	163	9,29	285	16,24	1.755	100,00
Sudeste	Até 10.000 hab	455	56,80	121	15,11	225	28,09	801	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	353	59,43	46	7,74	195	32,83	594	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	52	53,06	1	1,02	45	45,92	98	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	41	67,21	0	0,00	20	32,79	61	100,00
	Mais de 200.000 hab	36	75,00	1	2,08	11	22,92	48	100,00
	Total	937	58,49	169	10,55	496	30,96	1.602	100,00
Sul	Até 10.000 hab	497	72,55	97	14,16	91	13,28	685	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	234	65,00	51	14,17	75	20,83	360	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	38	76,00	1	2,00	11	22,00	50	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	16	80,00	0	0,00	4	20,00	20	100,00
	Mais de 200.000 hab	13	76,47	0	0,00	4	23,53	17	100,00
	Total	798	70,49	149	13,16	185	16,34	1.132	100,00
Centro-Oeste	Até 10.000 hab	180	69,50	30	11,58	49	18,92	259	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	115	72,33	11	6,92	33	20,75	159	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	13	76,47	0	0,00	4	23,53	17	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	3	75,00	0	0,00	1	25,00	4	100,00
	Mais de 200.000 hab	7	100,00	0	0,00	0	0,00	7	100,00
	Total	318	71,30	41	9,19	87	19,51	446	100,00
Brasil	Até 10.000 hab	1.769	68,04	338	13,00	493	18,96	2.600	100,00
	De 10.001 a 50.000 hab	1.588	70,33	200	8,86	470	20,81	2.258	100,00
	De 50.001 a 100.000 hab	194	68,79	6	2,13	82	29,08	282	100,00
	De 100.001 a 200.000 hab	80	70,80	1	0,88	32	28,32	113	100,00
	Mais de 200.000 hab	76	75,25	2	1,98	23	22,77	101	100,00
	Total	3.707	69,24	547	10,22	1.100	20,55	5.354	100,00

(*) Os subgrupos de receita per capita, corresponde aos grupos de municípios classificados segundo as transferências do PAB fixo dos anos de 1997 e 1999. Fontes: DATASUS/MS e IBGE,1999.

IV – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS INCENTIVOS DA DESCENTRALIZAÇÃO NA ESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Nessa parte é realizado um estudo de tendência que avalia a situação da estrutura da rede básica municipal brasileira na década de 1990 e busca evidenciar as condições de desenvolvimento da estratégia de ampliação de cobertura, acesso e mudança de modelo assistencial definida pelo PAB. Os dados para o estudo são os disponibilizados pelos bancos elaborados pelo Projeto com os dados da AMS/1992 e da AMS/1999.

Os dados originados pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE 1992/1999) apontam, de modo geral, que o processo de municipalização dos serviços de saúde desencadeado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, em 1988, levou a uma rápida mudança na **estrutura** do setor público Municipal no Brasil.

No período de 1992-1999, os estabelecimentos de saúde de natureza municipal experimentaram uma taxa geométrica de crescimento anual, muito superior às demais unidades de saúde dos outros níveis federativos, com a transferência de estabelecimentos federais e estaduais, processando-se de forma diferente em cada região do país. Nesse processo, os estabelecimentos de saúde sem internação de natureza pública que prestam serviços de atenção básica e ambulatorial passaram a representar 23% dos municípios existentes, com destaque para as localidades de menos de 5.000 habitantes⁹. Nessas localidades, o crescimento da rede pode ser definido claramente como uma rede de unidades básicas de baixa capacidade tecnológica.

⁹ Por outro lado, nesta mesma época, cerca de 5,7% dos municípios brasileiros não possuíam nenhum estabelecimento de saúde público sem internação.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

As variáveis da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) foram criticadas e reagrupadas conforme cada situação, a fim de tornar possível a análise dos dados entre 1992 e 1999, de forma comparada. Estes dois períodos correspondem as duas últimas versões deste inquérito realizado em caráter nacional e censitário pelo IBGE, em todos os municípios brasileiros instalados no momento da pesquisa. O universo de análise exclui apenas os consultórios particulares, típicos das cidades de mais de 200.000 habitantes.

Apresentamos tabelas e gráficos que caracterizam os serviços de saúde no Brasil para todos os estabelecimentos sem internação, objeto da pesquisa, segundo grandes regiões e porte populacional.

Salienta-se que as variáveis disponibilizados pelo IBGE relativas a AMS/1992 apresentam-se em quantidade reduzida quando comparado ao ano de 1999. Com isso, algumas dimensões não poderão ser analisadas de forma comparada, como por exemplo, o número de empregos por categoria profissional.

Na análise da questão dos recursos humanos foi considerada a estratificação do número de empregos de cada categoria profissional segundo o nível de escolaridade, tal como divulgado na AMS-1992. Além dos empregos médicos (anestesiastas, cirurgião, clínico geral, gineco-obstetra, médico de família, físico médico, pediatra, psiquiatra, radiologista, médico-residente, sanitarista, outras especialidades médicas), três outros estratos foram criados: (i) empregos de profissionais de nível superior exceto médicos (assistente social, bioquímico/farmacêutico, enfermeiro, engenheiro clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, outros profissionais de nível superior); (ii) empregos de profissionais de nível técnico com e sem diploma (técnico de enfermagem, técnico de farmácia, técnico em hematologia/hemoterapia, técnico em histologia, técnico em nutrição e dietética, técnico em patologia clínica, técnico em reabilitação, técnico em vigilância sanitária e ambiental, técnico em citologia/citotécnica, técnico em equipamentos médico-hospitalares, técnico em higiene dental, técnico em prótese dentária, técnico em radiologia médica, outros técnicos); e (iii) empregos de profissionais de nível auxiliar com e sem diploma (agente de saneamento, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, fiscal sanitário, auxiliar de farmácia, auxiliar em hematologia/hemoterapia, auxiliar em histologia, auxiliar em

nutrição e dietética, auxiliar em patologia clínica, auxiliar em reabilitação, auxiliar em vigilância sanitária e ambiental, agente comunitário de saúde, agente de saúde pública, atendente de enfermagem, guarda de endemias, parteira e outros profissionais de nível elementar).

Os empregos de profissionais em funções administrativas, que inclui além do pessoal que atua em áreas administrativas, profissionais do serviço de limpeza, conservação e segurança, não foram considerados na análise dos dados sobre recursos humanos em saúde, sendo apenas utilizados no cálculo da razão entre o número de empregos médicos e empregos em funções administrativas.

Os Municípios e a Fragmentação Administrativa

Uma importante característica da década (entre 1992 e 1999) foi o persistente crescimento do número de Municípios em todas as regiões do país – cerca de 1.000, entre os dois períodos. Cabe sublinhar o especial crescimento dos Municípios muito pequenos - com até 5 mil habitantes - que apresentaram um incremento de 73%; os entre 5 e 10 mil habitantes foram ampliados em 28%. Os Municípios na faixa de 10 a 20 mil habitantes cresceram em 12% e os acima desse limiar tiveram um crescimento mais moderado – média de 2,6% entre os dois períodos, ainda que 32 novos Municípios com mais de 20 mil habitantes tenham sido criados no país entre 1992 e 1999.

Embora se argumente que esse processo esteja relacionado aos incentivos oriundos da Constituição de 1988, que teria favorecido a fragmentação administrativa, a iniciativa da fragmentação dos Municípios é uma característica da tradição da gestão pública local brasileira. Como pode ser observado na Tabela 5, em 1940 existiam pouco mais de 1.500 municípios no país. Ao longo das décadas a tendência foi de um crescimento explosivo. Entre 1940 e 1963, por exemplo, os 2.029 novos municípios foram criados com um perfil de pequenas cidades. A consolidação desta tendência nas décadas seguintes (períodos entre 1963-1988; 1988-1992; 1993-1996; 1997-1999) configurou a situação atual dos municípios brasileiros, formado em sua maioria por municípios de menos de 20.000 habitantes (74,8% do total em 1999) (**Tabela 4**). Ao mesmo tempo que os Municípios com população acima de 20.000 habitantes tem apresentado, desde a década de 1960, um crescimento residual.

**TABELA 4 - MUNICÍPIOS POR ANO DE CRIAÇÃO,
SEGUNDO FAIXAS DE POPULAÇÃO E GRANDES REGIÕES – 1940-1999**

Faixas de população e Grandes Regiões	Municípios (1)						
	Total	Ano de Criação					
		Anterior a 1940	De 1940 a 1963	De 1964 a 1988	De 1989 a 1992	De 1993 a 1996	De 1997 a 1999
Total	5.506	1.586	2.029	584	303	472	532

Porte populacional

Até 5 000	1.407	41	511	140	109	281	325
De 5.001 a 10.000	1.320	156	639	179	80	120	146
De 10.001 a 20.000	1.392	441	595	166	85	55	50
De 20.001 a 50.000	908	586	206	73	24	12	7
De 50.001 a 100.000	279	204	46	19	4	2	4
De 100.001 a 200.000	106	81	18	5	1	1	0
Mais de 200.000	94	77	14	2	0	1	0

Grandes Regiões

Norte	449	103	80	68	48	100	50
Nordeste	1.787	579	680	174	82	43	229
Sudeste	1.666	656	678	86	15	98	133
Sul	1.159	179	450	127	117	185	101
Centro-Oeste	445	69	141	129	41	46	19

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 1999.

Nota: O Distrito Federal não foi incluído nos resultados.

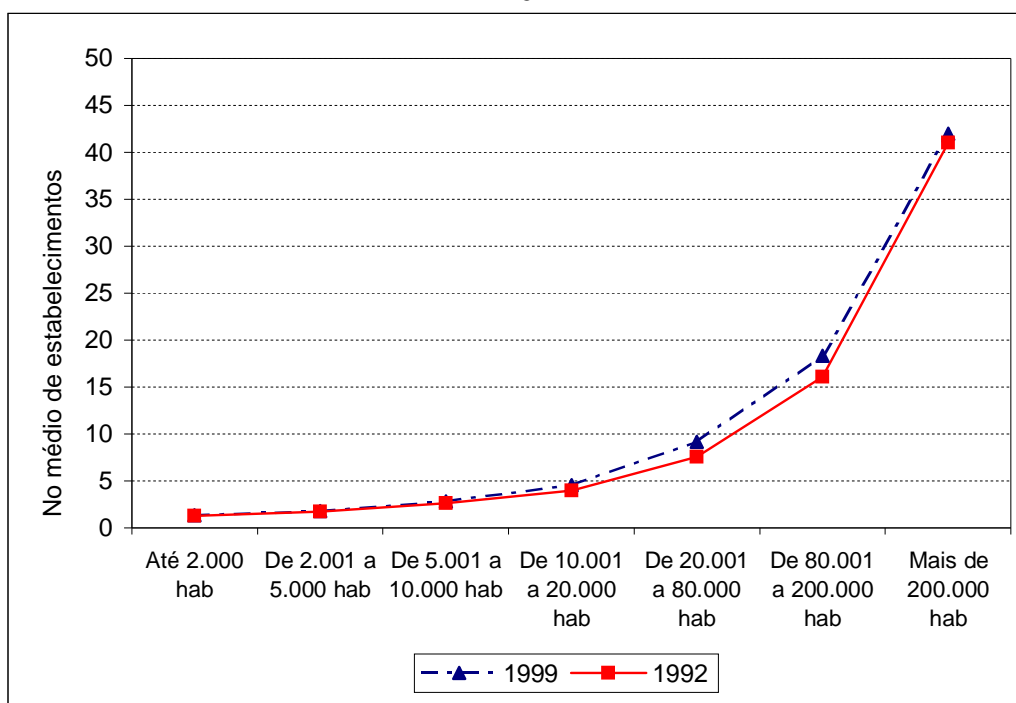
(1) Inclusive os ignorados e os sem declaração de existência.

A hipótese central em relação a tendência à fragmentação administrativa dos Municípios é considerar se essa a fragmentação poderia afetar o desempenho da descentralização e inviabilizar a ampliação da estrutura para a atenção básica, acrescentando o item da fragmentação administrativa ao conjunto de pontos assinalados como risco à *performance* na qualidade da atenção à saúde: a baixa capacidade de gestão dos municípios na área de saúde; o uso das transferências SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde; a “atomização” e a “pulverização” dos serviços de saúde decorrente da tendência dos Municípios procurarem ter seu próprio hospital ou serviços; a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala ou pela utilização de sistema de referência apropriado.

Ampliação do Número de Estabelecimentos da Atenção Básica

Um primeiro ponto que pode ser respondido sobre a descentralização é sobre a expansão da oferta de unidades ambulatoriais e básicas de saúde entre 1992 e 1999. Os dados desse estudo retrospectivo mostra que a distribuição média de estabelecimentos nos Municípios entre os dois períodos se alterou ligeiramente. Em 1999, nos municípios de menos de 2.000 habitantes, o número médio de estabelecimentos era de 1,35 por Município; nas cidades entre 2.001 e 5.000 habitantes, este valor correspondia a 1,79; entre 5.001 e 10.000 habitantes, 2,82; entre 10.001 habitantes e 20.000 habitantes, 4,56; entre 20.001 habitantes e 80.000 habitantes, 9,14; entre 80.001 e 200.000 habitantes, 18,33; e nas grandes cidades, com mais de 200.000 habitantes, 41,97. Essa distribuição é muito semelhante a encontrada em 1992, exceto para os Municípios entre 80.000 e 200.000 habitantes que tiveram visível incremento de serviços básicos na década (**GRÁFICO 3**).

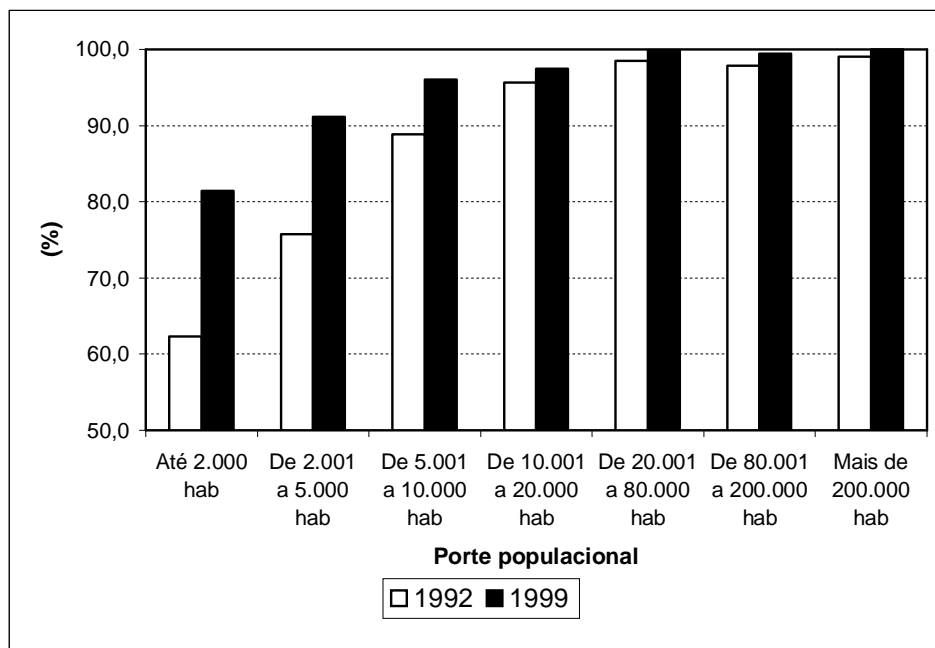
GRÁFICO 3
NÚMERO MÉDIO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
PÚBLICOS SEM INTERNAÇÃO - BRASIL - 1992 x 1999



Fonte: IBGE, AMS/1992 e 1999

A natureza das mudanças na estrutura dos serviços fica demonstrada pelo **Gráfico 4**, que demonstra um aumento expressivo do número de Municípios com estabelecimentos básicos ou ambulatoriais de saúde em todas as Regiões brasileiras.

GRÁFICO 4
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
BRASIL - 1992 X 1999



Essa tendência de aumento da oferta ambulatorial e básica não é homogênea quando as Regiões são analisadas detalhadamente (**Tabela 5**).

A fragmentação Municipal tem afetado particularmente alguns Estados do Norte e Nordeste, que apresentam uma grande proporção de Municípios sem estabelecimentos básicos ou ambulatorial de saúde, como é o caso de Rondônia (principalmente os Municípios muito pequenos), o caso de Roraima e Tocantins.

No Nordeste, cabe chamar atenção do Estado da Bahia, que apresentou a combinação da diminuição do número de Municípios com aumento de Municípios sem estabelecimento básico ou ambulatorial de saúde.

XXVI Encontro Anual da ANPOCS/GT 14 – Políticas Públicas

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS POR EXISTÊNCIA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO GRANDES REGIÕES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992/1999

Grandes Regiões	Porte do município	Municípios com estab. de saúde 1992		Municípios sem estab. de saúde 1992		Total de municípios 1992		Municípios com estab. de saúde 1999		Municípios sem estab. de saúde 1999		Total de municípios 1999	
			(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)
Norte	Ate 2000 hab	0	0,00	13	100,00	13	100,00	22	91,67	2	8,33	24	100,00
	De 2001 a 5000 hab	35	47,30	39	52,70	74	100,00	84	93,33	6	6,67	90	100,00
	De 5001 a 10000 hab	61	74,39	21	25,61	82	100,00	86	87,76	12	12,24	98	100,00
	De 10001 a 20000 hab	69	77,53	20	22,47	89	100,00	86	89,58	10	10,42	96	100,00
	De 20001 a 80000 hab	113	94,17	7	5,83	120	100,00	121	100,00	0	0,00	121	100,00
	De 80001 a 200000 hab	13	100,00	0	0,00	13	100,00	13	100,00	0	0,00	13	100,00
	Mais de 200000 hab	7	100,00	0	0,00	7	100,00	7	100,00	0	0,00	7	100,00
	Total	298	74,87	100	25,13	398	100,00	419	93,32	30	6,68	449	100,00
Nordeste	Ate 2000 hab	9	100,00	0	0,00	9	100,00	18	85,71	3	14,29	21	100,00
	De 2001 a 5000 hab	140	89,74	16	10,26	156	100,00	249	92,91	19	7,09	268	100,00
	De 5001 a 10000 hab	305	93,56	21	6,44	326	100,00	378	96,18	15	3,82	393	100,00
	De 10001 a 20000 hab	541	98,01	11	1,99	552	100,00	568	96,93	18	3,07	586	100,00
	De 20001 a 80000 hab	452	99,78	1	0,22	453	100,00	456	99,78	1	0,22	457	100,00
	De 80001 a 200000 hab	40	100,00	0	0,00	40	100,00	40	100,00	0	0,00	40	100,00
	Mais de 200000 hab	22	100,00	0	0,00	22	100,00	22	100,00	0	0,00	22	100,00
	Total	1.509	96,85	49	3,15	1.558	100,00	1.731	96,87	56	3,13	1.787	100,00
Sudeste	Ate 2000 hab	26	78,79	7	21,21	33	100,00	32	76,19	10	23,81	42	100,00
	De 2001 a 5000 hab	313	92,06	27	7,94	340	100,00	371	90,93	37	9,07	408	100,00
	De 5001 a 10000 hab	319	88,61	41	11,39	360	100,00	389	96,53	14	3,47	403	100,00
	De 10001 a 20000 hab	319	95,22	16	4,78	335	100,00	341	99,13	3	0,87	344	100,00
	De 20001 a 80000 hab	322	98,17	6	1,83	328	100,00	332	100,00	0	0,00	332	100,00
	De 80001 a 200000 hab	84	96,55	3	3,45	87	100,00	87	100,00	0	0,00	87	100,00
	Mais de 200000 hab	49	98,00	1	2,00	50	100,00	50	100,00	0	0,00	50	100,00
	Total	1.432	93,41	101	6,59	1.533	100,00	1.602	96,16	64	3,84	1.666	100,00
Sul	Ate 2000 hab	12	52,17	11	47,83	23	100,00	22	78,57	6	21,43	28	100,00
	De 2001 a 5000 hab	177	57,47	131	42,53	308	100,00	335	88,16	45	11,84	380	100,00
	De 5001 a 10000 hab	249	88,61	32	11,39	281	100,00	291	96,68	10	3,32	301	100,00
	De 10001 a 20000 hab	219	96,05	9	3,95	228	100,00	229	98,71	3	1,29	232	100,00
	De 20001 a 80000 hab	162	99,39	1	0,61	163	100,00	163	100,00	0	0,00	163	100,00
	De 80001 a 200000 hab	37	97,37	1	2,63	38	100,00	38	100,00	0	0,00	38	100,00
	Mais de 200000 hab	17	100,00	0	0,00	17	100,00	17	100,00	0	0,00	17	100,00
	Total	873	82,51	185	17,49	1.058	100,00	1.095	94,48	64	5,52	1.159	100,00
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	6	85,71	1	14,29	7	100,00	7	77,78	2	22,22	9	100,00
	De 2001 a 5000 hab	94	75,81	30	24,19	124	100,00	131	95,62	6	4,38	137	100,00
	De 5001 a 10000 hab	99	87,61	14	12,39	113	100,00	112	99,12	1	0,88	113	100,00
	De 10001 a 20000 hab	96	98,97	1	1,03	97	100,00	98	100,00	0	0,00	98	100,00
	De 20001 a 80000 hab	71	97,26	2	2,74	73	100,00	74	100,00	0	0,00	74	100,00
	De 80001 a 200000 hab	6	100,00	0	0,00	6	100,00	7	87,50	1	12,50	8	100,00
	Mais de 200000 hab	7	100,00	0	0,00	7	100,00	7	100,00	0	0,00	7	100,00
	Total	379	88,76	48	11,24	427	100,00	436	97,76	10	2,24	446	100,00
Brasil	Ate 2000 hab	53	62,35	32	37,65	85	100,00	101	81,45	23	18,55	124	100,00
	De 2001 a 5000 hab	759	75,75	243	24,25	1.002	100,00	1.170	91,19	113	8,81	1.283	100,00
	De 5001 a 10000 hab	1.033	88,90	129	11,10	1.162	100,00	1.256	96,02	52	3,98	1.308	100,00
	De 10001 a 20000 hab	1.244	95,62	57	4,38	1.301	100,00	1.322	97,49	34	2,51	1.356	100,00
	De 20001 a 80000 hab	1.120	98,50	17	1,50	1.137	100,00	1.146	99,91	1	0,09	1.147	100,00
	De 80001 a 200000 hab	180	97,83	4	2,17	184	100,00	185	99,46	1	0,54	186	100,00
	Mais de 200000 hab	102	99,03	1	0,97	103	100,00	103	100,00	0	0,00	103	100,00
	Total	4.491	90,29	483	9,71	4.974	100,00	5.283	95,93	224	4,07	5.507	100,00

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE."

Quando analisado na perspectiva da população residente dos Municípios, estabelecendo uma razão entre número de estabelecimentos por 10.000 habitantes, os dados para o Brasil e o Região evidenciam de fato que houve um crescimento da oferta de serviços básicos e ambulatoriais no país como um todo (**Tabela 6**).

Quando focalizados sob a perspectiva dos Estados e dos estratos municipais, torna-se evidente que os ganhos líquidos da descentralização até o ano de 1999 foram também diferenciados, ocorrendo casos de sistemática diminuição da oferta pública de atenção à saúde, podendo-se observar:

- um decréscimo na disponibilidade desses serviços no Estado Amazonas, especialmente nos pequenos Municípios (até 10 mil habitantes);
- a redução na oferta de serviços identificada em Municípios do Nordeste nos Estados do Piauí, Ceará, Paraíba e Sergipe;
- Na região Sudeste, a sistemática queda na oferta de serviços públicos básicos e ambulatoriais entre 1992-1999 nos Estados do Espírito Santo e São Paulo;
- Na região Sul a em alguns Municípios do Estado do Paraná, nos pequenos Municípios de Santa Catarina (até 80 mil habitantes) e em todo o Estado do Rio Grande do Sul.

TABELA 6 - ESTABELECIMENTOS DE SAUDE SEM INTERNAÇÃO E NUMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE POR 10.000 HAB SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992/1999

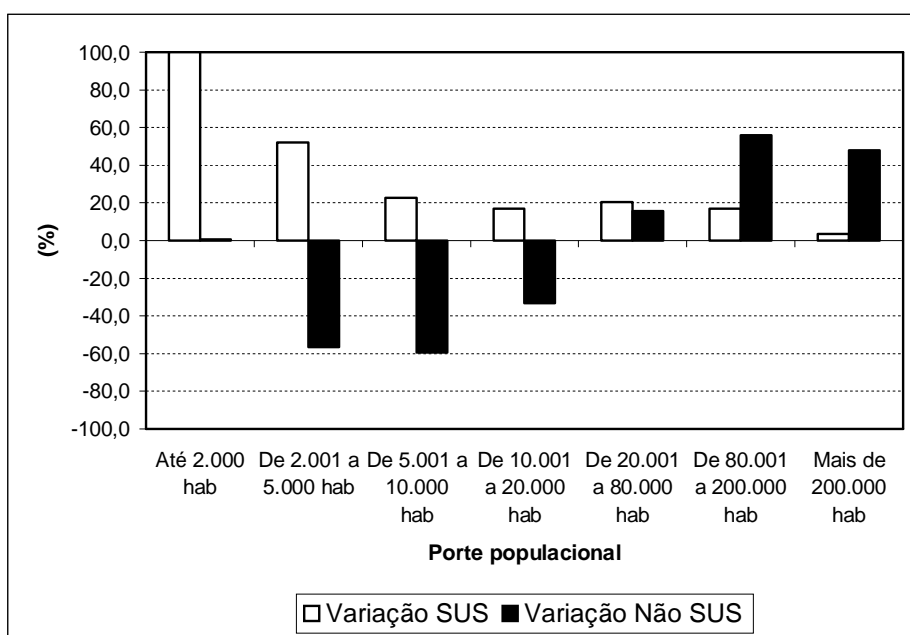
Grandes Regioes	Porte do município	Numero de	Quantidade	Numero de	Numero de	Quantidade	Numero de
		estab. 1992	de municípios 1992 (*)	estab. por 10.000 hab 1992	estab. 1999 (*)	de municípios 1999	estab. por 10.000 hab 1999
Norte	Ate 2000 hab	0	0	0,00	30	22	9,14
	De 2001 a 5000 hab	51	35	3,26	176	84	5,94
	De 5001 a 10000 hab	188	61	3,83	297	86	4,68
	De 10001 a 20000 hab	434	69	4,32	647	86	5,14
	De 20001 a 80000 hab	1.216	113	3,21	1.533	121	3,54
	De 80001 a 200000 hab	330	13	2,67	471	13	3,28
	Mais de 200000 hab	455	7	1,37	572	7	1,46
	Total	2.674	298	2,67	3.726	419	3,13
Nordeste	Ate 2000 hab	15	9	9,23	29	18	9,93
	De 2001 a 5000 hab	371	140	6,23	589	249	6,43
	De 5001 a 10000 hab	968	305	3,91	1.238	378	4,46
	De 10001 a 20000 hab	2.286	541	2,88	2.646	568	3,24
	De 20001 a 80000 hab	3.430	452	2,23	4.383	456	2,79
	De 80001 a 200000 hab	731	40	1,80	1.006	40	2,18
	Mais de 200000 hab	1.798	22	1,48	2.841	22	2,08
	Total	9.599	1.509	2,25	12.732	1.731	2,78
Sudeste	Ate 2000 hab	32	26	7,35	41	32	7,80
	De 2001 a 5000 hab	499	313	4,39	604	371	4,60
	De 5001 a 10000 hab	781	319	3,41	1.005	389	3,64
	De 10001 a 20000 hab	1.361	319	3,01	1.558	341	3,21
	De 20001 a 80000 hab	3.012	322	2,65	3.516	332	2,80
	De 80001 a 200000 hab	1.889	84	2,06	2.188	87	2,02
	Mais de 200000 hab	5.246	49	1,55	5.977	50	1,61
	Total	12.820	1.432	2,06	14.889	1.602	2,14
Sul	Ate 2000 hab	15	12	6,52	28	22	7,48
	De 2001 a 5000 hab	371	177	5,28	551	335	4,81
	De 5001 a 10000 hab	981	249	5,04	888	291	4,30
	De 10001 a 20000 hab	1.204	219	3,90	1.103	229	3,42
	De 20001 a 80000 hab	1.958	162	3,54	1.985	163	3,29
	De 80001 a 200000 hab	857	37	2,24	1.059	38	2,36
	Mais de 200000 hab	1.346	17	2,11	1.518	17	2,11
	Total	6.732	873	3,13	7.132	1.095	2,95
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	7	6	7,18	9	7	8,45
	De 2001 a 5000 hab	143	94	4,29	213	131	4,70
	De 5001 a 10000 hab	183	99	2,48	258	112	3,20
	De 10001 a 20000 hab	284	96	2,29	422	98	3,06
	De 20001 a 80000 hab	412	71	1,81	604	74	2,25
	De 80001 a 200000 hab	146	6	2,05	204	7	2,51
	Mais de 200000 hab	578	7	1,39	820	7	1,66
	Total	1.753	379	1,85	2.530	436	2,28
Brasil	Ate 2000 hab	69	53	7,46	137	101	8,42
	De 2001 a 5000 hab	1.435	759	4,91	2.133	1.170	5,17
	De 5001 a 10000 hab	3.101	1.033	3,90	3.686	1.256	4,08
	De 10001 a 20000 hab	5.569	1.244	3,13	6.376	1.322	3,37
	De 20001 a 80000 hab	10.028	1.120	2,61	12.021	1.146	2,91
	De 80001 a 200000 hab	3.953	180	2,08	4.928	185	2,22
	Mais de 200000 hab	9.423	102	1,57	11.728	103	1,75
	Total	33.578	4.491	2,30	41.009	5.283	2,52

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE."

(*) Apenas entre os municípios com pelo menos um estabelecimento de saúde no ano pesquisado.

A **Tabela 7** e **Gráfico 5**, é esclarecedora desse processo de diminuição na oferta ambulatorial em alguns Municípios brasileiros. Ela parece ter sido amplamente compensada pelo crescimento ambulatorial e básico do segmento de planos e seguros de saúde (Não SUS). Pode-se afirmar que a característica da década de 1990 foi o notável crescimento da atenção ambulatorial e básica nos pequenos Municípios brasileiros e o crescimento equivalente desse nível de atenção no setor de seguro saúde (Não SUS) nas médias e grandes cidades.

GRÁFICO 5
VARIAÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO
SEGUNDO MODALIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (SUS X NÃO SUS)
BRASIL - 1992 X 1999



Fonte: Gráfico criado a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE."

TABELA 7 - ESTABELECIMENTOS DE SAUDE SEM INTERNAÇÃO POR MODALIDADE DE PRESTACAO DE SERVIÇOS SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992/1999 (*)

Grandes Regioes	Porte do município	SUS	NAO SUS	Total de estab de saude	Proporçao de estab	SUS	NAO SUS	Total de estab de saude	Proporçao de estab	Variacao (%)	Variacao (%)
		1992	1992	1992	SUS	1999	1999	1999	SUS	entre 1992 e 1999	entre 1992 e 1999
		(a)	(b)	(a)+(b)	1992	(a)	(b)	(a)+(b)	1999	SUS	NAO SUS
Norte	Ate 2000 hab	0	0	0	0,00	30	0	30	100,00	3.000,00	0,00
	De 2001 a 5000 hab	51	0	51	100,00	175	1	176	99,43	243,14	100,00
	De 5001 a 10000 hab	181	7	188	96,28	285	12	297	95,96	57,46	71,43
	De 10001 a 20000 hab	431	3	434	99,31	636	11	647	98,30	47,56	266,67
	De 20001 a 80000 hab	1.194	22	1.216	98,19	1.492	41	1.533	97,33	24,96	86,36
	De 80001 a 200000 hab	307	23	330	93,03	424	47	471	90,02	38,11	104,35
	Mais de 200000 hab	354	101	455	77,80	391	181	572	68,36	10,45	79,21
	Total	2.518	156	2.674	94,17	3.433	293	3.726	92,14	36,34	87,82
Nordeste	Ate 2000 hab	15	0	15	100,00	29	0	29	100,00	93,33	0,00
	De 2001 a 5000 hab	362	9	371	97,57	587	2	589	99,66	62,15	-77,78
	De 5001 a 10000 hab	939	29	968	97,00	1.232	6	1.238	99,52	31,20	-79,31
	De 10001 a 20000 hab	2.201	85	2.286	96,28	2.614	32	2.646	98,79	18,76	-62,35
	De 20001 a 80000 hab	3.198	232	3.430	93,24	4.132	251	4.383	94,27	29,21	8,19
	De 80001 a 200000 hab	643	88	731	87,96	790	216	1.006	78,53	22,86	145,45
	Mais de 200000 hab	1.171	627	1.798	65,13	1.263	1.578	2.841	44,46	7,86	151,67
	Total	8.529	1.070	9.599	88,85	10.647	2.085	12.732	83,62	24,83	94,86
Sudeste	Ate 2000 hab	31	1	32	96,88	40	1	41	97,56	29,03	0,00
	De 2001 a 5000 hab	495	4	499	99,20	596	8	604	98,68	20,40	100,00
	De 5001 a 10000 hab	751	30	781	96,16	987	18	1.005	98,21	31,42	-40,00
	De 10001 a 20000 hab	1.272	89	1.361	93,46	1.488	70	1.558	95,51	16,98	-21,35
	De 20001 a 80000 hab	2.618	394	3.012	86,92	3.072	444	3.516	87,37	17,34	12,69
	De 80001 a 200000 hab	1.379	510	1.889	73,00	1.523	665	2.188	69,61	10,44	30,39
	Mais de 200000 hab	2.257	2.989	5.246	43,02	2.305	3.672	5.977	38,56	2,13	22,85
	Total	8.803	4.017	12.820	68,67	10.011	4.878	14.889	67,24	13,72	21,43
Sul	Ate 2000 hab	15	0	15	100,00	28	0	28	100,00	86,67	0,00
	De 2001 a 5000 hab	343	28	371	92,45	546	5	551	99,09	59,18	-82,14
	De 5001 a 10000 hab	909	72	981	92,66	871	17	888	98,09	-4,18	-76,39
	De 10001 a 20000 hab	1.124	80	1.204	93,36	1.044	59	1.103	94,65	-7,12	-26,25
	De 20001 a 80000 hab	1.748	210	1.958	89,27	1.764	221	1.985	88,87	0,92	5,24
	De 80001 a 200000 hab	693	164	857	80,86	805	254	1.059	76,02	16,16	54,88
	Mais de 200000 hab	848	498	1.346	63,00	824	694	1.518	54,28	-2,83	39,36
	Total	5.680	1.052	6.732	84,37	5.882	1.250	7.132	82,47	3,56	18,82
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	7	0	7	100,00	9	0	9	100,00	28,57	0,00
	De 2001 a 5000 hab	138	5	143	96,50	209	4	213	98,12	51,45	-20,00
	De 5001 a 10000 hab	171	12	183	93,44	250	8	258	96,90	46,20	-33,33
	De 10001 a 20000 hab	272	12	284	95,77	414	8	422	98,10	52,21	-33,33
	De 20001 a 80000 hab	373	39	412	90,53	524	80	604	86,75	40,48	105,13
	De 80001 a 200000 hab	141	5	146	96,58	154	50	204	75,49	9,22	900,00
	Mais de 200000 hab	321	257	578	55,54	335	485	820	40,85	4,36	88,72
	Total	1.423	330	1.753	81,18	1.895	635	2.530	74,90	33,17	92,42
Brasil	Ate 2000 hab	68	1	69	98,55	136	1	137	99,27	100,00	0,00
	De 2001 a 5000 hab	1.389	46	1.435	96,79	2.113	20	2.133	99,06	52,12	-56,52
	De 5001 a 10000 hab	2.951	150	3.101	95,16	3.625	61	3.686	98,35	22,84	-59,33
	De 10001 a 20000 hab	5.300	269	5.569	95,17	6.196	180	6.376	97,18	16,91	-33,09
	De 20001 a 80000 hab	9.131	897	10.028	91,06	10.984	1.037	12.021	91,37	20,29	15,61
	De 80001 a 200000 hab	3.163	790	3.953	80,02	3.696	1.232	4.928	75,00	16,85	55,95
	Mais de 200000 hab	4.951	4.472	9.423	52,54	5.118	6.610	11.728	43,64	3,37	47,81
	Total	26.953	6.625	33.578	80,27	31.868	9.141	41.009	77,71	18,24	37,98

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999,IBGE."

Evolução do Emprego

Os dados da evolução do número de empregos oferecem evidências adicionais sobre as características da mudança na estrutura dos sistemas locais de atenção básica e ambulatorial.

Como mostra a **Tabela 8**, para o Brasil e Regiões, a variação no emprego na atenção básica e ambulatorial é inversamente associada ao porte populacional do Município quando analisado os dados em geral para o Brasil: quanto menor o Município, maior foram, proporcionalmente, o número de empregos foram criados na função de atenção à saúde. Todas as Regiões do país demonstram essa tendência. A análise por Estado da Federação e pelo porte populacional dos Municípios também confirmam essa descrição, como algumas situações diferenciadas que cabe sublinhar:

- Os estratos Municipais de pequeno porte que tiveram um crescimento expressivo no número de empregos na rede básica e ambulatorial, com incrementos sistematicamente superiores aos verificados no país. Alguns estratos de Municípios entre 80 e 200 mil habitantes em Estados, principalmente na Região Nordeste, apresentam um comportamento discrepante porque registra decréscimo ou crescimento abaixo das médias nacionais no número de empregados na função saúde. Nesse estrato e no estrato de Municípios com mais de 200 mil foi verificada a queda nos empregos na saúde nos Municípios de situados em Sergipe, Alagoas, Bahia, Piauí, Paraíba. Alguns estratos de Municípios com esse perfil nos estados do de Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina apresentam também esse comportamento.
- A Região do Sudeste apresenta uma variação no número de empregos na função saúde bastante inferior ao observado para as demais regiões.
- Excetuando os casos dos Municípios entre 80 a 200 mil, a Região Nordeste teve um incremento no emprego municipal em saúde sempre superior ao resto do país.
- Na Região Sul, os Municípios que mais cresceram – acima da média nacional – no número de empregos municipais na saúde foram aqueles situados com até 2 mil habitantes em razão de terem dobrado em número de Municípios entre 1992-1999.

No caso dos Municípios muito pequenos, pode-se concluir que o crescimento incremental no número de empregos no setor saúde, em todos as Regiões do país, está associado ao seu crescimento absoluto do número de Municípios entre 1992-1999.

XXVI Encontro Anual da ANPOCS/GT 14 – Políticas Públicas

TABELA 8 - NUMERO DE EMPREGOS DO SUS TOTAIS <NIVEL SUPERIOR+NIVEL TECNICO+NIVEL AUXILIAR> EXISTENTES POR REGIME DE ATENDIMENTO SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992 x 1999

Grandes Regioes	Porte do município	No de munic 1992	Unidades sem internação 1992 <a>	Unidades com internação 1992	Unidades de apoio à diagnose e terapia 1992	Total de empregos 1992	No de munic 1999	Unidades sem internação 1999 	Unidades com internação 1999	Unidades de apoio à diagnose e terapia 1999	Total de empregos 1999	Variação 1992/1999 </<a>> (%)
Norte	Ate 2000 hab	0	0	0	0	0	22	172	6	0	178	0,00
	De 2001 a 5000 hab	35	151	298	14	463	84	977	532	0	1.509	547,02
	De 5001 a 10000 hab	61	609	993	62	1.664	86	1.671	1.613	0	3.284	174,38
	De 10001 a 20000 hab	69	950	1.951	48	2.949	86	2.680	3.016	12	5.708	182,11
	De 20001 a 80000 hab	113	3.502	6.315	111	9.928	121	9.005	9.723	35	18.763	157,14
	De 80001 a 200000 hab	13	1.766	2.411	447	4.624	13	4.456	3.900	209	8.565	152,32
	Mais de 200000 hab	7	6.848	10.002	617	17.467	7	9.404	14.116	995	24.515	37,32
	Total	298	13.826	21.970	1.299	37.095	419	28.365	32.906	1.251	62.522	105,16
	Nordeste	Ate 2000 hab	9	75	61	0	136	18	242	89	0	331
De 2001 a 5000 hab		140	1.584	911	0	2.495	249	4.369	1.283	0	5.652	175,82
De 5001 a 10000 hab		305	3.721	3.358	9	7.088	378	9.532	5.368	0	14.900	156,17
De 10001 a 20000 hab		541	8.314	10.234	49	18.597	568	21.503	15.783	30	37.316	158,64
De 20001 a 80000 hab		452	17.725	28.579	1.328	47.632	456	40.226	33.933	450	74.609	126,94
De 80001 a 200000 hab		40	5.581	11.574	827	17.982	40	11.029	12.398	433	23.860	97,62
Mais de 200000 hab		22	30.193	73.825	4.198	108.216	22	31.581	89.061	3.022	123.664	4,60
Total		1.509	67.193	128.542	6.411	202.146	1.731	118.482	157.915	3.935	280.332	76,33
Sudeste		Ate 2000 hab	26	235	19	0	254	32	421	15	0	436
	De 2001 a 5000 hab	313	3.712	868	8	4.588	371	6.622	1.120	58	7.800	78,39
	De 5001 a 10000 hab	319	5.075	3.725	71	8.871	389	10.742	4.686	127	15.555	111,67
	De 10001 a 20000 hab	319	9.642	10.355	300	20.297	341	17.471	11.084	315	28.870	81,20
	De 20001 a 80000 hab	322	26.619	37.255	1.988	65.862	332	42.723	46.663	1.685	91.071	60,50
	De 80001 a 200000 hab	84	19.213	38.889	2.439	60.541	87	26.202	44.609	2.252	73.063	36,38
	Mais de 200000 hab	49	68.481	194.408	7.099	269.988	50	69.990	225.358	7.119	302.467	2,20
	Total	1.432	132.977	285.519	11.905	430.401	1.602	174.171	333.535	11.556	519.262	30,98
	Sul	Ate 2000 hab	12	80	46	2	128	22	231	39	1	271
De 2001 a 5000 hab		177	1.513	1.202	26	2.741	335	4.582	1.671	0	6.253	202,84
De 5001 a 10000 hab		249	3.578	4.020	148	7.746	291	6.567	3.967	8	10.542	83,54
De 10001 a 20000 hab		219	5.489	6.400	383	12.272	229	9.281	6.423	33	15.737	69,08
De 20001 a 80000 hab		162	9.934	17.764	3.186	30.884	163	15.228	18.203	586	34.017	53,29
De 80001 a 200000 hab		37	6.398	15.745	1.196	23.339	38	9.513	16.169	860	26.542	48,69
Mais de 200000 hab		17	14.197	47.282	3.572	65.051	17	15.925	49.424	1.770	67.119	12,17
Total		873	41.189	92.459	8.513	142.161	1.095	61.327	95.896	3.258	160.481	48,89
Centro-Oeste		Ate 2000 hab	6	32	0	0	32	7	59	0	0	59
	De 2001 a 5000 hab	94	574	593	1	1.168	131	1.519	961	0	2.480	164,63
	De 5001 a 10000 hab	99	943	1.086	30	2.059	112	2.168	1.585	27	3.780	129,90
	De 10001 a 20000 hab	96	1.645	2.234	92	3.971	98	4.005	2.472	56	6.533	143,47
	De 20001 a 80000 hab	71	3.007	5.175	374	8.556	74	6.063	5.924	263	12.250	101,63
	De 80001 a 200000 hab	6	1.325	2.086	128	3.539	7	1.653	2.158	105	3.916	24,75
	Mais de 200000 hab	7	7.513	24.184	1.563	33.260	7	10.264	31.455	1.143	42.862	36,62
	Total	379	15.039	35.358	2.188	52.585	436	25.731	44.555	1.594	71.880	71,10
	Brasil	Ate 2000 hab	53	422	126	2	550	101	1.125	149	1	1.275
De 2001 a 5000 hab		759	7.534	3.872	49	11.455	1.170	18.069	5.567	58	23.694	139,83
De 5001 a 10000 hab		1.033	13.926	13.182	320	27.428	1.256	30.680	17.219	162	48.061	120,31
De 10001 a 20000 hab		1.244	26.040	31.174	872	58.086	1.322	54.940	38.778	446	94.164	110,98
De 20001 a 80000 hab		1.120	60.787	95.088	6.987	162.862	1.146	113.245	114.446	3.019	230.710	86,30
De 80001 a 200000 hab		180	34.283	70.705	5.037	110.025	185	52.853	79.234	3.859	135.946	54,17
Mais de 200000 hab		102	127.232	349.701	17.049	493.982	103	137.164	409.414	14.049	560.627	7,81
Total		4.491	270.224	563.848	30.316	864.388	5.283	408.076	664.807	21.594	1.094.477	51,01

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE.

Em relação ao conjunto dos Municípios, o crescimento no emprego sofreu influência da demanda pela criação de estruturas administrativas e técnicas tanto para a implementação de programas de saúde como para a gestão organizacional dos processos de habilitação às definidos pela NOB1/9. Em 1999 era já muito alta a proporção de Municípios brasileiros habilitados por essa Norma: 88% em Gestão Plena da Assistência Básica e 9,39% em Gestão Plena do Sistema Municipal (**Tabela 9**).

**TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS POR CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO PELA NOB-96
SEGUNDO GRANDES REGIÕES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992/1999**

Grandes Regiões	Porte do município	Municípios NÃO habilitados 1999		Municípios em GPAB 1999		Municípios em GPSM 1999		Total de municípios 1999	
			(%)		(%)		(%)		(%)
Norte	Ate 2000 hab	2	8,33	22	91,67	0	0,00	24	100,00
	De 2001 a 5000 hab	11	12,22	79	87,78	0	0,00	90	100,00
	De 5001 a 10000 hab	5	5,10	90	91,84	3	3,06	98	100,00
	De 10001 a 20000 hab	8	8,33	80	83,33	8	8,33	96	100,00
	De 20001 a 80000 hab	1	0,83	88	72,73	32	26,45	121	100,00
	De 80001 a 200000 hab	0	0,00	9	69,23	4	30,77	13	100,00
	Mais de 200000 hab	1	14,29	2	28,57	4	57,14	7	100,00
	Total	28	6,24	370	82,41	51	11,36	449	100,00
Nordeste	Ate 2000 hab	2	9,52	19	90,48	0	0,00	21	100,00
	De 2001 a 5000 hab	5	1,87	263	98,13	0	0,00	268	100,00
	De 5001 a 10000 hab	8	2,04	385	97,96	0	0,00	393	100,00
	De 10001 a 20000 hab	5	0,85	560	95,56	21	3,58	586	100,00
	De 20001 a 80000 hab	2	0,44	385	84,25	70	15,32	457	100,00
	De 80001 a 200000 hab	1	2,50	21	52,50	18	45,00	40	100,00
	Mais de 200000 hab	0	0,00	8	36,36	14	63,64	22	100,00
	Total	23	1,29	1.641	91,83	123	6,88	1.787	100,00
Sudeste	Ate 2000 hab	4	9,52	38	90,48	0	0,00	42	100,00
	De 2001 a 5000 hab	25	6,13	379	92,89	4	0,98	408	100,00
	De 5001 a 10000 hab	21	5,21	365	90,57	17	4,22	403	100,00
	De 10001 a 20000 hab	4	1,16	291	84,59	49	14,24	344	100,00
	De 20001 a 80000 hab	3	0,90	214	64,46	115	34,64	332	100,00
	De 80001 a 200000 hab	0	0,00	34	39,08	53	60,92	87	100,00
	Mais de 200000 hab	3	6,00	8	16,00	39	78,00	50	100,00
	Total	60	3,60	1.329	79,77	277	16,63	1.666	100,00
Sul	Ate 2000 hab	2	7,14	26	92,86	0	0,00	28	100,00
	De 2001 a 5000 hab	15	3,95	364	95,79	1	0,26	380	100,00
	De 5001 a 10000 hab	4	1,33	296	98,34	1	0,33	301	100,00
	De 10001 a 20000 hab	2	0,86	225	96,98	5	2,16	232	100,00
	De 20001 a 80000 hab	2	1,23	144	88,34	17	10,43	163	100,00
	De 80001 a 200000 hab	0	0,00	28	73,68	10	26,32	38	100,00
	Mais de 200000 hab	0	0,00	9	52,94	8	47,06	17	100,00
	Total	25	2,16	1.092	94,22	42	3,62	1.159	100,00
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	0	0,00	9	100,00	0	0,00	9	100,00
	De 2001 a 5000 hab	4	2,92	133	97,08	0	0,00	137	100,00
	De 5001 a 10000 hab	2	1,77	109	96,46	2	1,77	113	100,00
	De 10001 a 20000 hab	0	0,00	97	98,98	1	1,02	98	100,00
	De 20001 a 80000 hab	0	0,00	61	82,43	13	17,57	74	100,00
	De 80001 a 200000 hab	0	0,00	4	50,00	4	50,00	8	100,00
	Mais de 200000 hab	1	14,29	2	28,57	4	57,14	7	100,00
	Total	7	1,57	415	93,05	24	5,38	446	100,00
Brasil	Ate 2000 hab	10	8,06	114	91,94	0	0,00	124	100,00
	De 2001 a 5000 hab	60	4,68	1.218	94,93	5	0,39	1.283	100,00
	De 5001 a 10000 hab	40	3,06	1.245	95,18	23	1,76	1.308	100,00
	De 10001 a 20000 hab	19	1,40	1.253	92,40	84	6,19	1.356	100,00
	De 20001 a 80000 hab	8	0,70	892	77,77	247	21,53	1.147	100,00
	De 80001 a 200000 hab	1	0,54	96	51,61	89	47,85	186	100,00
	Mais de 200000 hab	5	4,85	29	28,16	69	66,99	103	100,00
	Total	143	2,60	4.847	88,02	517	9,39	5.507	100,00

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1999,IBGE." e a partir dos dados fornecidos pela SAS/MS, com a condição de habilitação dos municípios em dezembro/1999

XXVI Encontro Anual da ANPOCS/GT 14 – Políticas Públicas

Nota: GPAB – municípios habilitados em condição plena de atenção básica. GPSM – municípios habilitados em condição plena do sistema municipal

Um outro aspecto importante é o crescimento no número de profissionais de nível superior atuando no sistema básico e ambulatorial em todo o país (**Tabela 10**). Isso indica que os gestores locais não optaram por ampliar o número de hospitais e serviços de alto custo nos sistemas locais.

Os dados dessa Tabela indicam, ainda assim, que o crescimento dos empregos SUS na área básica e ambulatorial entre 1992-1999 foi fortemente diferenciado, prevalecendo nas Regiões um forte crescimento dos empregos auxiliares, seguidos dos empregos de nível superior e pequena ampliação dos empregos de nível técnico.

A exceção é a Região Sudeste, onde na maioria dos Estados e estratos Municipais houve um expressivo incremento do emprego em atividades técnicas e profissionais em detrimento das atividades auxiliares.

Um exemplo é o Estado de São Paulo que registra, por exemplo, o crescimento de 396% nos empregos técnicos entre 1992-1999 no Sistema Único de Saúde. De modo geral, a Região Sudeste apresenta uma variação abaixo da média nacional do número de empregos em todas as categorias.

O crescimento do emprego em funções auxiliares foi de modo geral fortemente sustentado pelos pequenos Municípios em todos os estratos populacionais municipais, independente do Estado ou Região. Apenas os Municípios do Estado de Minas Gerais não obedeceram a esse padrão.

Os dados da Tabela 11 revelam que os Municípios brasileiros de pequeno a médio porte (até 80 mil habitantes) responderam de modo muito responsável aos incentivos da descentralização. O ano de 1999 já apresenta algumas características de mudança na composição da força de trabalho em saúde por uma combinação multifuncional em razão do forte crescimento na contratação de técnicos e auxiliares na composição do emprego setorial.

Por fim, observa-se na Tabela 12, que o crescimento na composição multifuncional dos empregos é também sustentado pelo incremento, ainda que ritmo mais lento, do emprego de profissionais de nível superior (não médico) na rede ambulatorial e básica do SUS. Essa parece ser uma solução adequada para a ampliação de cobertura no Brasil em razão do elevado déficit de profissionais médicos na estrutura do Sistema Único de Saúde constada para todo o país, com exceção das Capitais e alguns núcleos urbanos prósperos, conforme demonstra o Mapa 1.

TABELA 10 - VARIACAO ENTRE 1992 e 1999 DO TOTAL DE EMPREGOS DO SUS EXISTENTES NOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE SEM INTERNACAO SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992 x 1999

Grandes Regioes	Porte do município	Variacao nivel superior	Variacao nivel tecnico	Variacao nivel auxiliar	Variacao total
Norte	Ate 2000 hab	0,00	0,00	0,00	0,00
	De 2001 a 5000 hab	840,91	282,61	543,40	547,02
	De 5001 a 10000 hab	209,47	40,24	192,13	174,38
	De 10001 a 20000 hab	322,73	104,41	168,91	182,11
	De 20001 a 80000 hab	132,42	128,57	165,58	157,14
	De 80001 a 200000 hab	108,65	331,48	155,77	152,32
	Mais de 200000 hab	52,88	-9,56	45,80	37,32
	Total	90,16	36,65	128,90	105,16
Nordeste	Ate 2000 hab	347,06	0,00	181,03	222,67
	De 2001 a 5000 hab	300,62	164,44	143,35	175,82
	De 5001 a 10000 hab	203,35	142,86	142,46	156,17
	De 10001 a 20000 hab	160,91	83,81	162,75	158,64
	De 20001 a 80000 hab	116,59	51,10	140,47	126,94
	De 80001 a 200000 hab	57,20	117,51	134,00	97,62
	Mais de 200000 hab	-9,27	10,28	23,38	4,60
	Total	45,36	40,17	105,58	76,33
Sudeste	Ate 2000 hab	116,67	328,57	38,64	79,15
	De 2001 a 5000 hab	88,21	159,38	63,34	78,39
	De 5001 a 10000 hab	138,06	280,66	75,48	111,67
	De 10001 a 20000 hab	101,79	164,96	53,27	81,20
	De 20001 a 80000 hab	51,38	169,50	56,85	60,50
	De 80001 a 200000 hab	45,57	42,04	20,98	36,38
	Mais de 200000 hab	0,20	52,71	-1,95	2,20
	Total	30,25	90,62	23,98	30,98
Sul	Ate 2000 hab	210,26	200,00	165,79	188,75
	De 2001 a 5000 hab	202,62	204,65	202,97	202,84
	De 5001 a 10000 hab	78,72	88,24	88,03	83,54
	De 10001 a 20000 hab	50,24	111,06	88,10	69,08
	De 20001 a 80000 hab	46,56	32,21	65,17	53,29
	De 80001 a 200000 hab	54,70	136,67	31,73	48,69
	Mais de 200000 hab	5,86	25,82	18,32	12,17
	Total	42,36	55,38	56,62	48,89
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	100,00	700,00	42,11	84,38
	De 2001 a 5000 hab	141,95	79,66	195,81	164,63
	De 5001 a 10000 hab	85,55	100,00	164,34	129,90
	De 10001 a 20000 hab	84,51	15,91	231,97	143,47
	De 20001 a 80000 hab	92,16	70,24	112,36	101,63
	De 80001 a 200000 hab	12,22	1,65	45,78	24,75
	Mais de 200000 hab	32,09	70,40	32,82	36,62
	Total	51,15	59,68	93,49	71,10
Brasil	Ate 2000 hab	197,56	545,45	129,15	166,59
	De 2001 a 5000 hab	150,46	160,30	130,93	139,83
	De 5001 a 10000 hab	126,96	153,99	113,37	120,31
	De 10001 a 20000 hab	100,98	101,53	119,15	110,98
	De 20001 a 80000 hab	67,50	105,03	100,98	86,30
	De 80001 a 200000 hab	49,57	78,97	56,75	54,17
	Mais de 200000 hab	2,28	31,39	11,12	7,81
	Total	38,29	64,64	63,25	51,01

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE.

XXVI Encontro Anual da ANPOCS/GT 14 – Políticas Públicas

**TABELA 11 - NUMERO DE EMPREGOS DO SUS DE NIVEL SUPERIOR EXISTENTES NOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE SEM INTERNAÇÃO
SEGUNDO GRANDES REGIOES E PORTE DO MUNICÍPIO - BRASIL - 1992 x 1999**

Grandes Regioes	Porte do município	1992					1999				
		Numero de municípios	Empregos Medicos	Outros de nivel superior	Total de empregos	Participação dos medicos	Numero de municípios	Empregos Medicos	Outros de nivel superior	Total de empregos	Participação dos medicos
		1992	1992	1992	1992	1992 <=>	1999	1999	1999	1999	1999 <=>
Norte	Ate 2000 hab	0	0	0	0	0,00	22	24	35	59	40,68
	De 2001 a 5000 hab	35	13	9	22	59,09	84	93	114	207	44,93
	De 5001 a 10000 hab	61	51	44	95	53,68	86	165	129	294	56,12
	De 10001 a 20000 hab	69	60	50	110	54,55	86	267	198	465	57,42
	De 20001 a 80000 hab	113	345	312	657	52,51	121	837	690	1.527	54,81
	De 80001 a 200000 hab	13	287	245	532	53,95	13	546	564	1.110	49,19
	Mais de 200000 hab	7	1.498	1.102	2.600	57,62	7	2.108	1.867	3.975	53,03
	Total	298	2.254	1.762	4.016	56,13	419	4.040	3.597	7.637	52,90
Nordeste	Ate 2000 hab	9	7	10	17	41,18	18	31	45	76	40,79
	De 2001 a 5000 hab	140	167	154	321	52,02	249	635	651	1.286	49,38
	De 5001 a 10000 hab	305	446	391	837	53,29	378	1.364	1.175	2.539	53,72
	De 10001 a 20000 hab	541	1.240	909	2.149	57,70	568	3.089	2.518	5.607	55,09
	De 20001 a 80000 hab	452	3.272	2.352	5.624	58,18	456	6.558	5.623	12.181	53,84
	De 80001 a 200000 hab	40	1.493	1.096	2.589	57,67	40	2.300	1.770	4.070	56,51
	Mais de 200000 hab	22	8.805	7.649	16.454	53,51	22	7.638	7.291	14.929	51,16
	Total	1.509	15.430	12.561	27.991	55,12	1.731	21.615	19.073	40.688	53,12
Sudeste	Ate 2000 hab	26	59	37	96	61,46	32	114	94	208	54,81
	De 2001 a 5000 hab	313	971	658	1.629	59,61	371	1.635	1.431	3.066	53,33
	De 5001 a 10000 hab	319	1.431	910	2.341	61,13	389	3.029	2.544	5.573	54,35
	De 10001 a 20000 hab	319	2.882	1.814	4.696	61,37	341	5.176	4.300	9.476	54,62
	De 20001 a 80000 hab	322	8.942	5.256	14.198	62,98	332	12.622	8.871	21.493	58,73
	De 80001 a 200000 hab	84	7.327	3.696	11.023	66,47	87	9.883	6.163	16.046	61,59
	Mais de 200000 hab	49	24.571	14.013	38.584	63,68	50	22.872	15.788	38.660	59,16
	Total	1.432	46.183	26.384	72.567	63,64	1.602	55.331	39.191	94.522	58,54
Sul	Ate 2000 hab	12	23	16	39	58,97	22	52	69	121	42,98
	De 2001 a 5000 hab	177	406	356	762	53,28	335	1.026	1.280	2.306	44,49
	De 5001 a 10000 hab	249	1.010	719	1.729	58,42	291	1.619	1.471	3.090	52,39
	De 10001 a 20000 hab	219	1.728	1.150	2.878	60,04	229	2.325	1.999	4.324	53,77
	De 20001 a 80000 hab	162	3.686	1.862	5.548	66,44	163	4.875	3.256	8.131	59,96
	De 80001 a 200000 hab	37	2.258	1.232	3.490	64,70	38	3.327	2.072	5.399	61,62
	Mais de 200000 hab	17	4.839	2.846	7.685	62,97	17	4.887	3.248	8.135	60,07
	Total	873	13.950	8.181	22.131	63,03	1.095	18.111	13.395	31.506	57,48
Centro-Oeste	Ate 2000 hab	6	7	5	12	58,33	7	12	12	24	50,00
	De 2001 a 5000 hab	94	133	72	205	64,88	131	267	229	496	53,83
	De 5001 a 10000 hab	99	200	146	346	57,80	112	331	311	642	51,56
	De 10001 a 20000 hab	96	357	308	665	53,68	98	649	578	1.227	52,89
	De 20001 a 80000 hab	71	631	441	1.072	58,86	74	1.176	884	2.060	57,09
	De 80001 a 200000 hab	6	423	248	671	63,04	7	452	301	753	60,03
	Mais de 200000 hab	7	2.120	1.613	3.733	56,79	7	2.620	2.311	4.931	53,13
	Total	379	3.871	2.833	6.704	57,74	436	5.507	4.626	10.133	54,35
Brasil	Ate 2000 hab	53	96	68	164	58,54	101	233	255	488	47,75
	De 2001 a 5000 hab	759	1.690	1.249	2.939	57,50	1.170	3.656	3.705	7.361	49,67
	De 5001 a 10000 hab	1.033	3.138	2.210	5.348	58,68	1.256	6.508	5.630	12.138	53,62
	De 10001 a 20000 hab	1.244	6.267	4.231	10.498	59,70	1.322	11.506	9.593	21.099	54,53
	De 20001 a 80000 hab	1.120	16.876	10.223	27.099	62,28	1.146	26.068	19.324	45.392	57,43
	De 80001 a 200000 hab	180	11.788	6.517	18.305	64,40	185	16.508	10.870	27.378	60,30
	Mais de 200000 hab	102	41.833	27.223	69.056	60,58	103	40.125	30.505	70.630	56,81
	Total	4.491	81.688	51.721	133.409	61,23	5.283	104.604	79.882	184.486	56,70

Fonte: Tabela criada a partir dos dados da "Pesquisa AMS/1992 e 1999, IBGE.

Nesse Mapa está distribuída a oferta de médicos no país pela estrutura Municipal. Tomamos como referência, para essa distribuição, o parâmetro proposto pela Consulta Pública do Ministério da Saúde para a relação adequada entre médicos na atenção básica/população, que é 0,8 médicos por 1.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2000), a oferta de médicos no país no ano de 2000 é extremamente baixa.

O Ministério da Saúde através da Portaria de número 35, de 1999, ao conceituar os tipos de unidade de saúde existentes no setor público brasileiro, estabelece que, dentre as dezenas de especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), quatro são consideradas como “básicas”: medicina interna (clínica médica), pediatria, ginecologia e obstetrícia. Essas seriam as áreas típicas de atuação dos profissionais que desenvolvem ações de atenção básica.

Diversos estudos (Carvalho, 1966; Médici, 1987; Machado, Pinto et. al, 1995; Pinto, 1999) demonstram que a relação de médicos por 1.000 habitantes é elevada nas capitais do Brasil e em algumas cidades do interior, principalmente aquelas onde há oferta de programas de residência médica.

Se desenvolvermos uma análise mais detalhada a esse respeito poderemos notar que, na verdade, a concentração de médicos, está diretamente correlacionada ao porte populacional, ou seja, quanto maior o tamanho de uma cidade maior a presença do profissional. Por exemplo, em 2000, os 107 municípios brasileiros com mais de 200.000 habitantes, possuíam cerca de 70,2 milhões de pessoas e 80.000 médicos, o que daria uma relação de 1,14 médicos por 1.000 habitantes. Já para os 2.642 municípios de menos de 10.000 habitantes, que representam uma população total de 13,8 milhões de pessoas, apenas 7.500 médicos atuavam nestes locais, no mesmo período, ou seja, 0,55 médicos por 1.000 habitantes.

E na atenção básica ? Nesse caso, o reflexo do cenário para o conjunto das especialidades ocorre ainda de forma mais direta. Se considerarmos a sugestão do Ministério da Saúde que preconiza uma relação mínima de 0,8 médico/1.000 habitantes para médicos generalistas¹⁰ (Ministério da Saúde, 2000), a situação apresentará um perfil semelhante entre as localidades de menos de 10.000 habitantes, cuja relação é de 0,46 médicos/1.000 habitantes; e as cidades de mais de 200.000 habitantes, cuja relação é de 0,47 médicos/1.000 habitantes.

Os dados, portanto, sugerem a existência de dois Brasis, um formado por municípios de menos de 10.000 habitantes que possui carência de médicos e quando os têm são profissionais

¹⁰ Podemos aproximar o conjunto de médicos “generalistas” como aqueles que atuam nas quatro especialidades básicas da medicina.

que atuam em especialidades básicas¹¹. O outro Brasil é composto por cidades de mais de 200.000 habitantes com grande concentração de médicos e diversidade de especialidades, muitas das quais ditas “especialidades urbanas”, exercidas exclusivamente nestes locais por médicos, quase sempre moradores das capitais do país.

Uma outra análise pode ser realizada – Mapa 2 - considerando o valor médio preconizado pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2001). Cada ESF deve cobrir em média 3.450 pessoas, ou seja, o médico que integra a equipe deve dar conta de um contingente de pessoas cerca de três maior que aquele mencionado na Consulta Pública da Secretaria de Assistência de Saúde, do próprio Ministério da Saúde. Neste caso, ao comparar as duas situações, veremos uma situação de extrema carência de médicos na atenção básica pela primeira proposta e o inverso na segunda proposta, ou seja, a cobertura por médicos que desenvolvem suas atividades nas áreas básicas cobriria de acordo com o patamar mínimo estabelecido pelo DAB/SPS, boa parte das regiões do Brasil, excetuando-se a Região Norte e alguns estados da Região Nordeste.

¹¹ Newhouse, Williams, Bennett e Schwartz (1982) analisando o caso americano, apresentam uma justificativa do porquê a relação médico/habitantes nas áreas não metropolitanas permanecerem quase constante ao longo do tempo, apesar do incremento do contingente de profissionais. Utilizando a “teoria da localização” (*location theory*), afirmam que não é o aumento total da oferta de médicos, mas o crescimento de cada especialidade individualmente que determinaria o padrão de distribuição geográfica destes profissionais nas cidades do interior. Se o número daqueles que atuam numa certa área especializada diminui, continuam os autores, algumas cidades de pequeno porte perdem os serviços prestados por esta especialidade, mesmo que o volume total de praticantes esteja aumentando.

ENTRAM OS MAPAS 1 e 2. ARQUIVO EM POWERPOINT

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BERMAN P. 2000 *Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of Health System Performance in Developing Countries*. Bulletin of The WHO, 78 (6), pp. 791-802

BOSSERT T, 1998. *Analyzing the Decentralization of Health Systems un Developing Countries*. Decision Space, Innovation and Performance. **Social Science and Medicine**, Vol. 47. No. 10, pp.1513-1527

SILVA PLB & COSTA NR, 2000. A Avaliação de Programas públicos: reflexões sobre a experiência brasileira. *Projeto Avaliação de Políticas Públicas na América do Sul – Relatório Parcial*, Brasília, Ipea.

DONABEDIAN A, 1984. *La Calidad de la Atención Médica – Definición e métodos de evaluación*. Ciudad de Mexico, La Prensa Médica Mexicana, S.A.

CARVALHO AVW.,1966. *Estatísticas médico-sanitárias: médicos*. (Prefácio). Ministério da Saúde/Serviço de Estatística. Rio de Janeiro.

MACHADO MH, PINTO LF. et al., 1995. *Especialidades Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Dados, Radis (17):p.2-31.

MÉDICI AC., 1987. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médico no Brasil na década de setenta. In: *Texto de Apoio: Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde*. MEDICI, A. C. (org). Rio de Janeiro: PEC/ENSP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Consulta Pública nº 01*. Brasília; Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde, 8 de dezembro de 2000, p.10.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Cobertura de Equipes de Saúde da Família. Sistema de Captação de Dados para Pagamento (CAPSI)*. Brasília, Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde.

NEWHOUSE J et al., 1982. *Where have all the doctors gone ?* JAMA, 247(17):p.2.392-2.396.

PINTO, LF, 1999. *Médicos e migração: a residência em foco*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

VIANNA, SM. & PIOLA SF, 1999. *Descentralização e Gestão do Gasto Público com Saúde no Brasil*. Texto Produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal. Cepal/Ipea.

WORLD BANK, 1998. *Brazil – Fiscal Adjustment and Social Spending. The Case of Education and Health in Four Brazilian States*. Washington, Estados Unidos.