UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

AdSAÚDE

FORA DE EMPRÉSTIMO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 066

A CAPACIDADE OPERATIVA DA REDE ASSISTENCIAL DO SUS

Eduardo Levcovitz

Novembro 1993

PS
SESC
066

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A CAPACIDADE OPERATIVA DA REDE ASSISTENCIAL DO SUS: RECUPERAÇÃO E ADEQUAÇÃO (O MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO ADIB JATENE I)

EDUARDO LEVCOVITZ

NOVEMBRO/1993

Notas Preliminares para uma Ação Cooperativa MS/Banco Mundial

Nº 66

Diretor: José C. Noronha
Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)
Michael Reichenheim
Joel Birman
Eduardo Levcovitz
Revisora: Clara Recht Diament.
Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca
do Instittuto de Medicina Social - UERJ

L 656 Levcovitz, Eduardo
A capacidade operativa da rede assistencial do SUS: Recuperação e Adequação (O Ministério da Saúde na Gestão Adib Jatene I) / Eduardo Levcovitz. – Rio de Janeiro : UERJ/IMS, 1993.

27 p.— (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 66)

1. Saúde - Planejamento - Brasil. 2. Serviços de Saúde - Brasil. I. Título. II. Série.

CDU 614.2(81)

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

A CAPACIDADE OPERATIVA DA REDE ASSISTENCIAL DO SUS: RECUPERAÇÃO E ADEQUAÇÃO (O MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO ADIB JATENE I)**

*EDUARDO LEVCOVITZ****

1 - BREVES ANTECEDENTES

Nos últimos dez anos, o processo de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil passou a apresentar significativas transformações em seus aspectos jurídico-administrativos e institucionais, centradas na unificação e descentralização. Com o contínuo desenvolvimento dos programas AIS - Ações Integradas de Saúde (1982 - 1986) e SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987 - 1989), foram criadas bases concretas para a implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

** Esta publicação representa o início de um processo de registro e documentação das ações e propostas desenvolvidas no Ministério da Saúde na gestão do Ministro Adib Jatene, até agora pouco divulgadas.

*** Professor Assistente e Doutorando em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Diretor do Departamento do SUS/SNAS/MS e responsável pela Diretoria de Controle de Serviços Assistenciais do INAMPS/MS em 1992.

A Constituição Federal de 1988 e suas repercussões nas Constituições Estaduais (1989) e Leis Orgânicas Municipais (1990), bem como as Leis nº 8080/90 e 8142/90, propiciam um arcabouço legal altamente indutor e estimulador de mudanças essenciais do Sistema de Saúde.

O momento atual do SUS traduz os conflitos e tensões próprios dos processos de transformação profunda, caracterizando-se por uma conjuntura de transição, onde os "espaços institucionais" anteriores estão desatualizados e o cenário futuro ainda não se encontra plenamente concebido e consolidado.

Neste contexto, a intervenção do órgão gestor central do SUS, o Ministério da Saúde, ganha contornos de caráter extraordinário, exigindo um redobrado esforço de reflexão e criação de mecanismos operacionais que induzam à rápida superação da situação transicional, com redefinição dos papéis dos distintos agentes do SUS, em especial as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, simultaneamente a uma completa reordenação dos modelos e capacidades assistenciais e gerenciais do SUS.

2 - PONTOS CRÍTICOS NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Após a recente substituição dos quadros dirigentes do Ministério da Saúde (fevereiro de 1992), a instituição tem buscado reelaborar estratégias para acelerar o processo de implantação do SUS e definir as etapas técnico-operacionais necessárias à superação dos principais obstáculos que o momento atual apresenta. Estas ações estão sinteticamente centradas em:

2.1. Redefinição dos Papéis Institucionais e Competências Gerenciais dos Três Níveis de Governo no SUS

Objetiva o aprofundamento da descentralização, e conseqüente plena capacitação do MS, das SES e das SMS para o exercício de seus papéis inovadores. Este conjunto de ações refere-se tanto ao fluxo de financiamento (captação e transferência dos recursos do SUS) quanto às funções de planejamento, controle e avaliação do sistema. A realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto próximo, deverá significar um espaço de proposição e debate dos mecanismos necessários e adequados a esta redefinição, e, subseqüentemente, o MS deverá adotar os instrumentos normativos e intensificar a cooperação técnico-administrativa com as SES e SMS para agilização do processo.

2.2. Recuperação e Adequação da Capacidade Operativa da Rede Assistencial

Envolve uma ampla reorganização do modelo assistencial, com redefinição dos perfis de especialização e complexidade das distintas unidades de saúde, objetivando a efetiva constituição de sistemas regionalizados e hierarquizados de base territorial-populacional (Distritos Sanitários). O estímulo ao processo de organização concreta do SUS nos níveis locorregionais está centrado em atividades normativas e indutoras de um novo padrão de gestão pelas SMS e SES, e no desenvolvimento de novos padrões de financiamento, planejamento e avaliação a serem conduzidos pelo MS.

Ganham especial relevo, neste contexto, a formulação e implementação de sistemáticas de remuneração e/ou alocação de recursos às unidades assistenciais integrantes da rede prestadora de serviços e ações de saúde, tanto no setor público quanto no privado complementar, direcionadas à reorganização dos modelos assistenciais e gerenciais, e à proposição de alternativas para a recuperação e adequação da capacidade operativa dos serviços de saúde.

O MS tem logrado consolidar iniciativas para a recomposição de valores e indução de prioridades assistenciais no que se refere aos gastos correntes do sistema. Ao longo de 1992, os valores de remuneração dos serviços têm sido reajustados significativamente acima dos indicadores inflacionários, permitindo, assim, recuperação das perdas relativas de períodos anteriores, especialmente do exercício de 1991. A médio prazo, deverão estar superados alguns dos entraves mais críticos ao adequado custeio das ações de saúde, inclusive através da reforma fiscal atualmente em discussão em âmbito nacional. As atuais limitações para recursos de investimentos (recuperação e adequação física da rede) exigirão iniciativas de natureza mais ampla e diversificação de estratégias, entre as quais situa-se a presente proposta preliminar de cooperação.

2.3. Capacitação Gerencial e Desenvolvimento Institucional no SUS

A profundidade das transformações ora em curso no Sistema de Saúde Brasileiro exige mudanças marcantes em comportamentos culturais e padrões

administrativos do conjunto das instituições envolvidas, quer como gestoras do SUS, quer como prestadoras diretas de serviços à população.

Os padrões organizacionais vigentes, tanto no MS quanto nas SES e SMS, são inadequados e, em diversos casos, incompatíveis com o desempenho das novas responsabilidades. As relações entre instâncias administrativas e prestadoras de serviços, tanto públicas quanto privadas, apenas iniciaram seu movimento de acomodação à nova realidade de papéis institucionais.

Os procedimentos de aquisição e gerenciamento de insumos críticos e as práticas de gestão orçamentária e financeira, oriundas de um modelo altamente centralizado e ineficiente, baseadas numa legislação anacrônica, terão que ser radicalmente transformados, em busca de instrumentos adequados à plena autonomia dos gestores de Distritos Sanitários e Unidades Assistenciais de maior complexidade, especialmente hospitais de grande porte. Assim, a conformação do novo modelo de gestão exigirá, além de claras definições técnico-normativas, um intensivo processo de capacitação de órgãos e equipes e de formulação e implantação de práticas gerenciais radicalmente distintas das atualmente vigentes, em especial quanto aos instrumentos operacionais e sistemas de informação, avaliação, planejamento, controle e administração geral.

3 - ESTRATÉGIAS DE COOPERAÇÃO DE CURTO/MÉDIO PRAZOS

3.1. Escopo Geral dos Projetos de Cooperação

No futuro próximo, as estratégias de superação dos obstáculos apontados devem buscar uma associação com organismos internacionais de fomento do desenvolvimento social, num processo de cooperação técnica e financeira intensivo. O presente documento reflete, de forma sintética, as reflexões e proposições preliminares elaboradas pelo corpo dirigente do Ministério da Saúde, para aprofundamento da referida cooperação. As experiências acumuladas em projetos como o Nordeste I e II e o Programa Metropolitano de Saúde de São Paulo, desenvolvidas em cooperação com o Banco Mundial, na última década, recomendam a busca de alternativas inovadoras que garantam eficiência na aplicação dos recursos disponíveis e ampla visibilidade dos resultados alcançados.

A já referida situação transicional do sistema de saúde no país exige, ainda, que os modelos de cooperação propostos caracterizem-se por alta flexibilidade e agilidade de adaptação às distintas realidades estaduais e municipais e às heterogeneidades de perfis de complexidade, condições de infra-estrutura física e de equipamentos, graus de especialização e capacitação dos recursos humanos e habilidades gerenciais de cada unidade da rede de serviços de saúde.

O objetivo principal dos projetos de cooperação com o Banco Mundial, assim como com outros organismos internacionais, deve centrar-se na consolidação

do SUS, com base em uma ótica abrangente que busque dar conta do amplo conjunto de problemáticas já identificado. O eixo condutor principal deve ser o processo de descentralização dirigido ao efetivo estabelecimento do comando único local da rede unificada de serviços, através da municipalização, constituição de consórcios intermunicipais e distritalização das grandes áreas metropolitanas. No curto e médio prazos, as prioridades devem estar voltadas para a recuperação e adequação da capacidade operativa da rede do SUS, sob os aspectos institucional, gerencial e assistencial.

3.2. Desenvolvimento Institucional dos Órgãos Gestores do SUS

Característica marcante do momento presente de construção do SUS é a "recriação" dos espaços institucionais de gestão do sistema, afetando o Ministério da Saúde e seus órgãos subordinados (INAMPS, FNS, CEME e INAN) e, em graus heterogêneos, as SES e SMS. O processo de transferência e incorporação da cultura organizacional do INAMPS pelas SES, iniciado intensamente com o SUDS, já apresenta significativo grau de avanço. A descentralização dessas funções para os municípios, entretanto, apresenta grande diversidade, sendo desde muito expressiva em estados como Santa Catarina, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul, até quase inexistente em estados como Paraíba, Bahia e Rio Grande do Sul.

A normatização exarada pelo MS até o início de 1992 interpunha várias restrições de ordem burocrática à plena habilitação dos municípios ao desempenho das funções que a legislação prevê para este nível de Governo. Atualmente, o MS tem adotado medidas para agilizar e facilitar a plena

incorporação dos municípios ao SUS, através de normas mais simples e que permitam maior visibilidade social do processo. Simultaneamente, estão sendo implantados critérios para habilitação também dos estados, até então inexistentes.

Permanece, entretanto, a urgente necessidade de transformação desta cultura originária do INAMPS, e conseqüentemente centrada na questão assistencial, para uma cultura da integralidade e universalidade dos cuidados às populações e das ações voltadas ao território de referência, ou seja, do meio ambiente determinador de inúmeros agravos à saúde. A descentralização de outras funções não-assistenciais do MS, como aquelas desenvolvidas pela FNS e pela Vigilância Sanitária, e pelas áreas correlatas das SES, certamente intensificará esta transformação cultural-organizacional.

Em linhas gerais, a reconstrução desses espaços institucionais concentrará as ações executivas e de relação direta com unidades prestadoras de serviços no nível local (municípios, consórcios intermunicipais ou distritos de saúde de grandes metrópoles). O nível estadual deverá atuar prioritariamente nas funções de planejamento/programação e controle, e gerir diretamente serviços de referência macrorregional ou de alta complexidade.

Ao MS estarão reservadas funções relacionadas ao financiamento global do sistema, particularmente como agente redistributivo e compensador de desigualdades regionais, a gestão de um sistema único e homogêneo de informações e avaliação do SUS e o que tem sido preliminarmente denominado de "administração do conhecimento" ou avaliação tecnológica do

sistema, ou seja, as relações nacionais e internacionais necessárias à incorporação dos avanços tecnológicos e científicos no campo da saúde e da gestão de serviços de saúde.

Esta distribuição de funções e competências entre os níveis de governo não deve ser encarada rigidamente, mas como tendências predominantes. Assim, certamente o MS exercerá secundariamente, também, ações de planejamento e controle, bem como os estados e municípios desempenham papel importante no financiamento do SUS. A Fig. 1 sintetiza, de maneira simplificada, estas relações institucionais.

Qualquer esforço ou projeto cooperativo objetivando a recuperação e adequação da capacidade operativa da rede do SUS deverá dedicar prioridade à consolidação dos novos papéis institucionais, através, principalmente, de um amplo programa de capacitação das organizações e equipes, seja através do desenvolvimento dos recursos humanos, seja através do apoio ao desenvolvimento do instrumental operativo indispensável.

3.3. Recuperação Física e Reequipamento da Rede de Serviços

O "sucateamento" das unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto pertencentes ao setor público quanto ao privado complementar, tem sido permanente objeto de discussão em todas as esferas políticas e técnicas ligadas à questão da saúde, bem como de entidades representativas de usuários e profissionais da área. A imprensa também tem abordado a questão com grande freqüência, particularmente nos últimos dois anos.

Após um período, que genericamente coincide com o final da década de 70 e os primeiros anos da década de 80, em que se constata uma expressiva expansão do número de estabelecimentos de saúde no País (Tabela 1), envolvendo tanto as unidades com internação hospitalar (Tabela 2) como aquelas exclusivamente ambulatoriais (Tabela 3), inicia-se uma etapa em que a velocidade de crescimento apresenta significativa redução (Tabela 4) e, já na década de 90, uma aparente "crise" nas possibilidades de manutenção da capacidade assistencial, com redução da oferta de serviços, pelo menos no nível das hospitalizações (Tabela 5).

A expansão da oferta de serviços, mesmo se considerando um provável desequilíbrio regional no crescimento, significou um grande incremento na possibilidade de acesso pela população e a implantação de uma rede assistencial que permita aos órgãos governamentais gestores do sistema elaborar e implantar instrumentos de intervenção na organização da rede, em busca da universalização e eqüidade e da construção de um modelo regionalizado e hierarquizado de atenção.

Esta expansão tem como eixos determinantes principais dois conjuntos distintos de estratégias governamentais:

a. o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, que operou entre 1975 e 1988, tendo como agente financeiro a Caixa Econômica Federal - CEF, apoiando programas e projetos da área social com recursos oriundos das loterias federais, através de transferências, a fundo perdido, para órgãos públicos e de financiamentos de longo prazo com

juros subsidiados para órgãos públicos e entidades privadas. Neste período, foram aprovados e financiados 6.914 projetos na área de saúde, com ampliação de mais de 33.000 leitos hospitalares. Apesar de o FAS financiar, também, a implantação de unidades ambulatoriais, não se dispõe, no momento, de informações quantitativas sobre a expansão destas através desse mecanismo (Tabela 6);

b. a intensiva utilização de recursos pelo INAMPS para aplicação nas SES e SMS, no período 1984 - 1987, destinados principalmente ao financiamento de unidades básicas de saúde através dos programas AIS e SUDS, e a prioridade de remuneração aos hospitais universitários e de ensino e às entidades filantrópicas e beneficentes, no período 1986 - 1988, com mecanismos de valorização da recuperação física e reequipamento.

No início dos anos 80, existiram, ainda, outros mecanismos de expansão da rede de serviços, como o Projeto Metropolitano de Saúde, em São Paulo, financiado pelo Banco Mundial.

Nos últimos quatro anos, entretanto, o setor saúde deixou de contar com esses mecanismos, que não foram substituídos por novos instrumentos. Além disso, houve marcada redução do aporte de recursos de custeio às unidades, através da compressão das tabelas de pagamento do INAMPS, notadamente no segundo semestre de 1991 e início de 1992, que provavelmente inviabilizou qualquer iniciativa de modernização tecnológica, expansão ou mesmo manutenção dos padrões assistenciais.

Paralelamente, é fenômeno mundialmente conhecido a elevação contínua dos custos da assistência médica e particularmente da incorporação de novas tecnologias assistenciais, o que certamente eleva a demanda de recursos pelo setor saúde para garantir padrões adequados de quantidade e qualidade dos serviços prestados.

Acrescentem-se a esse conjunto de fatos os equívocos de uma decisão política do Ministério da Saúde, em 1990 e 1991, de privilegiar a destinação dos já limitados recursos de investimentos disponíveis no orçamento do INAMPS para a construção de novas unidades (mais de 80%), em detrimento da conservação, reforma e melhoria das unidades já existentes (Tabela 7). Estes recursos correspondem a apenas 0,7% do total de despesas realizadas com assistência médica e sanitária.

Atualmente, os únicos recursos significativos para investimentos e modernização gerencial no setor saúde são os do Projeto Nordeste, oriundos do Banco Mundial. Deve-se anotar, ainda, casos isolados de governos estaduais e prefeituras que têm incrementado significativamente seu aporte de recursos próprios para a saúde, incluindo componentes expressivos para recuperação e modernização da rede.

Estes fatos caracterizam, assim, uma efetiva tendência a um rápido "sucateamento" da rede de serviços de saúde, no sentido tradicionalmente utilizado em economia do termo, isto é, a depreciação de ativos fixos (prédios, instalações, máquinas, equipamentos etc.) num contexto onde não são criados os fundos necessários para repor essa depreciação. Na atualidade, esta

tendência já é marcadamente percpetível na realidade assistencial, interpondo um pesado obstáculo ao processo de construção do SUS.

Torna-se, então, imperativo ao Ministério da Saúde e aos demais gestores do SUS (SES e SMS) buscar reverter a referida tendência mediante recursos próprios dos três níveis de governo e, necessariamente, através da cooperação com organismos internacionais, objetivando um amplo movimento pluriinstitucional de recuperação física, reequipamento, modernização tecnológica e adequação dos perfis assistenciais das unidades de saúde. Este processo poderá - e deverá - envolver unidades assistenciais de todos os tipos e níveis de complexidade, segundo as necessidades concretas geradas pelas distintas realidades locais, mesmo que mediante diversas estratégias e instrumentos operacionais de financiamento.

As unidades ambulatoriais (postos e centros de saúde, ambulatórios, laboratórios de baixa complexidade) e mesmo unidades mistas e pequenos hospitais poderão centrar sua recuperação e modernização em recursos governamentais nacionais (federais, estaduais e municipais), necessitando apenas, complementarmente, de fundos oriundos de organismos internacionais. As grandes e médias unidades hospitalares, públicas e privadas, que necessitam de recursos mais vultosos para sua plena recuperação operativa e modernização, dependerão necessariamente de financiamentos de maior porte, originários de organismos internacionais, como o Banco Mundial. Esse universo é constituído, no mínimo, por mais de 500 grandes hospitais e aproximadamente outros 500 hospitais médios (Tabela 8).

3.4. Desenvolvimento Gerencial das Unidades Prestadoras de Serviços e Órgãos Gestores do SUS

Além do "sucateamento" físico da rede de serviços de saúde, o SUS enfrenta graves problemas com a grande ineficiência gerencial e o despreparo administrativo das distintas instâncias gestoras, tanto no nível das próprias direções das unidades prestadoras de serviços, públicas e privadas, como no dos quadros técnicos e dirigentes das SES e SMS. A potencialização das deficiências gerenciais e de estrutura física provoca uma perda extremamente significativa da capacidade operativa da rede e, portanto, da oferta de serviços à população usuária. Na Tabela 9, pode-se observar que o percentual de utilização dos leitos disponíveis para o SUS não atinge 70%, variando de 48% em pediatria até 90% em obstetrícia (excluída a psiquiatria). Esta baixa utilização decorre, em grande parte, de uma elevada quantidade de leitos desativados, por deficiência de recursos humanos ou de infra-estrutura física, e das deficiências gerenciais que induzem a uma carência crônica de insumos críticos e mesmo grande ociosidade dos recursos disponíveis.

Deve, ainda, atuar como orientador dos critérios para definição das obras, reformas e incorporação de equipamentos na estratégia de recuperação da infra-estrutura física da rede. Desta forma, o sistema de informações e avaliação do SUS constitui-se em prioridade no ordenamento integrado do conjunto de ações aqui apresentadas, sendo essencial que seu desenvolvimento preceda o início da realização de obras e aquisições de grande vulto.

4 - PONTOS PARA DISCUSSÃO NA COOPERAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL

A realidade exposta e analisada neste documento recomenda, conforme já ressaltado, o estabelecimento de modalidades inovadoras de cooperação técnica e financeira, dotada de alto grau de flexibilidade e agilidade e com abrangência para atender ao conjunto de estratégias para recuperação da capacidade operativa da rede.

A proposição básica, aqui apresentada pelo MS, é a criação, a curto prazo, de linha de crédito de financiamento a atividades de recuperação física (obras e reformas), reequipamento, capacitação gerencial, desenvolvimento institucional e implantação do sistema de informações e avaliação do SUS.

Os recursos obtidos junto ao Banco Mundial e outros organismos internacionais de fomento do desenvolvimento deverão, em conjunto com as contrapartidas nacionais específicas e demais recursos brasileiros disponíveis, compor um FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE OPERATIVA DO SUS, com características semelhantes às do extinto FAS.

Desta forma, o Ministério da Saúde seria o gestor do Fundo, que contaria com um agente financeiro (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal) responsável por todos os trâmites de movimentação dos recursos. Os projetos específicos e/ou integrados (institucionais, gerenciais e físico-assistenciais) seriam apresentados por órgãos públicos e entidades privadas do setor saúde e, quando eventualmente aprovados, os beneficiários tornar-se-iam

responsáveis pela quitação dos financiamentos junto ao agente. O Governo Federal permanecerá como avalista garantidor dos tomadores dos empréstimos e, em casos específicos, permaneceria responsável pelos recursos transferidos a fundo perdido.

A proposição de linha de crédito de longo prazo e, preferencialmente, crescente, em vez dos tradicionais mecanismos de aprovação e transferência de recursos para projetos específicos, visa a garantir a flexibilidade e a agilidade já referidas, além de dotar o Ministério da Saúde de um poderoso instrumento estratégico para organização do SUS.

Assim, qualquer opção governamental por uma intervenção exclusiva na recuperação física e reequipamento da rede de serviços terá resultados muito limitados, se não ocorrer em estreita associação com um amplo processo de capacitação gerencial e desenvolvimento institucional.

As áreas mais críticas a serem enfrentadas deverão contemplar, no mínimo:

a) capacitação de equipes em aquisição e gestão de insumos críticos (materiais médico-cirúrgicos, medicamentos, peças e componentes de reposição para equipamentos etc.);

b) capacitação de equipes em manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, máquinas e instalações físicas, com posterior organização de núcleos regionais de manutenção;

c) capacitação de dirigentes e técnicos para gestão integrada das unidades e sistemas locais de saúde, com ênfase em hospitais de grande e médio portes;

d) capacitação de dirigentes e técnicos em gestão de recursos financeiros, de forma descentralizada, buscando garantir a autonomia dos gestores loco-regionais e de unidades complexas;

e) capacitação de dirigentes e técnicos das SES e SMS para elaboração, acompanhamento e avaliação de projetos de obras e reformas e de aquisição de equipamentos.

Além dessas iniciativas, o MS deverá conduzir um processo de revisão da legislação relativa a aquisições de produtos e serviços para o setor saúde, buscando adequação às características específicas do setor e, garantindo a economicidade, incrementar a agilidade de reposição de estoques e realização de recuperações emergenciais.

Ainda na esfera gerencial/organizacional, deverão ser apoiados investigações, estudos e experimentações que permitam o desenvolvimento adequado das funções de planejamento/programação, controle da prestação de serviços e avaliação tecnológica, ou "administração do conhecimento", além da busca de alternativas para distintas necessidades de alocação de recursos/remuneração de serviços.

A prioridade gerencial deverá estar voltada para a concepção e implantação de um sistema único e homogêneo de informações e avaliação do SUS. Este sistema, de características modulares de forma a permitir sua utilização eficaz pelas SMS, pelas SES e pelo MS, deverá exercer o papel de alimentador das funções de controle dos serviços, planejamento/programação, seleção de prioridades e alocação dos recursos disponíveis.

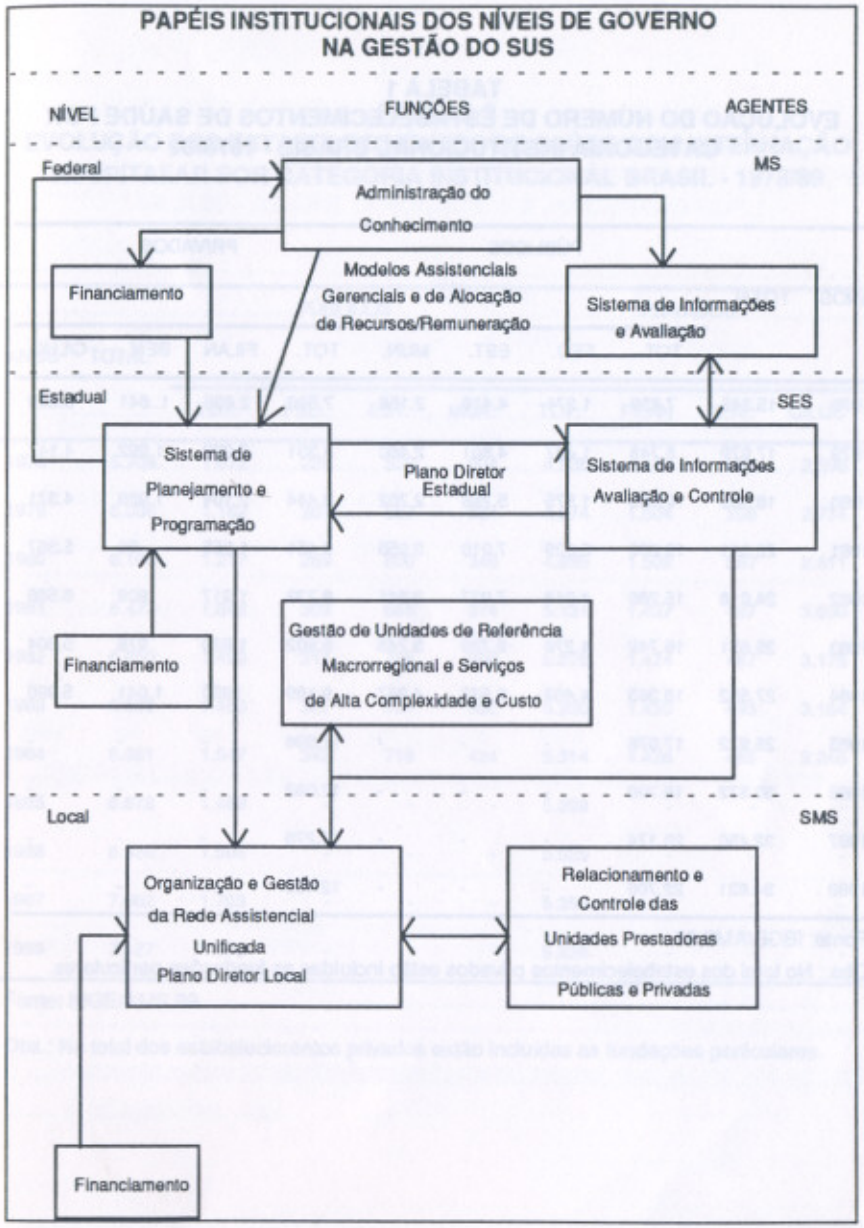

TABELA 1
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR CATEGORIA INSTITUCIONAL BRASIL - 1978/89

ANOS	TOTAL	PÚBLICOS				PRIVADOS			
		TOT.	FED.	EST.	MUN.	TOT.	FILAN	BEN..	C/LUC
1978	15.345	7.839	1.271	4.410	2.158	7.506	2.036	1..641	3.829
1979	17.079	8.748	1.487	4.801	2.460	8.331	2.092	1.992	4.147
1980	18.489	10.045	1.575	5.768	2.702	8.444	2.104	1.969	4.371
1981	22.341	13.890	3.829	7.010	3.056	8.451	1.955	90	5.367
1982	24.018	15.286	4.018	7.927	3.341	8.732	1.917	909	6.588
1983	25.651	16.749	4.278	8.726	3.745	8.902	1.920	978	5.804
1984	27.552	18.363	4.463	9.533	4.367	9.189	1930	1.041	5.996
1985	28.972	17.076	-	-	-	11.896	-	-	-
1986	30.872	18.790	-	-	-	12.082	-	-	-
1987	32.450	20.174	-	-	-	12.276	-	-	-
1989	34.831	22.706	-	-	-	12.125	-	-	-

Fonte: IBGE/AMS,89.

Obs.: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 2
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL BRASIL - 1978/89

ANOS	TOTAL	PÚBLICOS				PRIVADOS			
		TOT.	FED.	EST.	MUN.	TOT.	FILAN	BEN..	C/LUC
1978	5.708	1.072	239	529	304	4.636	1.454	584	2.598
1979	6.036	1.162	261	567	334	4.874	1.504	596	2.774
1980	6.103	1.217	269	600	348	4.886	1.508	567	2.811
1981	6.473	1.342	303	665	374	5.131	1.437	497	3.059
1982	6.650	1.422	312	724	386	5.228	1.424	487	3.175
1983	6.680	1.450	327	731	392	5.230	1.430	493	3.164
1984	6.861	1.547	342	718	424	5.314	1.426	485	3.245
1985	6.678	1.469	-	-	-	5.209	-	-	-
1986	6.920	1.595	-	-	-	5.325	-	-	-
1987	7.062	1.703	-	-	-	5.359	-	-	-
1989	7.127	1.889	-	-	-	5.238	-	-	-

Fonte: IBGE/AMS,89.

Obs.: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 3
EVOLUÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL BRASIL - 1978/89

ANOS	TOTAL	PÚBLICOS				PRIVADOS			
		TOT.	FED.	EST.	MUN.	TOT.	FILAN	BEN..	C/LUC
1978	9.637	6.767	1.032	3.881	1.854	2.870	582	1.057	1.231
1979	11.043	7.586	1.226	4.234	2.126	3.457	588	1.396	1.473
1980	12.386	8.828	1.306	5.168	2.354	3.558	596	1.402	1.560
1981	15.868	12.5648	3.251	6.345	2.682	3.320	518	404	2.308
1982	17.368	13.864	3.706	7.203	2.955	3.504	493	422	2.513
1983	18.971	15.299	3.951	7.995	3.353	3.672	490	485	2.640
1984	20.691	16.816	4.121	8.752	3.943	3.875	504	556	2.751
1985	22.294	15.6076	-	-	-	6.687	-	-	-
1986	23.952	17.195	-	-	-	6.757	-	-	-
1987	25.388	18.471	-	-	-	6.917	-	-	-
1989	27.704	20.817	-	-	-	6.887	-	-	-

Fonte: IBGE/AMS,89.

Obs.: No total dos estabelecimentos privados estão incluídas as fundações particulares.

TABELA 4
TAXAS DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICAS ANUAIS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL, SEGUNDO A NATUREZA DO ESTABELECIMENTO - 1978/89

NATUREZA DO ESTABELECIMENTO	PERÍODOS 1978/84			1984/89		
	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
Total	10,2	15,2	3,4	6,0	5,4	7,2
Hospitalar	3,1	6,3	2,3	1,0	6,5	-0,4
Ambulatorial	13,6	16,4	5,1	7,6	5,5	15,5

Fonte: AMS/IBGE, 1978/89.

TABELA 5
PROPORÇÃO DE LEITOS POR 100 HABITANTE BRASIL - 1988/1990

1988		1990	
PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
1,00	2,70	0,80	2,70
3,70		3,50	

Fonte: IBGE/AMS, 1988/1990

TABELA 6
EVOLUÇÃO DOS RECURSOS APLICADOS PELO FAS. BRASIL - 1980/88
(EM US$ mil de 1989)

ANOS DE REFERÊNCIA	VALOR	% SOBRE O GASTO FEDERAL COM SAÚDE
1980	111.077,4	1,51
1981	79.915,5	1,17
1982	100.417,3	1,41
1983	71.259,7	1,26
1984	40.317,0	0,68
1985	59.587,9	0,87
1986	34.842,0	0,48
1987	36.013,0	0,34
1988	64.698,3	0,65

Fonte: IPEA/IPLAN/CSP

TABELA 7
DESPESAS COM INVESTIMENTOS. INAMPS - 1990

DISCRIMINAÇÃO DAS DESPESAS	VALOR ABSOLUTO (Em US$ mil)	%
Total do Investimento	57.773,6	100,0
Construção de Imóveis	43.273,8	80,1
Reforma e Ampliação da Rede	7.907,8	13,7
Melhoria das Instalações	3.592,0	6,2

Fonte: INAMPS/QDD - 1990

TABELA 8
NÚMERO DE HOSPITAIS SEGUNDO PORTE - BRASIL - 1990

	VÍNCULO	NÚMERO DE HOSPITAIS
Até 50 leitos	Público	1.366
	Particular	2.912
	Total	4.278
51 a 150 leitos	Público	339
	Particular	1.629
	Total	1.968
151 leitos e +	Público	184
	Particular	659
	Total	843
Total	Público	1.889
	Particular	5.200
	Total	7.089

Fonte: IBGE

. Do total geral: 60% dos hospitais têm até 50 leitos.

. Do total público: 72% têm até 50 leitos.

. Do total particular: 56% têm até 50 leitos.

NÚMERO DE LEITOS E CAPACIDADE POTENCIAL DE INTERNAÇÃO NO SUS - BRASIL - 1991
TABELA 9a/1

Especialidade	NÚMERO DE LEITOS			
	PÚBLICO	PRIVADO	FILANTRÓP.	TOTAL
Cirurgia	27.312	39.431	26.104	92.847
Obstetrícia	18.530	32.625	22.289	73.444
Clínica Médica	36.987	61.643	47.629	146.259
Pediatria	24.129	34.798	15.964	74.891
Psiquiatria	21.691	59.221	9.533	90.445
Total	128.649	227.718	121.519	477.886

NÚMERO DE LEITOS E CAPACIDADE POTENCIAL DE INTERNAÇÃO NO SUS - BRASIL - 1991
TABELA 9a/2

	CAPACIDADE DE INTERNAÇÃO Nº DE INTERNAÇÕES			
	PÚBLICO	PRIVADO	FILANTRÓP.	TOTAL
Cirurgia	1.365.600	1.971.550	1.305.200	4.642.350
Obstetrícia	1.482.400	2.610.000	1.783.120	5.875.520
Clínica Médica	1.664.415	2.773.935	2.143.305	6.581.655
Pediatria	1.085.805	1.565.910	718.380	3.370.095
Psiquiatria	175.688	473.768	76.264	725.720
Total	5.773.908	9.395.163	6.026.269	21.195.340

NÚMERO DE LEITOS E CAPACIDADE POTENCIAL DE INTERNAÇÃO NO SUS - BRASIL - 1991
TABELA 9b/1

ESPECIALIDADE	NECESSIDADE DE INTERNACÃO	Nº DE AIHs PAGAS			
		PÚBLICO	PRIVADO	FILANTROP.	TOTAL
Cirurgia	2.557.703	555.740	1.124.320	935.950	2.616.010
Obstetrícia	4.092.326	725.496	1.352.939	1.088.227	3.166.662
Clínica Médica	5.110.292	917.260	2.718.448	2.320.412	5.956.120
Pediatria	2.190.125	388.384	826.228	417.035	1.631.647
Psiquaitria	584.619	166.047	825.440	123.988	1.115.475
Total	14.535.065	2.752.927	6.847.375	4.885.612	14.485.612

NÚMERO DE LEITOS E CAPACIDADE POTENCIAL DE INTERNAÇÃO NO SUS - BRASIL - 1991
TABELA 9b/2

ESPECIALIDADE	NECESSIDADE DE INTERNACÃO	PERCENTUAL UTILIZAÇÃO - Nº DE AIHs PAGAS EM RELAÇÃO À CAPACIDADE INTERNAÇÃO			
		PÚBLICO	PRIVADO	FILANTRÓP.	TOTAL
Cirurgia	2.557.703	40.7	57,0	71,7	56,4
Obstetrícia	4.092.326	48,9	51,8	61,0	53,9
Clínica Médica	5.110.292	55,1	98,0	108,3	90,5
Pediatria	2.190.125	35,8	52,8	58,1	48,4
Psiquaitria	584.619	94,5	174,2	162,6	153,7
Total	14.535.065	47,7	72,9	81,1	68,3

TEXTOS PUBLICADOS

— 1993 —

046 - Mattos, Ruben Araujo de. *O Processo de Construção Conceitual do Método CENDES/OPS.* 40 p.

047 - Bezerra Jr., Benilton e Sayd, Jane Dutra. *Um Mestrado Certo para um Momento Preciso*; Sayd, Jane Dutra. *As Dissertações do Mestrado em Medicina Social 1978-1990 - uma crônica.* 40 p.

048 - Luz, Madel T. *Relações entre o Adolescente e a Sociedade Atual: Institucionalização, Violência e Disciplina.* 16 p.

049 - Vianna, Cid Manso de. *O Legado de Prometeu: alguns Prolegômenos sobre Tecnologia e Qualificação em Saúde.* 20 p.

050 - Werneck, Guilherme Loureiro e Reichenheim, E. M., *Queimaduras Severas na Infância, I: estágio atual do conhecimento e metodologia do estudo.* 48 p.

051 - Fiori, José Luis. *Ajuste, Transicion y governabilidad: el enigma Brasilero - Version Preliminar.* 80 p.

052 - Herzlich, Claudine. *Os Encargos da Morte.* 40 p.

053 - Reichenheim, Michael Eduardo. *Otimizando efetividade e eficiência na avaliação antropométrica de rotina: um procedimento baseado na combinação de dois indicadores.* 24 p.

054 - Birman, Joel. *Dionísios Desencantado.* 16 p.

055 - Vianna, Cid Manso de M. *Complexo Médico-Industrial: notas metodológicas.* 44 p

056 - Guimarães, Reinaldo. *O Fomento em C&T nos Anos 90: Possibilidades e Requisitos.* 48 p

057 - Levcovitz, Eduardo e Pereira C., Ruth Telma. *SIH/SUS (Sistema AIH): Uma Análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil - 1983 - 1991.* 83 p

058 - Arruda, M.C., Déa e Mandelli, J. Marcos. *Autonomia Administrativa para Estabelecimentos Públicos de Saúde: Subsídios para Discussão.* 40 p

059 - Teixeira, Luiz Antonio. *Medo e Morte: Sobre a Epidemia de Gripe Espanhola.* 32 p

060 - Almeida, José Luiz Telles de. *A Qualificação do Atendente no Processo de Profissionalização da Enfermagem.* 20 p.

061 - Miranda, Cristina Maria Loyola. *O Nascimento da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil: O Discurso Moral e a Sexualidade.* 48 p.

062 - Luz, Madel T. *Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas.* 32 p.

063 - Werneck, Guilherme Loureiro e Reichenheim, Michael Eduardo. *Queimaduras Severas na Infância, II: Perfil e Circunstâncias de Ocorrência dos Traumatismos.* 32 p.

064 - Luz, Hilton Sarcinelli. *Projeto Racionalidades Médicas: A Medicina Homeopática.* 36 p.

065 - Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. *Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea.* 32 p .