UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS

FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NA SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PORTE MÉDIO E COM GESTÃO PLENA

GERALDO MATOS GUEDES

MONTES CLAROS (MG)

2011

GERALDO MATOS GUEDES

FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NA SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PORTE MÉDIO E COM GESTÃO PLENA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Orientadora: Prof.ª Drª. Luciene Rodrigues

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Renato Theóphilo

MONTES CLAROS (MG)

2011

G924f

Guedes, Geraldo Matos.
Financiamento e alocação de recursos públicos na saúde em municípios de porte médio e com gestão plena [manuscrito] / Geraldo Matos Guedes. – 2011.
135 f. : il.

Bibliografia: f. 128-135.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Luciene Rodrigues.
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Renato Theóphilo

1. Saúde – Gestão plena. 2. Indicadores de saúde. 3. Recursos públicos - Desenvolvimento local. I. Rodrigues, Luciene. II. Theóphilo, Carlos Renato. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catalogação Biblioteca Central Professor Antônio Jorge

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS

Dissertação de Mestrado intitulada "Financiamento e Alocação de Recursos Públicos na Saúde em Municípios de Porte Médio e Gestão Plena" de autoria do mestrando Geraldo Matos Guedes, aprovado pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª. Dra. Luciene Rodrigues – UNIMONTES – Orientadora

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Prof. Drª Kimberly Marie Jones

Montes Claros (MG)

2011

Dedico este resultado do trabalho realizado *in memorian* meus país Adalberto e Iracema Guedes, minha companheira Áurea, filhos Sinara, Igor, netas Maria Eduarda e Luiza e, pelo incentivo dado por Amélia Teixeira.

Estou certo de que lhes tomei parte do tempo que fui compelido a dedicar à pesquisa, a elaboração e desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Quero apresentar meus agradecimentos à Coordenação do Mestrado de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social da Unimontes e a toda a sua equipe de Professores que, com muita proficiência e dedicação nos transmitiu, a todos os acadêmicos deste programa, conhecimentos e ensinamentos indispensáveis para a realização deste trabalho.

Agradecimento especial registro à Profª Luciene Rodrigues, que me tomou pelas mãos procedendo a uma constante orientação, indicação bibliográfica, correção de rumos equivocados, incentivo e estímulo intelectual; enfim orientação acadêmica, sem a qual este trabalho não se tornaria possível de ser concretizado.

Ao meu co-orientador Prof. Carlos Renato Theóphilo, com a sua paciência e na construção das análises estatísticas, em especial nos esclarecimentos das dúvidas com a aplicação da metodologia análise envoltória de dados.

Aos meus colegas de curso e de turma, agradeço pela satisfação do convívio diário e da freqüente intercâmbio de experiências, conhecimentos e companheirismos.

Àqueles que subsidiaram este trabalho, através da cooperação em aceitarem participar das entrevistas semiestruturadas, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, da direção do IPPEDASAR e do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, por transmitirem os seus conhecimentos e vivências.

A todos que apoiaram e participaram deste projeto registro os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo compreender o papel da saúde no processo de desenvolvimento social por meio do estudo do financiamento e da alocação de recursos no setor, em municípios de porte médio com gestão plena do sistema municipal de saúde, após a descentralização administrativa e criação do Sistema Único de Saúde. São feitas abordagens sobre aspectos teóricos e legais das finanças públicas, com relação aos gastos sociais em saúde, com ênfase no desenvolvimento, direito à saúde, a política pública em saúde, controle da gestão pública e seus processos de avaliação. Busca explicitar a história da política pública de saúde, os gastos sociais em saúde no Brasil, em Minas Gerais, no Norte de Minas e em Montes Claros, confrontando com a experiência britânica. Traz elucidação sobre alguns dos principais indicadores econômico, financeiros, sociais utilizados pela política social para a saúde. Analisa a política social em saúde em municípios com gestão plena do sistema municipal, em especial para o caso de Montes claros, onde se estuda sua estrutura, evolução de financiamentos e alocação dos gastos em saúde, participação social na gestão dos recursos e dos principais indicadores sociais de saúde, do município em comparação com o Brasil. Finalmente é feito uma análise com aplicação da metodologia análise envoltória de dados com alguns municípios de Minas Gerais de gestão plena em saúde, com características de cidade pólo.

ABSTRACT

The present work aims to understand the role of health in the process of social development through the study of funding and resource allocation in the sector in medium-sized municipalities with full management of the municipal health system, after the administrative decentralization and the creation of the Unified Health System . are made approaches to theoretical and legal aspects of public finances, with respect to social spending in health, with emphasis on development, right to health, public health policy, public management and control of its evaluation procedures. Seeks to explain the history of public health policy, social spending in health in Brazil, in Minas Gerais, north of Minas Gerais and in Montes Claros, confronting the British experience. Provides clarification on some key indicators of economic, financial, social, used social policy for health. Examines the social policy on health in cities with full management of the municipal system, especially in case of Montes Claros, where we study its structure, evolution and allocation of funding spent on health, social participation in resource management and key indicators social health of the municipality compared with Brazil. Finally an analysis is done with application of data envelopment analysis methodology with some municipalities of Minas Gerais full health management, with features of the city center

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo de Produção da Saúde..... **30**

Gráfico 1: Distribuição da carga tributária em relação à carga tributário total, no Brasil, em 2002, como Percentual do PIB..... **34**

Gráfico 2: Distribuição Percentual dos Gastos Sociais no Brasil(21,1%) Como percentagem do PIB, em 2005..... **40**

Figura 2: Estrutura Institucional e Decisória do SUS..... **43**

Figura 3: Municípios Emancipados do Norte de Minas, na década de 1990..... **67**

Figura 4: Municípios da Região do Norte de Minas..... **68**

Figura 5**:** Distribuição espacial dos hospitais por função e segundo relevância para apoio à Saúde da Família e primeiros pontos da Rede de Urgência e Emergência. Micro Brasília de Minas/São Francisco (Norte de Minas Gerais)..... **70**

Figura 6: Distribuição de Hospitais na Macrorregião Norte de Minas..... **71**

Figura 7: Distribuição de Ambulâncias na Macrorregião Norte de Minas..... **72**

Gráfico 3: Percentual de Aplicação de Recursos Próprios do Município de Montes Claros na Saúde, de acordo com a EC 29, no período 2000-2009..... **100**

Gráfico 4: Correlação dos Gastos Público em Saúde com os indicadores selecionados..... **116**

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Distribuição das fontes de financiamentos do Ministério da Saúde, no Brasil, em 1999..... **37**

Tabela 2: Gastos totais em saúde como porcentagem do PIB e gastos totais per capita em alguns países desenvolvidos da OCDE, em anos selecionados..... **52**

Quadro 1: Síntese Comparativa entre o Sistema de Saúde do Reino Unido e do Brasil **54**

Tabela 3: Número de estabelecimentos de saúde em Montes Claros – MG por tipo de prestador de e tipo de estabelecimento, em dezembro de 2009..... **78**

Tabela 4: Número de leitos de internação existente por tipo de prestador, Montes Claros, 2009..... **79**

Tabela 5: Recursos humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas, existentes em Montes Claros, em dezembro de 2009..... **80**

Tabela 6: Esperança de vida ao nascer em anos, taxa de fecundidade total e taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos..... **81**

Tabela 7: Municípios da Macrorregião Norte de Minas, população, gasto e Percentual de aplicação em saúde em 2008..... **83**

Tabela 8**:** Universidades e Faculdades Existentes em Montes Claros em 2009..... **86**

Tabela 9: População brasileira, coberta e número de equipes da Estratégia Saúde da Família, no período de 1999 a 2009..... **89**

Tabela 10**:** As 10 causas líderes de morte no Brasil, 2004..... **90**

Tabela 11: Gastos totais de serviços públicas de saúde e per capita da União, Estados e Municípios do Brasil, no período de 2000 a 2005..... **94**

Tabela 12: Receitas realizadas pela saúde em Montes Claros: 2000 a 2009..... **96**

Tabela 13: Receitas próprias diretamente arrecadadas pelo município de Montes Claros no período de 2000 a 2009..... **97**

Tabela 14: Receitas de transferências recebidas do SUS pelo município de Montes Claros no período de 2000 a 2009..... **98**

Tabela 15: Receitas realizadas de transferências constitucionais legais EC 29 de Montes Claros, no período de 2000 a 2009..... **99**

Tabela 16: Evolução das despesas de saúde por grupo de natureza da Despesa, em Montes Claros, no período de 2000 a 2009..... **102**

Tabela 17: Participação percentual da evolução das despesas de saúde por Grupo de natureza da despesa em Montes Claros, no período de 2000 a 2009..... **103**

Tabela 18: Participação percentual da evolução das despesas de saúde por subfunção em Montes Claros, no período de 2000 a 2009..... **104**

Tabela 19: Indicadores Sociais de Saúde..... **111**

Tabela 20: Indicadores de recursos na saúde..... **113**

Tabela 21: Indicadores de Gestão Econômico-Financeiros em Saúde..... **113**

Tabela 22: Indicadores de Saúde selecionados do Município de Montes Claros.. **115**

Tabela 23: Correlação do gasto pública municipal com os indicadores selecionados de Montes Claros..... **115**

Tabela 24: População, PIB per capita, gasto em saúde, valor médio de internações e indicadores de saúde de municípios selecionados de Minas Gerais..... **120**

Tabela 25 : Pontuações de Eficiência de DEA para as Unidades Tomadoras de Decisões..... **121**

Tabela 26: Regressão com População e PIB para todos os municípios selecionados..... **122**

LISTA DE SIGLAS

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AHA – Autoridades Distritais de Saúde, da Inglaterra

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BPC – Benefícios de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina

CES – Conselho Estadual de Saúde

CGU - Controladoria Geral da União

CIB - Comissão Intergestores Bipartites

CIT - A Comissão Intergestora Tripartite

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRS – Centro Regional de Saúde

CSLL - Contribuição Social sobre Lucro Líquido

CSS – Contribuição Social da Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEA – Análise Envoltória de Dados

DENERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DISOC - Diretoria de Estudos Sociais

DMU – Unidade Tomadoras de Decisões

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EACS - Equipes de Agentes Comunitários de Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal – ESB

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FPAS - Fundo de Previdência e Assistência Social

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FUNRURAL – Contribuição ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GBCR – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

GP – Médicos Generalistas, no sistema de saúde da Inglaterra

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPF – Gasto Público Federal

GPS – Gasto Público Social

GPT – Grupo Português de Triagem

GSF – Gasto Social Federal

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira

IPPEDASAR - Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

ISSQN – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

NHS – Sistema Nacional de Saúde, da Inglaterra

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Programa da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDAPS - Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PLUS - Plano de Localização de Unidades de Serviços

PMC – Projeto Montes Claros

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROGRAB - Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica

PRÓ-HOSP – Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais

PSF – Programa de Saúde da Família

RHB – Conselho Regional Hospitalar, da Inglaterra

RIPSA - Rede Integrada de Informações para a Saúde

SADT – Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAMU – Serviço ou Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SEST - Sistema Estadual de Transporte em Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravo de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SIS - Sistema de Informações em Saúde

SUCAM - Superintendência de Campanhas da Saúde Publica

SUDENE – Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCEMG - Tribunal de Conta do Estado de Minas Gerais, para o caso deste Estado

TCU - Tribunal de Contas da União

THD - Técnico em Higiene Bucal

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNAMOC- União das Associações de Moradores de Bairros, Vilas e Distritos de Montes Claros

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USAID - Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional

Sumário

INTRODUÇÃO 18
I. FINANÇAS PÚBLICAS E GASTOS SOCIAIS EM SAÚDE 25
1.1. Desenvolvimento e saúde 26
1.1.1. O direito à saúde 31
1.2. O financiamento da saúde pública no Brasil para municípios com gestão plena e com gestão ampliada da atenção básica 34
1.3. Gastos sociais em saúde no Brasil 37
1.4. Controle público da gestão pública e organização institucional do SUS 41
1.5. Processos de avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil 44
II. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E GASTOS SOCIAIS NO SETOR 47
2.1. A experiência brasileira em saúde pública e sua similitude com o sistema de saúde britânico 48
2.2. Estruturação da política pública em saúde no Brasil, Minas Gerais, Norte de Minas e Montes Claros 55
2.2.1. Saúde pública no Brasil e o modelo do SUS 55
2.2.2. Saúde pública em Minas Gerais 65
2.2.3. Saúde pública no Norte de Minas Gerais e em Montes Claros 67
2.3. Cluster de saúde no Norte de Minas 81
III. PRINCIPAIS INDICADORES ECONÔMICO-SOCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 87
3.1. Indicadores sociais de saúde adotados pelo Brasil 87
3.2. Outros indicadores Determinantes Sociais da Saúde (DSS) 91
3.3. Indicadores de gestão econômico-financeiros em saúde 93
IV. FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DOS RECRUSOS EM SAÚDE EM MONTES CLAROS DE 2000-2009 95
4.1. A evolução do financiamento à saúde em Montes Claros 95
4.2. O gasto social público da saúde em Montes Claros 99
4.3. Evolução do gasto por grupo de natureza da despesa 101
4.4. Gastos com saúde por subfunção 103
4.5. Descentralização e gestão municipal da saúde 104
4.6. Participação social na gestão dos recursos 106

4.7. Principais indicadores de saúde do padrão SUS em Montes Claros comparados com o Brasil 108
4.8. Correlação do Gasto Municipal em Saúde com Indicadores Selecionados 114
4.9. Avaliação de Fronteira de Eficiência de municípios de porte médio e gestão plena em saúde do estado de Minas Gerais 117
CONSIDERAÇÕES FINAIS 123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 128

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento social é um processo multidimensional no qual a saúde é uma das dimensões. A não disponibilização de oferta de serviços básicos de saúde aos indivíduos implica violação de um dos direitos humanos básicos. A saúde evidencia, para além das desigualdades de rendimentos, algumas das desigualdades sociais que as pessoas menos favorecidas sofrem nos sistemas econômicos de governos. Basta observar que aproximadamente 60% das mortes dos pobres são causadas por doenças transmissíveis e mortalidade materno-infantil, enquanto que para os ricos este indicador reduz expressivamente para apenas 8% das mortes (Kliksberg, 1999).

Amartya Sen (2000: 132) chama a atenção para o fato de que "as diferenças na mortalidade podem, de fato, servir como indicador de desigualdades muito profundas que dividem raças, classes e os sexos." As taxas de mortalidade, subnutrição ou mesmo analfabetismo podem sugerir um quadro de pobreza e desigualdade, privações de capacidades básicas e essenciais. Paul Farmer (2005: 45) trata da desigualdade em saúde como sofrimento e violência estrutural dizendo "que a saúde pública e o acesso a cuidados médicos são direitos sociais e econômicos, e nesta área são tão críticos quanto aos direitos civis". A CEPAL (1998) afirma que condições de saúde não adequadas provocam aumentos e faltas no trabalho e diminuem a produtividade do trabalho o que implica em dizer que a saúde é um fator importante para se conseguir competitividade em economias de mercados.

A ausência de saúde acaba por se tornar causa de vários problemas de natureza social e econômica constituindo óbice ao processo de desenvolvimento de dada sociedade. Nesta perspectiva exige cuidados conhecidos como serviços de "atenção primária", que segundo Sclair (2007) deveriam incluir educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros freqüentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Para a Organização Mundial de Saúde – OMS a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, político, econômico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

A melhoria das condições de saneamento e saúde, aliados a baixa taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população no Brasil, nos últimos anos, tem levado a maior pressão no sistema de saúde e de previdência, com o aumento da demanda por um número maior de pessoas aposentadas, de idosos, o que leva a maiores gastos em saúde em face do crescimento populacional e da mudança demográfica. Com a Constituição Federal de 1988, se verificou a busca de ação mais concertada buscando a resolução destes gargalos no atendimento da população em suas necessidades básicas de saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os direitos universais no Brasil convivem com uma situação de desigualdade que perdura por anos levando também iniqüidades para o campo saúde, seguindo a tendência da lógica da desigualdade existente nos níveis de renda, privilegiando com a

destinação de recursos alguns grupos com médias e altas rendas. Em se tratando da saúde isto vem acontecendo quando são assegurados através de mandados judiciais, serviços de saúde, para quem pode arcar com os custos dos bons advogados, mas não para quem sofre nas filas dos hospitais e postos de atendimentos à saúde.

A Constituição Brasileira de 1988 não emite um conceito sobre saúde, assevera que ela constitui um direito de cidadania e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir dela, relaciona saúde e qualidade de vida da população; engloba um conjunto de bens como a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, entre outros. Para o SUS, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 2011: 5). Existem várias formas de tratar o tema da saúde e desenvolvimento, desde a estruturação do sistema, as políticas públicas para o setor, a gestão pública, o modo de apropriação pelas populações, entre outros aspectos.

A motivação pessoal para realização deste estudo advém do fato de que, no período compreendido entre 2005 a 2008, foi-nos oportunizado desenvolver ações profissionais junto a Diretoria de Receitas da Fazenda Municipal em Montes Claros, o que nos aproximou das questões ligadas à gestão das receitas e gastos públicos, instigando-nos a aprofundar aspectos relativos às finanças públicas e sua relação com os processos de desenvolvimento socioeconômico, pela ótica do Estado, mais especificamente da gestão pública de um município de médio porte e com gestão plena dos serviços do sistema. Esses dois fatores juntos podem significar, na prática, maior pressão na demanda dos serviços de saúde pela população de municípios do entorno, adicionados à demanda da população local.

No exercício da função de responsável pelas Finanças Públicas Municipais, as questões ligadas à gestão das receitas e gastos públicos, diziam respeito à insuficiência constante de recursos financeiros para o atendimento à saúde da população do município; baixa capacidade de geração de recursos próprios; demanda reprimida por parte da população no que se refere à realização de consultas médicas, exames laboratoriais e internação hospitalar. Essas questões suscitaram o interesse acadêmico para o estudo do financiamento e da alocação de recursos em municípios com essas duas características - médio porte e com gestão plena. O estudo do caso de Montes Claros é interessante por que são vários os municípios no país e no estado de Minas Gerais com essas características, enfrentando os mesmos desafios no que refere ao financiamento e à alocação de recursos.

Situado na região Norte do estado de Minas Gerais, com população de 361.971 mil habitantes (IBGE, 2010), Montes Claros se caracteriza como um município de médio porte, na rede de cidades brasileiras. Como todo município de médio porte, apresenta certo nível de especialização em alguns serviços, especialmente de saúde e educação, formando um *cluster*, uma aglomeração de hospitais, clínicas especializadas, consultórios, laboratórios, farmácias, estabelecimentos de materiais clínicos e

cirúrgicos, entre outros. É uma cidade classificada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde como um município com resolutividade de alta complexidade, gestão plena do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2010).

Se por um lado tal aglomeração possibilita maior atendimento às demandas da população local, por outro lado, atrai a população de vários municípios do estado de Minas e de outros estados do entorno como Bahia e Espírito Santo, que não dispõem de serviços especializados e, nalguns casos, os mais elementares, o que coloca desafios no que refere ao financiamento do setor, já que os recursos públicos dos entes federados são repassados conforme o número de habitantes do município, além daqueles recursos advindos dos consórcios municipais.

Apesar de a União ser o maior ente financiador da saúde pública, ainda vem alocando recursos aquém do previsto na Emenda Constitucional 29/2000. No que refere aos entes federativos intermediários, no caso o estado de Minas Gerais, estes deveriam aplicar 12% de sua receita líquida, e de modo geral, vêm aplicando nos últimos anos percentual abaixo deste patamar. Como conseqüência, as finanças municipais ficam sobrecarregadas. São os municípios, que estão na ponta, os entes que enfrentam diretamente as demandas da população, aqueles sobre os quais recai a responsabilidade pela oferta dos serviços, e que se vêem obrigados a aplicar valores acima do percentual que deveriam ter como gasto em saúde, quando o previsto é 15% da receita líquida. Montes Claros, a título de ilustração, vem alocando aproximadamente 20% de sua arrecadação no período analisado, o que compromete outros investimentos em serviços sociais e de infra-estrutura.

Em se tratando dos municípios, os dispêndios por categorias econômicas são distribuídos em despesas correntes, de capital e reservas de contingências. As despesas correntes são compostas de pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida e outras despesas correntes; as despesas de capital, compostas de investimentos, inversões financeiras e amortização da dívida. No caso da saúde, os gastos na unidade municipal, são registrados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), por despesas com saúde nas subfunções: atenção básica; assistência hospitalar e ambulatorial; suporte profilático e terapêutico; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; alimentação e nutrição e outras subfunções.

Observando-se o impacto do gasto social no Brasil, segundo estudos feitos por Abrahão et al (2010), com dados de 2006, para cada R$ 1,00 gasto com saúde gera R$ 1,70 para o Produto Interno Bruto (PIB); para o caso da educação este valor gera R$ 1,85, multiplicadores maiores que as exportações de commodities que são de R$ 1,40. Assim pode-se dizer que o gasto social não pode ser discutido como um fardo para as finanças públicas, representando importante papel para que se possam atingir os objetivos ligados a diminuição das desigualdades e para a promoção do desenvolvimento.

O crescimento populacional de dado município impacta diretamente todos os recursos infra-estruturais públicos destinados à saúde. O caso de Montes Claros, como a

maior parte dos municípios de médio porte do país, se constata crescimento superior à média do país. Enquanto o Brasil cresceu ao final da década de 2000 a uma taxa média de 1,05% Montes Claros cresceu 1,66. O que se infere que seus recursos destinados à saúde, por conseqüência do expressivo aumento populacional, estão com uma demanda aumentada.

No que refere aos gastos públicos em saúde, o maior problema está na insuficiência de recursos financeiros por parte da União, Estados e Municípios, para fazer o atendimento às necessidades de saúde da população, que requer uma priorização na alocação dos recursos, de forma especial quais os procedimentos que serão garantidos na atenção básica, em outros termos, o que deve ser financiado.

Diante do exposto, a questão de partida do presente estudo consiste em saber quais foram às principais transformações no que refere à estruturação do sistema de saúde pública no Brasil após a Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde e estabeleceu um processo de descentralização administrativa, com maior responsabilidade para os municípios na oferta dos serviços? Especificamente, as duas questões norteadoras procuram conhecer (***i***) Quais as implicações do processo de descentralização administrativa para o orçamento público municipal no que refere aos gastos sociais em saúde e às fontes de financiamento do setor? (***ii***) Qual a posição do município de Montes Claros, entre outros municípios com perfil semelhante do estado de Minas Gerais, com relação à eficiência no que refere à quantidade de serviços ofertados e de recursos que alocam em saúde?

A hipótese que orienta este trabalho é de que existem problemas no financiamento do sistema e na alocação dos recursos escassos entre Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. O Ministério da Saúde estima que a Atenção Básica tem capacidade de resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde e, a despeito da alta capacidade de resolução dos problemas, especialmente da população mais pobre, a maior parte dos recursos é direcionada para a média e alta complexidade que beneficia todos os segmentos da população, não raro os mais ricos em detrimento dos pobres.

O objetivo geral deste trabalho é compreender o papel da saúde no processo de desenvolvimento social por meio do estudo do financiamento e da alocação de recursos no setor, em municípios de porte médio e com gestão plena do sistema, após a descentralização administrativa e criação do Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos buscam-se (***i***) historiar a estruturação do sistema de saúde pública em Montes Claros - MG e analisar a evolução dos gastos sociais totais e *per capita* em saúde no município, no período de 2000 a 2009, em comparação com o Brasil e com os parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS); (***ii***) verificar se o município de Montes Claros vem cumprindo as metas constitucionais na aplicação dos recursos e discutir os gastos totais e os gastos por subsetores como Atenção Primária, média e alta complexidade; (***iii***) averiguar a relação entre gasto público municipal em saúde, gasto público em saúde e alguns indicadores sociais; e, (***iv***) discutir questões relativas ao financiamento do setor da saúde após a descentralização, algumas especificidades de

municípios como Montes Claros, a autonomia/dependência diante da nova arquitetura organizacional do sistema e a eficiência/ineficiência na oferta de serviços.

No que refere aos procedimentos metodológicos, em grandes linhas, a matriz teórica deste trabalho encontra-se assentada na compreensão da estruturação das finanças públicas, da organização do sistema tributário brasileiro, da co-responsabilidade entre os entes federados (união, estados e municípios) na arrecadação e na distribuição dos recursos públicos, das políticas públicas de saúde e da relação entre saúde e desenvolvimento. Os conceitos chaves do trabalho são saúde, desenvolvimento, políticas públicas, gestão pública e alocação de recursos.

O trabalho utiliza múltiplos procedimentos, recorre aos métodos histórico, comparativo e estatístico. Com o método histórico buscou-se investigar acontecimentos e fatos já transcorridos para verificar sua influência na atualidade; o método comparativo, por meio das diferenças e semelhanças entre os fatos, objetiva constatar similitudes ou explicitar as diferenças; e, por último o método estatístico, permite obter dados quantitativos e constatar relações entre os mesmos.

Diante da falta de literatura acerca da estruturação do sistema de saúde pública em Montes Claros-MG, realizamos entrevistas a atores privilegiados que participaram efetivamente do processo histórico de implementação das ações de saúde no município, no período compreendido entre 1970 a 2000. As entrevistas foram feitas a assessores do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e ao ex-superintendente do Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR) que se constituíram em embriões do Sistema Único de Saúde (SUS). Adicionalmente, foi entrevistado o gestor executivo do Fundo Municipal de Saúde, técnicos responsáveis pelo sistema de informações da atenção básica, pelo processamento contábil dos recursos destinados à saúde da Prefeitura Municipal de Montes Claros; membro representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS) atores importantes no fornecimento de dados e informações econômico-financeiras sobre as finanças públicas de Montes Claros. Complementariamente foi realizada pesquisa no arquivo da Câmara Municipal de Montes Claros, no sentido de obter a documentação oficial de criação do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e da estrutura orgânica da Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros.

Para avaliação e análise com relação a alguns valores monetários acerca da evolução dos gastos sociais totais e *per capita* em saúde em Montes Claros-MG, no período de 2000 a 2009, em comparação com o Brasil, fez-se uma correção destes dados em valores reais, expurgados da inflação, considerando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE). A análise dos gastos em saúde é feita considerando a alocação dos recursos, a eficiência técnica, econômica e o custo de oportunidade.

Para verificar se o município de Montes Claros vem cumprindo as metas constitucionais na aplicação dos recursos e discutir os gastos totais e os gastos por

subsetores como Atenção Primária, média e alta complexidade foi feita uma coleta de dados e informações junto à Prefeitura de Montes Claros, análise de documentação oficial (contábil, fiscal e orçamentária) sobre as finanças do município.

A averiguação da relação entre gasto público total municipal e gasto público em saúde; e, entre gasto público em saúde e alguns indicadores sociais foi feita a partir da escolha de indicadores sociais utilizados para estudos voltados para a saúde, bem como indicadores econômico-financeiros de finanças públicas, para os quais foram realizados testes de correlação, com vistas a busca de associação entre estas variáveis. Fez-se ainda a utilização da metodologia conhecida como Análise Envoltória de Dados (DEA), com vistas a medir a fronteira de eficiência de municípios de porte médio e com gestão plena em saúde do estado de Minas Gerais. Entre os Indicadores Sociais de Saúde adotados pelo Brasil, foram selecionados: mortalidade infantil, expectativa de vida, taxa de fecundidade, porcentagem da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, taxa de cobertura vacinal, Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e variáveis epidemiológicas. Como Outros Indicadores Determinantes Sociais da Saúde (DSS), foram selecionados: emprego e renda, pobreza, educação, saneamento e condições de vida, população, IDH e PIB *per capita*. Entre os Indicadores de Gestão Econômico-Financeiros em Saúde, foram escolhidos: indicadores de receita, indicadores de gastos em saúde, gasto público per capita com saúde, outros indicadores de gastos com saúde.

A discussão de questões relativas ao financiamento do setor antes e após a descentralização foi feita por meio da análise da distribuição da receita entre os entes federados, da evolução das receitas correntes, de contribuições, patrimonial e de serviços do município de Montes Claros entre 2000 e 2009; e da evolução das transferências correntes e de capitais e das receitas de capitais. Por meio da análise dessas contas pode-se perceber a autonomia/dependência diante da nova arquitetura operacional do sistema assim como levantar algumas especificidades de municípios de médio porte como o de Montes Claros - MG. A fonte dos dados sobre as receitas e gastos públicos foi obtida através do SIOPS e os indicadores de saúde foram pesquisados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para responder aos questionamentos de partida e objetivos da pesquisa, o texto foi organizado em quatro capítulos. No *primeiro* são feitas abordagens sobre aspectos teóricos e legais das finanças públicas, com relação aos gastos sociais em saúde, com ênfase no desenvolvimento, direito à saúde, a política pública em saúde, controle da gestão pública e seus processos de avaliação. No *segundo* capítulo se explicitam a história da política pública de saúde, os gastos sociais em saúde no Brasil, em Minas Gerais, no Norte de Minas e em Montes Claros confrontado com a experiência das reformas em saúde havidas no caso britânico. No *terceiro* capítulo busca-se elucidar alguns dos principais indicadores econômico-sociais utilizados pela política social para a saúde. No *quarto* capítulo se analisa a política social em saúde em Montes Claros, sua estrutura, evolução do financiamento, dos gastos, da participação social na gestão dos recursos e dos principais indicadores do município em comparação com o Brasil e a

avaliação da fronteira de eficiência com relação a oferta de serviços e alocação de recursos de doze municípios de Minas Gerais, com população entre cerca de 150 a 600 mil habitantes, sendo oito deles com população entre 150 e 300 mil habitantes (Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Poços de Calda, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Sete Lagoas e Uberaba); dois com população entre 300 e 450 mil habitantes (Betim e Montes Claros) e dois com população superior a 400 mil habitantes e inferior a 601 mil (Juiz de Fora e Uberlândia). Por último, nas Considerações Finais, é feita uma síntese dos principais resultados obtidos e das análises de correlação, da fronteira de eficiência, alocação de recursos, eficiência técnica e econômica, bem como algumas recomendações para melhoria do sistema.

I. FINANÇAS PÚBLICAS E GASTOS SOCIAIS EM SAÚDE

Este capítulo aborda questões teóricas e legais atinentes às finanças públicas com enfoque na unidade pública municipal e algumas discussões sobre a relação entre saúde e desenvolvimento.

A teoria que trata das finanças públicas ou economia do setor público busca responder, aspectos que dizem respeito ao Estado e ao Governo, nas esferas federal, estadual e municipal. As áreas de políticas fiscais e consolidações da estabilidade econômica abrangem gastos e alocação de recursos públicos, receita tributária, dívida pública e previdência social. Neste sentido focalizam-se os gastos com pessoal, previdência, transferências para estados e municípios e despesas com custeio e investimento.

Como o mercado não resolve os problemas em economias que praticam a liberdade empresarial, verificam-se algumas razões para a interferência do Estado, dentro do sistema econômico de livre iniciativa, que justificam a existência do setor público para promover o bem estar social. Neste contexto, Giambiagi & Além (2000: 67) cita a participação do Estado para corrigir as imperfeições de mercado quando da "existência de bens públicos, existência de monopólios, externalidades, mercados incompletos, falhas de informações, ocorrência de desemprego e inflação". Outras abordagens de cunho keynesiano, consideram que o Estado deve ter um papel ativo na promoção do bem estar social.

É função de o Estado determinar o nível de contribuição de cada contribuinte, bem como a quantidade de bens públicos a serem ofertados. Aí ele, Estado, de um lado, passa a ter uma função alocativa de recursos para proporcionar a estes consumidores bens públicos (Rezende, 1983). O Estado, conta com o sistema tributário para fazer face às demandas da Nação. Daí ser considerada estratégica a arrecadação de impostos, taxas e contribuições que se constituem em receitas que sustentam o fluxo de caixa a ser desembolsado pelos entes públicos. A carga tributária brasileira, que representa, quanto de tributos se recolhe ao fisco passou de 15,80% do PIB - Produto Interno Bruto em 1962 para uma carga tributária da ordem de 34,28% em 2009. (IPEA, 2010).

Por outro lado, as finanças públicas, tratam também dos aspectos ligados aos dispêndios e gastos de recursos feitos pelo setor público. Alguns autores entendem, que os gastos do setor público, podem aumentar o crescimento econômico, através da elevação da produtividade gerada no setor privado (Ram, 1986; Barro, 1990; Cashin, 1995; Ascahuer, 1989) apud Júnior (2001). O setor privado sente-se atraído para ambientes onde se constatam bons serviços de infra-estrutura de transportes, telecomunicações, energia, educação, saúde, cultura, lazer e esportes e segurança.

Ao final dos anos 1998 o Governo Federal brasileiro criou a Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em 2000[1], com o intuito de ajustar as contas públicas. Esta Lei impôs limites para os gastos de pessoal, para a dívida consolidado líquida, para operações creditícias e para realização de despesas ao final do último ano de mandato do governante. Para efeito da saúde foi editada a Emenda Constitucional nº 29/2000 a qual vinculou 12% das receitas tributárias estaduais e 15% das municipais às ações e serviços públicos de saúde (Gobetti e Klering, 2007). Além disto, o orçamento público municipal deve direcionar 25% para a educação e aproximadamente 5% para as Câmaras Municipais. Os gastos com pessoal nos municípios brasileiros aproximam dos 42,4% (2006), ou seja, a margem para alocação de recursos pelos municípios é diminuta, correspondendo a apenas 12,6% do orçamento total. (IPEA, 2010). Em termos quantitativos, as rubricas são dadas, cumpre verificar a qualidade dos gastos e os seus resultados.

1.1. Desenvolvimento e saúde

Gozar de boa saúde é uma condição fundamental do desenvolvimento. A inexistência de renda leva, às vezes, a não se ter boa saúde e quando não se tem boa saúde perde-se uma das condições fundamentais para se atuar produtivamente no sentido de, a partir de sua produtividade auferir rendimentos. Ou seja, não se pode precisar o que vem primeiro se a saúde para produzir renda ou se a renda para promover a saúde do indivíduo. A saúde não tem o mesmo significado para todas as pessoas. Seu conceito apresenta variações dependendo da época e do lugar. Está diretamente relacionado com os valores dos indivíduos, com o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como com concepções religiosas do povo ou da região.

Buscando-se uma abordagem histórica sobre saúde e medicina; tem-se que o pai da medicina Hipócrates de Cós que viveu durante o período de 460 a 377 a.C, através das referências feitas em escritos deixados por Platão, Sócrates e Aristóteles, já trazem escritos que tratam a medicina de uma forma racional. Hipócrates via o ser humano como uma unidade organizada, por outro lado a doença era tida como uma desorganização deste ser humano. Há que se destacar ainda que as observações deste não se restringissem apenas ao paciente, como também ao seu meio ambiente. Segundo Scliar (2007), ainda na Idade Média existia uma expressiva influência da religião cristã na concepção da doença relacionada ao pecado cometido e, a partir daí a sua resolução de cura como um assunto ligado à fé religiosa. Assim, a religião com suas ordens religiosas cuidavam dos doentes, inclusive administrando unidades hospitalares. As

[1] Lei 101/2000. Na perspectiva da legislação existente no Brasil para as finanças públicas, destaca-se ainda a Lei Federal 4.320, de 17 de março de 1964, que estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, de conformidade com o disposto no art. 5o, inciso XV, letra b, da Constituição Federal de 1946, combinado com o artigo 24 da Constituição Federal de 1988, que se encontra em vigor.

doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo humano, na visão do suíço Paracelsus (1493).

Ainda segundo Scliar (2007), foi com as idéias de René Descartes no século XVII que tinha o corpo como um funcionamento de uma máquina, com a visão de mecânica, daí havendo um dualismo entre o corpo e a mente. Com a revolução feita por Louis Pauster, e a descoberta do microscópio, o que refletiu no Século XIX com a descoberta de microorganismos que eram a causa de diversas doenças, propiciando então a criação de vacinas e soros. Isto ficou conhecido posteriormente como a revolução pausteriana, o que redundou na condição de se prevenir doenças ou mesmo promover a suas curas definitivas.

William Petty (1687) que era um rico fazendeiro e também médico deu início a um estudo que coletava dados estatísticos sobre população, educação, quantidade de produção e algumas doenças e, a esse estudo chamou de "anatomia política". O comerciante Jonh Grant (1674) fez um estudo estatístico fazendo uma relação entre mortalidade de diferentes grupos da população com o sexo, lugar e local de residência. O médico Louis René Villermé em 1826 publicou um relatório no qual tratava de analisar a mortalidade nos diferentes bairros de Paris, chegando a conclusão que estavam relacionadas com o nível de renda. Os inquéritos estatísticos e os *bluebooks*[2] (livros azuis) aparecem logo após 1840 (Scliar, 2007).

Segundo Scliar (2007) foi na Inglaterra em 1842 que o advogado Edwin Chadwick, através de seu relatório "As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-bretanha", levou o parlamento daquele país a promulgar a lei *Public Health Act* (ato público de saúde), que criou a Diretoria Geral de Saúde, além de autorizar a contratação de médicos sanitaristas e de fazer proposições para a saúde pública. Assim começou uma ação coordenada de saúde pública na Grã-Bretanha.

Foucoult (1982: 57) escreve sobre nascimento da medicina social, dizendo que a Alemanha no começo do século XVIII foi o primeiro a ter uma "medicina de estado" onde se implementou uma política médica de Estado que visava a melhoria do nível de saúde da população; na França surge a "medicina social", causada pelo desenvolvimento da urbanização; enquanto que na Inglaterra, a "medicina social", que é a representada pela "assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadrinhamento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais".

Também na Alemanha desde 1779 já tinha surgido à idéia de que o Estado deveria cuidar da saúde pública. Em 1883 Bismark criou o sistema de seguridade e de saúde que foi pioneiro. Após a Alemanha outros países foram implantando o seu sistema de seguridade e saúde. Logo depois da segunda guerra mundial, na Inglaterra, William Beveregde estuda a situação do seguro social, o qual redunda na criação em 1948, de um sistema como uma compensação para o povo inglês, pelas dificuldades

[2] Bluebooks é um termo freqüentemente utilizado como um livro que compila estatísticas e informações diversas.

com a guerra, de um plano que fazia parte do *welfare systema*[3] (sistema de bem estar social) que garantia proteção "do berço a tumba", que se constituiu no Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de dar proteção integral ao povo inglês utilizando para isto os recursos públicos.

Após a II Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que vai ser criado um conceito universalmente aceito sobre o que seja a saúde. Em 07 de abril de 1948, considerado o Dia Mundial da Saúde, a OMS divulga o conceito sobre saúde que diz

> Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (Scliar, 2007:37).

Há por detrás deste conceito um reconhecimento da existência do direito à saúde, com uma implicação de que o Estado deve promover e ter uma proteção para a saúde de seus habitantes.

Em 1974, no Canadá o médico Mark Lalonde propõe o conceito de "campo da saúde". Este conceito incorpora:

> A *biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o *meio ambiente*, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o *estilo de vida*, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a *organização da assistência à saúde*. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (Scliar, 2007: 37).

Como se depreende da conceituação acima saúde requer ações múltiplas ligadas a diversos outros setores da vida em sociedade, que vai desde o tratamento da água ao sistema educacional.

Com a Conferência de Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, os cuidados em saúde requerem uma estratégia que se baseia, dentre outros em

> (...)1) as ações de saúde devem ser práticas, exeqüíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país (Scliar, 2007: 38).

Portanto, vê-se que as questões ligadas à saúde têm envolvimento com os agentes púbicos e privados, requerendo a participação ativa da sociedade em seus processos de criação de sistemas, implementação e acompanhamento e estão no

[3] Welfare system, sistema nacional de proteção social, com assistência social e saúde criada na Inglaterra em 1948, a partir do relatório Beveredge.

cotidiano das comunidades, independentes de seus locais, se urbanos ou rurais (Scliar, 2007). Além do que os seus serviços demandam investimentos e custos na execução que precisam da mobilização de recursos para sua efetivação, de forma especial na saúde pública.

A saúde acaba por ser tornar causa de vários problemas e também um óbice para o processo de desenvolvimento de uma sociedade. Por outro lado, uma boa saúde resulta em uma população saudável e mais produtiva, significando melhores condições de bem-estar. E nesta perspectiva exigem cuidados que são conhecidos como serviços da "atenção primária", que devem ser compatíveis com as condições sócioeconômicas e culturais e segundo Scliar (2007) deveriam

> Incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros freqüentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (Sclair, 2007: 39).

Fica clara a interdependência que deve existir para uma boa condição de saúde, que requer do setor público uma infra-estruturura de serviços de saneamento básico com água e esgoto tratados até uma educação básica que permita a cada indivíduo plenas condições de discernimento para fazer uma alimentação saudável ou até mesmo compreender uma recomendação básica de um receituário médico.

A Constituição Brasileira de 1988 não emite um conceito sobre saúde, mas diz que

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação".

Para o sistema que foi criado no Brasil, a partir das normas constitucionais, constituído no Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se como saúde

> A saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc.(...) Os níveis de saúde da população expressm a organização social e econômica do país (Brasil, 2011f: 5).

De uma forma ou de outra a maioria dos conceitos acerca do que seja saúde, segundo Arouca (1986), implique que

> A saúde é algo a ser atingido, que vai desde direito ao trabalho e salário condignos, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos (Arouca, 1986: 02).

A melhoria das condições de saneamento e saúde, aliados a baixa taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população no Brasil, nos últimos anos, leva a uma pressão maior no sistema de saúde e de previdência, com o aumento da

demanda por um número maior de pessoas aposentadas e também um aumento de idosos, o que leva a maiores gastos em saúde em face desta condição da população.

Existem indicadores "positivos" para se medir a saúde coletiva de uma população, sendo que a esperança de vida ao nascer se constitui em um dos mais conhecidos indicadores, nesta categoria. De outra forma os indicadores "negativos" que por sua vez, medem à saúde por sua ausência; como é o caso do indicador, taxa de mortalidade infantil, que mede a mortalidade através dos óbitos no primeiro ano de vida por mil nascidos vivos.

O estágio de desenvolvimento socioeconômico de um país afeta diretamente a saúde de sua população. Os autores Illich e Mckeown (1976) apud Giraldes (1997) afirmam que o montante de recursos destinados à saúde deve ser alocado considerando-se um contexto de maneira mais ampliada que leve em conta o estágio do bem estar econômico e social da população, sendo que os programas de saúde não devem desprezar o importante papel da saúde preventiva.

Giraldes (1997) citando Townsend (1981) destaca que a pobreza acaba por reforçar a baixa condição social. Com condições de trabalho e de habitação não apropriadas as taxas de morbidade e morte têm possibilidade de serem maiores. Giraldes (1997) enfatiza que o meio socioeconômico em que as pessoas vivem pode vir a se constituir em um determinante crucial do seu estado de saúde.

A melhoria das condições gerais sanitárias, as condições de moradias, uma melhor alimentação são condições que propiciam uma melhoria do bem estar social e do padrão de vida da população, o que repercute positivamente em melhores condições de saúde para a população, como afirma Rezende (1983).

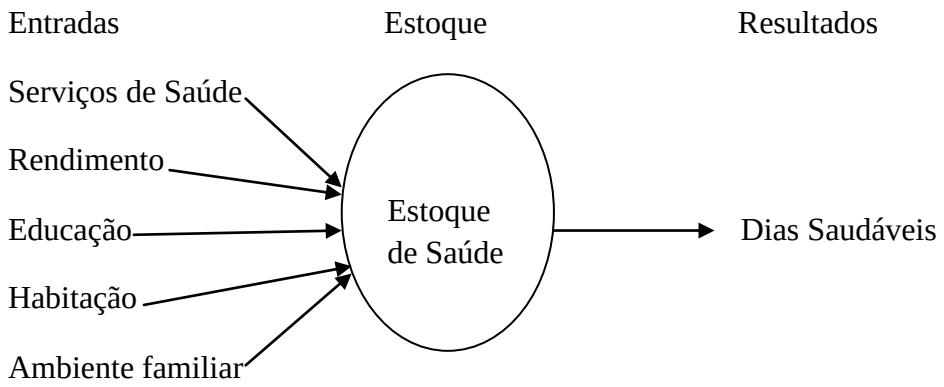

Figura 1: Modelo de Produção da Saúde

Fonte: Adaptado de Maynard apud Giraldes (1997)

Segundo Giraldes (1997) o estoque de saúde de cada pessoa (FIG 1), é resultado de diversos fatores que influenciam diretamente o seu nível de saúde, quais sejam: serviços de saúde, rendimentos, educação, habitação e vida familiar.

1.1.1. O direito à saúde

A questão das desigualdades trás consigo em relação à saúde diferentes condições de acessibilidade aos recursos ofertados. Buscando inspiração em Rousseau (1986), quando este diz em seu Discurso sobre a Origem das Desigualdades entre os Homens que existem

> "... duas espécies de desigualdades: uma, que chamo natural ou física, porque foi estabelecida pela natureza, e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças corporais e das qualidades do espírito ou da alma; outra, a que se pode chamar de desigualdade moral ou política, pois que depende de uma espécie de convenção e foi estabelecida, ou ao menos autorizada pelo consentimento dos homens. Consiste esta nos diferentes privilégios desfrutados por alguns em prejuízo dos demais, como o de serem mais ricos, mais respeitados, mais poderosos, ou mesmo mais obedecidos" (Rousseau, 1986:134).

Pode-se notar que as desigualdades no que se referem à saúde estão ligadas às doenças decorrentes de seu processo de envelhecimento natural. Daí diferenças trazidas pela gênese de cada indivíduo. Outra diferença é a de ordem da condição social, política ou institucional, que estão ligadas as convenções estabelecidas pela sociedade e pelas condições.

Pela corrente de pensadores ligados ao utilitarismo, a justiça social se dá quando "uma sociedade é corretamente ordenada, e, portanto justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da sua distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade" (Porto 1995: 125).

Com relação à saúde pela ótica desta escola (utilitarista), Le Grand (1986) apud Porto (1995) cita dois exemplos: sendo que o primeiro diz que quanto maior a renda de um indivíduo maior suas possibilidades de desfrutar de um bom estado de saúde; já quanto ao segundo diz respeito a assistência médica entre dois indivíduos, sendo que um dentre eles tem melhores condições de nutrição e, por conseqüência a partir daí com condições de responder melhor aos tratamentos. Esta teoria diz que é melhor dar tratamento ao indivíduo que tem melhores condições de resposta, portanto, o que desfruta de melhores condições nutricionais.

Uma terceira corrente de pensadores tem como seu expoente Rawls (1993) que de forma resumida pode-se dizer que é possível um "conceito de eqüidade que permite uma discriminação positiva" e ainda pode ser esclarecido o seu pensamento.

> "... Para Rawls, não existe injustiça no fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, contanto que justamente por aí - mas como é possível saber - a situação dos mais desfavorecidos seja melhorada" (Rawls, 1993: 69).

Como se pode perceber existe enfoques teóricos variados sobre o direito à saúde. Um conceito que merece destaque no direito à saúde é o de equidade, que pode ser resumido em tratar de forma diferente os diferentes. Segundo Le Grand (1986) apud Porto (1995:132) o conceito de equidade pode ser: "tratamento igual para necessidades

iguais; igualdade de acesso e igualdade de saúde". A equidade em saúde significa que as pessoas devem receber atenção em saúde de acordo com as suas necessidades.

A saúde é um dos direitos humanos mais básicos daí ser indispensável que um sistema de governo democrático deva estar atento e envide esforços e mobilize recursos para fazer face às necessidades de seus cidadãos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apud Kliksberg (1999), destaque que

> "o acesso equitativo a serviços de saúde é um direito essencial dos seres humanos em nosso tempo e é uma condição básica para assegurar a força da democracia, a governabilidade das nações e a legitimidade dos Estados" (Kliksberg: 1999: 63).

A equidade é, portanto um conceito importante em saúde. Whitehead (1991) apud Viana (2003) define equidade em saúde, como

> "Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Eqüidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical)" (Viana, 2003:60).

A falta de saúde gera variadas dificuldades para o processo que leva ao círculo vicioso da pobreza. A CEPAL (1998) afirma que condições de saúde não adequadas provocam aumentos e faltas no trabalho e diminuem a produtividade do trabalho o que implica em dizer que a saúde é um fator importante para se conseguir a competividade em uma economia de mercados.

Para Sen (2000) existem diferenças entre igualdade e equidade, sendo que a primeira está ligada ao valor moral, enquanto a segunda trata-se de uma questão de justiça e, neste sentido a equidade é propícia para se corrigir desigualdades. Paul Farmer (2005: 45) trata da desigualdade em saúde como sofrimento e violência estrutural dizendo "que a saúde pública e o acesso a cuidados médicos são direitos sociais e econômicos, e, nesta área são tão críticos quanto aos direitos civis".

A não disponibilização na oferta de serviços básicos de saúde aos indivíduos implica na violação de um dos direitos essenciais. Como o mercado não dá conta de resolver de forma espontânea estas ofertas por existirem desigualdades de rendas, faz-se necessária a intervenção do Estado para proporcionar o preenchimento destas lacunas. Musgrave (1996) apud Kliksberg (1999: 70) diz que: "embora as razões para a intervenção do Estado não se limitem ao setor de saúde, certas falhas do mercado são piores aqui que em qualquer outra área da economia".

Para o exercício da cidadania os direitos sociais são fundamentais. Segundo Marshall (1967) a cidadania requer três tipos de direitos: i) os civis, onde todos são livres; ii) os políticos, que define a condições de todos elegerem seus representantes no

governo e iii) sociais, representados por uma cesta de políticas sociais, enquadrando aqui a saúde.

O sistema de saúde no Brasil passou por uma reforma a partir da Constituição Federal de 1988, trazendo em bojo a questão de que a saúde "é direito de todos e dever do estado", bem como trouxe também a noção de equidade, buscando fazer uma distribuição mais ampliada dos recursos destinados à saúde. A Constituição Federal do Brasil diz em seu artigo 196 que

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 2011b: 196)

Este dispositivo constitucional deixa claro que as ações e os serviços de saúde deverão estar disponíveis de forma igualitária para todos os indivíduos brasileiros. Os direitos universais no Brasil convivem com uma situação de desigualdade que perdura por anos levando também iniqüidades para o campo saúde, seguindo a tendência da lógica da desigualdade existente nos níveis de renda, privilegiando com a destinação de recursos alguns grupos com médias e altas rendas. No caso da saúde isto vem acontecendo quando são assegurados através de mandados judiciais, serviços de saúde, para quem pode arcar com os custos dos bons advogados, mas não para quem sofre nas filas dos hospitais e postos de atendimentos à saúde (Bacha e Schwartzman, 2011).

Sobre o direito a saúde de forma mais ampliada, além de apenas a assistência médica, Paim (1987) diz que

> "A idéia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. (...) O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc." (Paim, 1987: 48).

Há que se ressaltar ainda outro princípio sobre o direito a saúde, que é ressaltado por Arendt (1987) que é o "direito a ter direitos", que está ligado a cidadania plena com as conquistas realizadas por toda a sociedade; também fala-se na "cidadania regulada", conforme Santos (1979), a qual está na dependência de uma legislação normatizada pela estrutura governamental. No caso brasileiro para o SUS se aplica na prática mais a "cidadania regulada", pois, as ofertas de equipamentos e serviços de saúde não estão disponíveis para todos de forma ampla, em face de que apenas nos centros urbanos mais desenvolvidos se encontram estas ofertas, representadas pelas diversas unidades de saúde do governo ou mesmo aquelas unidades privadas que prestam serviços aos cidadãos, a partir da contratação dos governos municipais.

1.2. O financiamento da saúde pública no Brasil para municípios com gestão plena e com gestão ampliada da atenção básica

Até a Constituição de 1988 o financiamento da saúde no Brasil era feito por meio de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), sendo sua fonte básica de recursos as contribuições dos empregados e empregadores sobre a folha de salários. Após 1988, veio uma nova definição de atribuições para os entes federativos, ainda que isto não tenha ficado de forma muito clara. A vinculação de recursos fiscais para estes três níveis federativos (União, Estados e Municípios) destinados para a educação, saúde incluídos no Orçamento da Seguridade Social. Uma das novas disposições constitucionais dizia respeito ao processo de descentralização de recursos para os estados e municípios, com maior participação destes no Fundo de Participação dos Estados (FPE) e no Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Os Estados tiveram ainda um fortalecimento de suas receitas com o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e os municípios continuaram com o recolhimento tributário do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) e o Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e, também tiveram uma ampliação de suas receitas com os repasses do FPM e do ICMS (Giambiagi e Além, 2000).

A distribuição da carga tributária por principais tributos, em relação à carga tributária total, no Brasil, em 2002 era da ordem de 35,5% do Produto Interno Bruto (PIB) 2002, segundo Castro e Cardoso Júnior (2009) e estava distribuída conforme o GRAF 1.

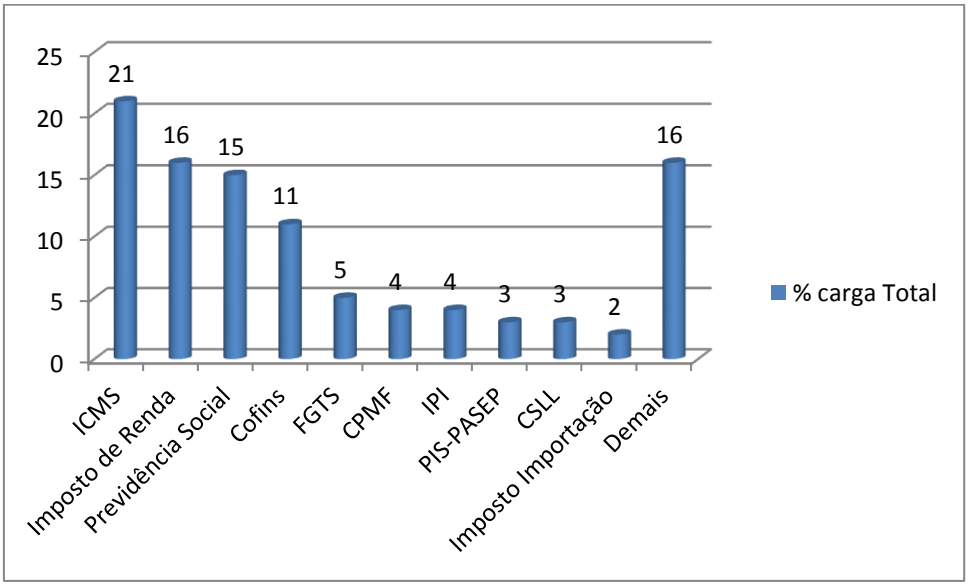

Gráfico 1: Distribuição da carga tributária em relação à carga tributário total, no Brasil, em 2002, como Percentual do PIB

Fonte: Castro e Cardoso Jr., 2009

O principal tributo do ponto de vista do volume de arrecadação tanto para a União como para os Estados é o ICMS, como se vê no GRAF 1. O imposto de renda tanto de pessoa jurídica como de pessoa física se constitui na segunda fonte de arrecadação, sendo seguido pelas contribuições recolhidas pelo sistema de Previdência Social, através das contribuições patronais e dos empregados. Com relação ao Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) criado em 1993, tendo entrada em vigor em 1994 e transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tendo sido extinta em 2007[4](BRASIL, 2011g).

As contribuições sociais se constituem em receitas que são vinculadas a área de seguridade social e, no caso brasileiro tem três bases de cálculos, podem incidir sobre a folha de pagamentos, lucros e sobre o faturamento das empresas. Estes recursos são utilizados para fazer face às despesas com a previdência social, a saúde e a assistência social.

Para o ente federativo estadual o ICMS é o principal tributo. Para os municípios o ISSQN e o IPTU se constituem na principal base tributária.

A partir de 1996 a CPMF se tornou na principal fonte de recursos para a saúde, sendo que está chegou a representar em 2002 do total de recursos 41%, a CSLL representou 26%, a COFINS 15% e o restante 18% outras fontes orçamentárias (Médici, 2011).

A quase totalidade das fontes de recursos destinados à saúde é feito com aportes fiscais e contribuições sociais da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e a CPMF, sendo que está última foi extinta em 2007 (Castro e Cardoso Júnior, 2007).

Do ponto de vista da normatização para o financiamento a saúde, foi a Norma Operacional Básica do SUS nº 01/91 de 07 de janeiro de 1991, que estabeleceu a nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. A Norma Operacional da Assistência Social de nº 01/2001, facultou aos municípios enquadramento em duas condições, uma como Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a outra como Gestão Plena do Sistema Municipal; e, quem se habilitou como Gestão Plena do Sistema Municipal, automaticamente ficou com a Atenção Básica Ampliada. A diferença básica destes sistemas é modo de como os municípios recebem suas transferências de recursos. No primeiro caso (Atenção Básica Ampliada) o município recebe um valor com base *per capita* para o financiamento das ações da atenção básica; no caso do Sistema

[4] CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, foi criada em 1993 como Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira, entrando em visor no ano seguinte (1994). Sua alíquota inicial era de 0,25%. Em 1997 criou-se a CPMF com alíquota de 0,2%. Em 1999 alíquota foi para 0,38%. Em 2002 a distribuição da receita desta contribuição foi definida como sendo: 0,2% saúde; 0,1% custeio da previdência social e 0,08% para o fundo de combate de erradicação da pobreza. Esta contribuição teve vigência até dezembro de 2007, quando foi extinta. Encontra-se em análise por parte do Governo Federal a criação da Contribuição Social da Saúde (CSS), que foi incluída no projeto que regulamenta a Emenda Constitucional 29, que destina mais recursos para a saúde. Esta contribuição daria uma receita estimada de R$ 10 bilhões por ano para saúde (Brasil, 2011g e Jornal Folha de São Paulo, 2011).

Municipal este recebe recursos federais na totalidade programados para o custeio da assistência em toda a sua área de abrangência (Brasil, 2011j).

O sistema de financiamento para as ações de saúde foi dividido em três grupos: atenção básica, média complexidade e alta complexidade[5]/alto custo. O primeiro, de menor complexidade, deve ser oferecido por todos os municípios e seu financiamento baseia-se num valor per capita, fixado em R$ 10,50 anuais, em dezembro de 2001. O de média complexidade, que não pode ou não deve ter uma oferta universal, passa a ter a possibilidade de uma solução em sua região, que deve ser financiada segundo a população, tendo o valor per capita estabelecido em R$ 6,00 anuais, em julho de 2001. Por último, como alta complexidade, tem sua oferta naturalmente muito restringida e, nessa modalidade o financiamento fica a cargo do governo federal e dos governos estaduais (Brasil, 2011k e l).

Pode-se dizer que o modelo adotado para o financiamento público à saúde no Brasil, conta com as principais fontes as receitas de impostos diretamente arrecadados pela União, Estados e Municípios, assim como as receitas de impostos transferidos pela União e Estados; contribuições sociais dos trabalhadores sobre os salários, bem como incidentes sobre o faturamento e o lucro das empresas (CONFINS E CSLL); e os recursos de prognósticos, representados pelas diversas loterias.

Quando se observa as principais fontes de receitas para o financiamento da saúde, em nível do Governo Federal, vê-se que a participação dos impostos para a alocação na saúde é pouca expressiva, diferentemente de outros países, onde os impostos têm uma importância relevante no financiamento à saúde (Reis, 2001).

[5] Alta Complexidade é considerada procedimento de alta complexidade aquele que envolve alto custo e ou alta tecnologia. Normalmente as áreas de alta complexidade estão organizadas em redes, tais como: cirurgias cardíacas, traumatoortopedia, atenção oncológica (Brasil, 2006 b).

Tabela 1: Distribuição das Fontes de Financiamentos do Ministério da Saúde, Brasil, em 1999.

Fontes de Financiamentos	1999 (Bilhões de R$)	Percentual
Recursos Orçamentários	3.201,4	14,7
Títulos Resp. Tesouro Nacional	165,9	0,8
Operações Crédito Internas – Moeda	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	315,7	1,4
Recursos Diretamente Arrecadados	753,3	3,5
Contribuições Sociais	13.621,3	62,5
Contrib. Social Lucro PJ	2.903,2	13,3
Contrib. Social p/Fin. Segurid. Social	5.797,9	26,6
Contrib. Emp. e Trab. p/Segurid. Social	-	-
Contrib. Prov. s/Mov. Financeira(CPMF)	4.920,1	22,6
Fundo de Estabilização Fiscal	3.085,3	14,2
Demais Fontes	648,2	3,0
Total	21.791,1	100,0

Fonte: Reis, 2001 e IPEA

Antes da Constituição Federal de 1988, a grande financiadora da saúde era a contribuição social de empregados e empregadores sobre a folha de salários, representando mais de 80% do seu valor total. Com a Constituição Federal de 1988, este percentual de 80% passou a ser de origem das contribuições sociais oriundas do orçamento da seguridade social. Parcela de 62,5% dos recursos destinados à saúde vem diretamente das contribuições sociais. A TAB 1 mostra esta distribuição de recursos para o caso do Brasil, no ano de 1999; a última série disponível com estes dados.

1.3. Gastos sociais em saúde no Brasil

Este trabalho faz um enfoque nas variáveis compreendidas pelos aspectos fiscais e sobre a intervenção direta do Estado, em especial no que se refere ao gasto social público na atividade saúde, e na questão fiscal, onde se explicita as principais fontes de financiamentos públicos para saúde, que advém da receita pública do estado, de origem tributária e fiscal.

Os principais gastos sociais no Brasil estão classificados por finalidades em funções e subfunções[6] e em programas e ações. Neste caso está sendo focada a função saúde. E os gastos sociais considerados são aqueles contabilizados no sistema de contas da unidade de gestão pública municipal.

[6] As descrições completas dos gastos públicos federais por funções e subfunções estão descritos na Portaria do Ministério de Estado do Orçamento e Gestão n. 42, de 14/04/1999.

A definição de gasto social tem algumas controvérsias, dado que alguns itens de despesas são alocados às vezes por classificação institucional, que ligam os gastos sociais aquela entidade ou órgão estatal e, isto pode levar a subestimação dos gastos na área da saúde e educação.

Existem diversas definições para gastos sociais, neste trabalho, trabalhar-se-á com a definição, segundo Fernandes (1998):

> Definiu-se gasto social federal como aquele voltado para a melhoria, a curto ou longo prazos, das condições de vida da população em geral. Assim, seriam envolvidos os gastos diretamente efetuados pelo governo da União, bem como a transferência negociada de recursos a outros níveis de governo (estados ou municípios) ou a instituições privadas, referentes a programas de trabalho, projetos e ações desenvolvidos nas áreas, que podem ser de saúde, educação e cultura, etc. (Fernandes, 1998: p. 12)

Quando os gastos sociais se referem à saúde, tendo como referência Fernandes (1998) este descreve que é

> Formulação e implementação da política para o setor, programas de controle de doenças transmissíveis, de vigilância sanitária, de atendimento à mãe e à criança, de produção e distribuição gratuita de remédios, de manutenção de hospitais de ensino e residência médica, e de assistência médico-hospitalar. Excluem os gastos dos hospitais da estrutura dos ministérios militares, classificadas suas despesas como benefícios a servidores públicos da esfera federal (Fernandes, 1998: p. 12).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), através de sua Diretoria de Estudos Sociais (Disoc) vem trabalhando com um conceito sobre Gasto Público Social, o qual entende que

> O Gasto Público Social (GPS) compreende os recursos financeiros brutos empregados pelo setor público no atendimento das necessidades e direitos sociais, correspondendo ao pagamento dos custos de bens e serviços – inclusive bens de capital e transferências, sem deduzir o valor de recuperação (depreciação e amortização dos investimentos em estoque, ou recuperação do principal de empréstimos anteriormente concedidos) (Jaccoud, 2009: p 262).

Outro conceito muito utilizado para os gastos é o de Gasto Social Federal (GSF) que deriva diretamente do conceito de Gasto Público Social, e representa "dispêndios diretamente efetuados pelo governo central, bem como as transferências negociadas de recursos para outros níveis de governo (estadual e municipal) ou para instituições privadas, referentes a programas e ações desenvolvidas nas áreas de atuação sociais" (Jaccoud, 2009: p 262)

Os gastos sociais são processados no decorrer de um período fiscal e são processados, registrados e sistematizados mensalmente pelo conceito da despesa liquidada[7] e são considerados desembolsos efetivos de recursos financeiros no exercício

[7] Despesa liquidada são dispêndios realizados pelos entes públicos quando se constata a entrega efetiva do produto ou serviço contratado pela administração pública.

fiscal em que se der sua liquidação; não incorporam, portanto os chamados restos a pagar[8]. Todos os gastos do governo obedecem a um procedimento básico para compra e somente podem ser efetivadas compras quando existir o corresponde recurso financeiro para fazer em face de este dispêndio; a isso se diz que a despesa precisa ser previamente empenhada[9].

O governo da União faz transferências de recursos para os Estados e municípios e também os estados fazem transferências de recursos para os municípios que são transferências obrigatórias e constitucionais.

As despesas de capital são representadas pelos dispêndios em investimentos, amortização de dívidas e inversões financeiras. Como investimento é considerado a inversão feita em formação bruta de capital fixo ou inversão em bens reais e ativos, tais como: construção de prédios, máquinas e equipamentos, instalações, etc.

Como despesas correntes são consideradas o pagamento de pessoal, compra de bens e serviços que são necessários para a manutenção das atividades da administração pública, bem como a execução de programas, projetos e o pagamento dos juros e encargos das dívidas.

Há que se destacar ainda outro conceito utilizado que é o Gasto Social Federal *per capita*, que resulta da divisão do Gasto Social Federal pelo total da população do país. Este representa um indicador global. No Brasil o Gasto Social Federal *per capita* em 2002 era de R$ 1.255,00, com um GSF total de R$ 219 bilhões (Jaccoud, 2009: p 274).

Ao observar dados acerca do gasto social público consolidado em saúde, para o ano de 1995, no que concernem as três esferas governamentais, no Brasil, o governo federal tinha uma forte concentração com 58% de responsabilidade pela execução, os governos estaduais representavam 21,5% e os governos municipais com 20,5% (Fernandes, 1998).

Quando se observa o impacto do gasto social no Brasil, segundo estudos feitos por Abrahão et al (2010), com dados de 2006, para cada R$ 1,00 gasto com saúde gera R$ 1,70 para o Produto Interno Bruto (PIB); para o caso da educação este valor gera R$ 1,85, multiplicadores maiores que as exportações de *commodities* que são de R$ 1,40.

[8] Restos a pagar é um conceito utilizado na administração pública que representa as despesas empenhadas más não pagas até 31 de dezembro. Podem existir restos a pagar processados e não processados. Os primeiros se referem a bens e serviços já entregues. No segundo caso, não processados, estão as despesas que foram objeto de compromisso de despesas que foram empenhadas, entretanto não são necessariamente obras ou serviços concluídos.

[9] Despesa empenhada são todas aquelas compras ou pagamento de serviços que o governo tem que precisam ser efetivadas. A autoridade governamental cria para o poder público uma obrigação de pagamento. Normalmente está vinculado a uma fonte de recursos orçamentários. Podem ser despesas empenhadas processadas e não processadas, no primeiro caso são as despesas executadas e prontas para pagamento e no segundo, são contratos ainda em execução.

Os gastos sociais no Brasil em 2005 representavam 21,1% do Produto Interno Bruto (PIB), como se vê no GRAF 2, sendo que os principais itens deste gasto eram Previdência Social com 7% do PIB, previdência do setor público com 4,3%, educação com 4,05% e saúde com 3,33% do PIB (Abrahão, 2010). Quando se toma apenas o Gasto Federal com saúde como proporção do PIB, para o ano de 2005 este foi de 1,68% (Brasil, 2011). Portanto, os gastos sociais com previdência social e do setor público, educação e saúde representavam 88,53% do gasto social para o ano de 2005.

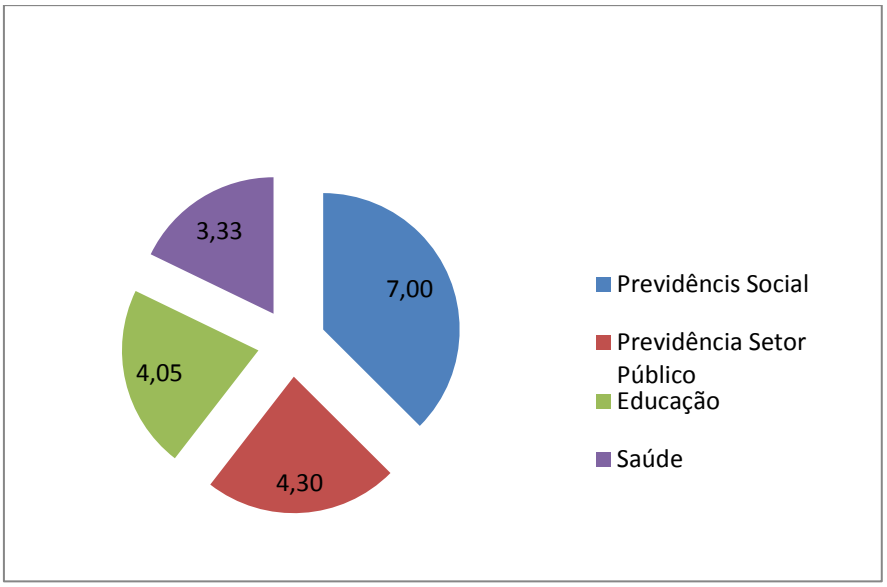

Gráfico 2: Distribuição Percentual dos Gastos Sociais no Brasil (21,1%), como percentagem do PIB, em 2005

Fonte: Abrahão, 2010

No caso da saúde, os recursos públicos requeridos para fazer face aos gastos são em montantes vultosos. O dispêndio que o Brasil vem fazendo em seu sistema de saúde pública o SUS, que é um sistema de atendimento universal para o ano de 2008 foi um pouco inferior a 3,7% do PIB, enquanto, na média, para países que têm sistemas universais semelhantes ao Brasil têm um gasto superior a 6,5% do PIB (Piola et al, 2010).

Quanto se toma os gastos totais com saúde em relação ao PIB, para o ano de 2005 o Brasil havia gasto aproximadamente 7,9% do PIB, sendo que o gasto privado respondeu por 55,9% do gasto total, ficando para o gasto público o percentual de 44,1% (Amorim et al, 2008).

Os gastos em âmbito Federal no Brasil, para o eixo estruturante dos Direitos Incondicionais de Cidadania, na política social de saúde, tem como principais programas: a) Sistema Único de Saúde (SUS) com atendimento ambulatorial, emergencial, hospitalar e farmacêutico; b) SUS com prevenção e combate a doenças, estando aí incluído as campanhas públicas e c) Saúde da família. (Jaccoud, 2009).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco para as políticas públicas no Brasil, de forma especial, ao criar o Orçamento da Seguridade Social, destinando fontes de recursos de origem públicos previamente definidos para o gasto social. No período pós Constituição e de forma especial, no período de Plano Cruzado, os fundos sociais da saúde passaram por um período de relativa melhoria nos repasses de recursos que permitiu uma alavancagem do SUS, o que reverteu logo depois, voltando a insuficiência de recursos (Santos Filho, 1996).

No caso da saúde os gastos sociais em saúde, na unidade município, são registrados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), por despesas com saúde nas seguintes subfunções, de conformidade com a Legislação de Responsabilidade Fiscal Lei 101/2000[10] e Lei 8.080: atenção básica; assistência hospitalar e ambulatorial; suporte profilático e terapêutico; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; alimentação e nutrição e outras subfunções.

Outra forma de acompanhamento e avaliação do gasto em saúde no âmbito do município é através do registro por grupo de natureza das despesas correntes e de capital. As despesas correntes são divididas em pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida, e outras despesas correntes; e as despesas de capital, são divididas em investimentos, inversões financeiras, e amortização da dívida.

1.4. Controle público da gestão pública e organização institucional do SUS

A partir do final dos anos 1980 se constata uma alteração na participação da sociedade na concepção e execução das políticas sociais. Diversos movimentos sociais e organizações não-governamentais (ONGs) com o objetivo de ampliar a participação popular passam a exercer influências "nos processos políticos de distribuição de bens públicos e formulação das políticas sociais" (Jaccoud, 2009: 376).

Em uma perspectiva normativa as alterações na estrutura institucional e de controle do SUS foram reguladas, a partir da Constituição de 1988, pela Lei 8.080 e Lei 8.142, ambas editadas ao longo do exercício de 1990. Estas mudaram a forma de gestão e de participação da sociedade no sistema de saúde no Brasil.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) complementaram e especificaram as diversas formas de participação da sociedade na saúde. A NOB 01/93, de 20 de maio de 1993, a qual trata do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e estabelece a participação do CONASS na CIT, na formulação e implementação da política nacional de saúde. Já a NOB 01/96, de 06 de novembro de 1996, a qual define o modelo de gestão do SUS, constituindo-se em um instrumento importante para atenção integral à saúde, além de disciplinar as relações entre as três esferas de gestão

[10] Lei Complementar 101/2000, de 04 de maio de 2000, a qual estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, conhecida como lei de Responsabilidade Fiscal.

do sistema de saúde do Brasil, introduzindo as principais inovações para as ações dos municípios na área da saúde.

O sistema de saúde do Brasil no que se refere ao acesso da população aos seus serviços dá-se de quatro formas básicas, a saber,

> "a) o SUS, de acesso universal, gratuito e financiado, exclusivamente, com recursos públicos; b) o segmento de planos e seguros privados de saúde, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; c) o segmento de atenção aos serviços públicos, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores; e d) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso mediante pagamento no ato" (Amorim et al, 2008: 176).

É preciso expressar que o sistema de saúde passou pelas edições das Normas Operacionais, sendo que a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001, de 26 de janeiro de 2001, e amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; e da NOAS 01/2002 de 27 de fevereiro de 2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Ressalta-se ainda a importância das Conferências Nacionais de Saúde, com destaque para a 8º conferência realizada em 1986, que ficou como um marco para a reforma sanitária acontecido no Brasil.

No segmento público de saúde existem instâncias de negociação e de decisão entre os níveis de gestão, a nível estadual, desde 1993 existe a Comissão Intergestores Bipartites (CIB), que faz o processo de articulação entre os gestores, existe uma por cada estado da federação, composta por representantes das secretarias estaduais de Saúde (CONASS) e municipais de saúde (CONASEMS), indicados pelos seus respectivos. A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a nível nacional que atua desde 1991, faz o processo de articulação entre os gestores e, têm em sua composição representante do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Pela estrutura institucional do SUS, existe necessidade de articulação entre as suas diversas instâncias de poder decisório e de execução. Esta estrutura está concebida com gestores em cada nível de governo, sendo estas instâncias de negociação e decisão englobando a participação da CIT e as CIBs, os conselhos de representação dos secretários de saúde em âmbito nacional e estadual e, os conselhos de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

Para melhor compreensão e visualização deste sistema com sua estrutura institucional, decisória e de controle observe a FIG 2.

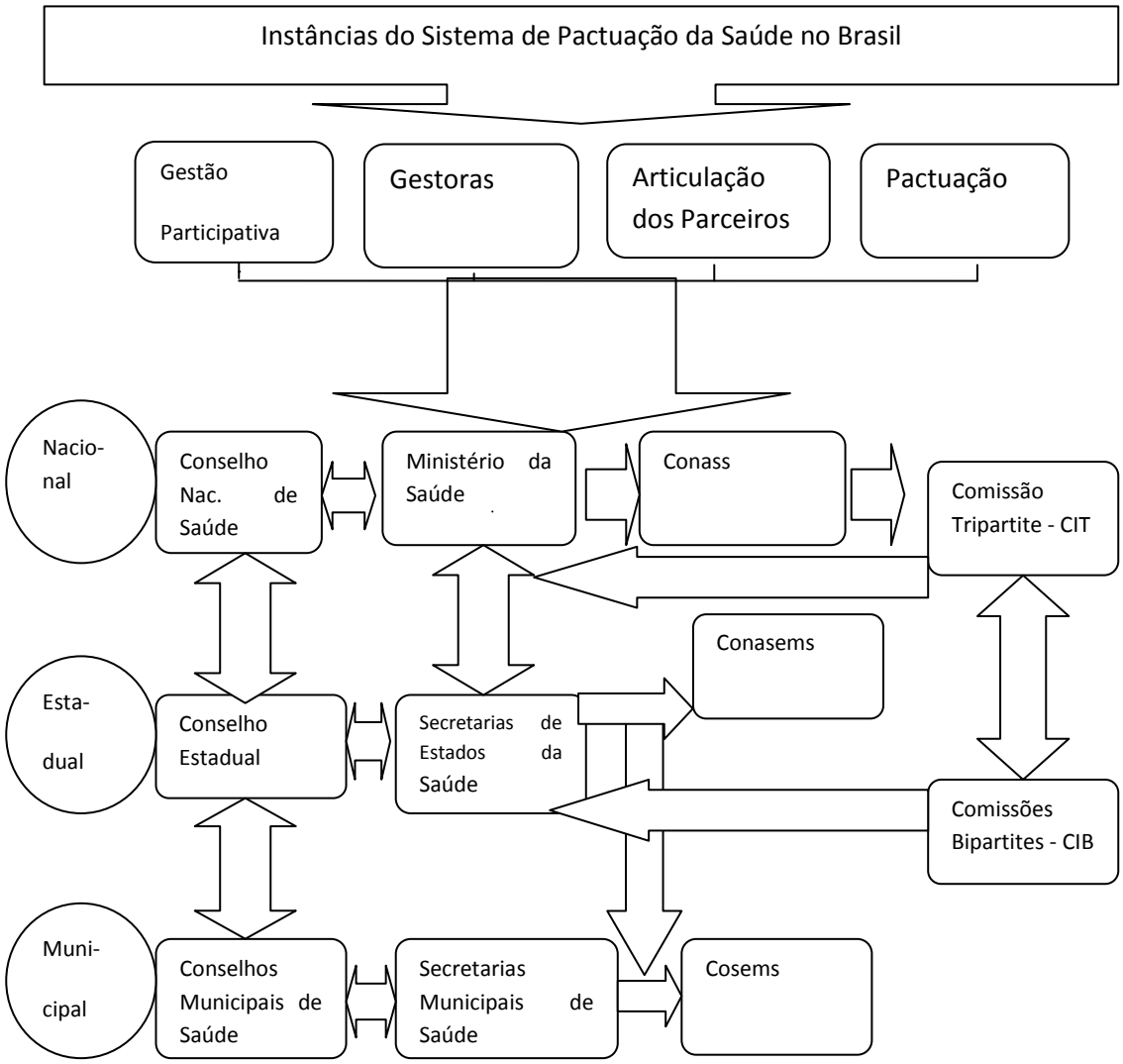

Figura 2: Estrutura Institucional e Decisória do SUS

Fonte: Elaboração a partir da Legislação do Ministério da Saúde (SUS), conforme (Brasil, 2011f), e adaptado de Mont´Alverne (2011)

Numa visão mais geral da participação da sociedade no controle da formulação e gestão de políticas públicas na saúde, as três instâncias básicas são: i) Conselho Nacional de Saúde (CNS) que é uma instância consultiva e deliberativa presidido pelo Ministro da Saúde, sua atribuição básica é a formulação, estratégias e o controle da política nacional de saúde; ii) Conselho Estadual de Saúde (CES), tem objetivos semelhantes ao CNS, apenas com abrangência a nível estadual, tem a atribuição de aprovar ou referendar as deliberações da CIB e aprovar o plano estadual de saúde; Conselho Municipal de Saúde (CMS), com as mesmas competências do CES, no âmbito municipal, com atribuição de deliberar sobre o plano municipal de saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

Foi criado no Governo do Presidente Lula a Secretaria de Gestão Participativa que tem como um de seus objetivos fortalecerem o controle social, além de organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com a sociedade e outros níveis de governo (Bravo, 2001).

De outra forma existe ainda o controle da gestão pública realizada através do Tribunal de Conta do Estado de Minas Gerais, para o caso deste Estado (TCEMG); o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU) que acompanham e fiscalizam a aplicação e a gestão dos recursos federais liberados para os municípios, fazendo o "controle externo que compreende a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial e abrange os aspectos de legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade de atos que gerem receita ou despesa pública" (Brasil, 2011n).

Existem ainda o Ministério Público Federal e o Estadual que têm como finalidade básica a atribuição da defesa dos interesses públicos coletivos, de maneira especial quanto à proteção ao patrimônio público.[11]

1.5. Processos de avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil

A Organização Mundial de Saúde reconhece que as condições gerais de saúde são relevantes para o bem estar dos cidadãos de cada país. Ter um sistema de avaliação para o acompanhamento da eficiência na aplicação dos recursos e melhoria das condições de vida da população é indispensável para os governos e gestores, para os usuários (população em geral) que são os financiadores por meio de impostos e os beneficiários diretos dos serviços de saúde.

Segundo Ocké-Reis (2006) as avaliações sobre condições de saúde não devem ater apenas aos indicadores específicos utilizados no setor saúde, tais como: gasto per capita em saúde, taxa de mortalidade infantil, expectativa de vida e oferta de leitos e profissionais de saúde, deve levar em consideração indicadores socioeconômicos mais amplos, como renda per capita e índice de Gini.

Existem diversas metodologias de avaliação para medir a eficiência de alocação de recursos em saúde, uma dentre estas é a *Data Enveloptment Analisys* (DEA) - análise envoltória de dados, desenvolvida por Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Esta metodologia segundo Marinho (2003) considera que

> (...) a DEA determina uma fronteira não-estocástica de eficiência técnica para as unidades tomadoras de decisão – *decision making units* (DMUs) – produtivas, por meio de um modelo de programação matemática, e está disponível em vários *softwares* comerciais. Além

[11] O Ministério Público foi criado com a atribuição básica de defesa do patrimônio público, conforme artigo 129, inciso III, da Constituição Federal do Brasil, de 1988 e do Artigo 1º, inciso IV, da Lei 7.347/85.

> de indicar as DMUs que são plenamente eficientes, a DEA aponta, para as ineficientes, metas (*targets*) ótimas de produção e de consumo, a partir dos dados observados nas eficientes e sem a imposição *ex ante* de alguma tecnologia arbitrária. Na DEA, qualquer DMU (unidades tomadoras de decisões) que produza menores quantidades de produtos que qualquer outra com o mesmo consumo de recursos será dita *ineficiente*. As unidades eficientes são aquelas que não são dominadas por nenhuma outra e que, por isso, determinam uma *fronteira de eficiência***.** (Marinho, 2003: p 515)

Esta metodologia já vem sendo utilizada no caso da Saúde no Brasil por diversos autores. Como exemplo cita-se estudos feitos por Marinho (2003), que analisa a eficiência técnica do sistema de assistência à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos Municípios pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro; por Calvo (2005), que faz uma avaliação sobre o nível de eficiência de hospitais gerais do Estado de Mato Grosso do Sul.

Marinho (2003) avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares nos municípios do estado do Rio de Janeiro, por meio das variáveis:

> (...) i)Recursos (inputs): total de leitos contratados em hospitais per capita; total de hospitais credenciados per capita; total da capacidade ambulatorial instalada per capita; valor médio da internação; valor médio dos procedimentos ambulatoriais. ii) Serviços (outputs): total de internações em hospitais credenciados per capita; total de procedimentos ambulatoriais per capita. iii) Indicador de qualidade (output): taxa de mortalidade. iv) Dados econômicos e populacionais: população dos municípios; produto interno bruto dos municípios. v)Indicador de utilização: prazo médio de permanência (Marinho, 2003: 517) .

Marinho (2003) dentre outras conclusões cita o fato de que menos de 20% do total da população dos municípios analisados vivem em municípios eficientes. Conclui ainda que os municípios mais eficientes e mais dotados de recursos na saúde acabam atraindo os usuários de municípios mais carentes e com casos graves, o que em última análise significa importar eficiência de outrem.

Para que se tenha um sistema de avaliação e controle faz-se necessário um sistema de produção, manuseio e monitoramente de informações. No caso da saúde, no Brasil, existe o Sistema de Informações em Saúde (SIS). Este sistema conta com uma abrangência em todo o território nacional e dispõe dos seguintes sistemas: Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); estes dois são sistemas de informações assistenciais. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN); sendo que estes últimos se constituem em sistemas de informações epidemiológicas.

Estes sistemas de informações são gerenciados e administrados pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) que pertence ao Ministério da Saúde, que é a gestora do SIH e do SIA/SUS. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do Centro

Nacional de Epidemiologia (CENEPI), é a responsável pelos sistemas SIM, SINASC e SINAN (Mendes, 2000).

Há que se destacar ainda a existência do Departamento de Informática do SUS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, conhecido como DATASUS, que tem como finalidade, dentre outras, manter as informações e base de dados necessários ao sistema de informações em saúde. Foi criado no Ministério da Saúde o Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS), o qual disponibiliza informações financeiras e orçamentárias sobre o sistema público de saúde.[12]

Com objetivo de estabelecer troca de informações, cooperação, articular instituições e promover interações o Ministério da Saúde criou a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA)

O Ministério da Saúde implantou dois sistemas para proceder a avaliação municipal de planejamento em saúde que foram o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) [13]. O primeiro projeto se destina a avaliar a gestão municipal na estratégia da saúde da família, enquanto o segundo programa se constitui em uma ferramenta de trabalho para as equipes saúde da família. (Brasil, 2010).

[12] O DATASUS foi criado de forma concomitante com a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA que foi instituída pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. O SIOPS, criado em 2000, se constitui em um sistema de tabulação e sistematização de dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS declarados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios objetivando proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área (Brasil, 2011f).

[13] O PROGRAD é um programa computacional que se constitui em uma ferramenta de trabalho para as equipes saúde da família, que trabalham com a Atenção Básica, tais como: ações esperadas de cada equipe, ações de promoção a saúde, identificação de possíveis déficits de cobertura existente, etc. O projeto AMQ é voltado para institucionalizar a avaliação na gestão municipal da saúde, destinado a estratégia saúde da família, seus atores principais sãos os gestores, coordenadores e equipes da saúde da família, engloba os aspectos da gestão e do trabalho das equipes que atuam na atenção básica (Brasil, 2010).

II. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E GASTOS SOCIAIS NO SETOR

Este capítulo tem por objetivo historiar, com relação à estruturação, arranjos institucionais e sistemas públicos o sistema de saúde no país, no estado de Minas Gerais e na região Norte Mineira, onde está inserido o município de Montes Claros. Para melhor compreensão da experiência brasileira, apresentamos a estruturação do sistema em grandes linhas em um país desenvolvido (Inglaterra) de modo à melhor entendimento do modelo brasileiro e, destacar as semelhanças e diferenças. Como asseveram Martuccelli e Sorj (2008)

> "as comparações com o modelos europeu e norte-americano são inevitáveis" (...) "estamos convencidos de que em um mundo globalizado mostrar como os diversos países, apesar da diversidade nacional, compartilham processos e tendências comuns é parte de nosso compromisso como cientistas sociais" Martuccelli e Sorj (2008: p. 14).

As políticas públicas numa perspectiva conceitual abrigam diversos entendimentos que variam de autor para autor. Existe um consenso de que esta é uma área do conhecimento que busca "colocar o governo em ação", sendo que estes têm como forma de ação a formulação, proposição e implantação de políticas públicas, que são traduzidas em planos, programas, projetos e ações destinados a resolução de problemas concretos dos cidadãos. (Souza, 2006)

Na sociedade existem diversos conflitos de interesses que por sua vez resultam em ações divergentes com vistas ao atendimento destes interesses e aí surge um dos campos de ações para a política, que é a resolução de forma pacífica de conflito de interesses variados (Rua, 2010). A origem da política pública é atribuída aos americanos, a partir de estudos acadêmicos, voltados diretamente para a ação do governo, diferentemente do que acontece com a Europa onde os estudos estavam mais voltados para o papel do Estado. (Souza, 2006)

São várias as definições de política públicas. O que se depreende é que estas resultam da decisão de uma instância governamental, a partir de uma demanda ou necessidade da sociedade. Caracterizam-se com uma relativa intervenção nas "relações sociais", requerem um processo decisório que vão ao encontro a "interesses e expectativas" da sociedade.

E neste sentido se constata a presença da busca por uma racionalidade estatal, focada no "gerencialismo", sendo que neste caso, os cidadãos são vistos dentro de um contexto mercadológico como uma figura exclusiva de consumidores, e, a partir daí se concebem as reformas feitas por parte do estado que afeta diretamente toda a sociedade. (Domingues, 2010)

O Estado brasileiro não teve uma consciência clara de separação entre o que seja bem público e bem privado, tendo sempre presente, o patrimonialismo[14], desde o período da Colônia, passando pela República e deixado resquícios até o momento atual. No caso da Brasil, a formação do povo desde a sua origem recente veio com desigualdades. Como diz Fernandes (2010),

> Entretanto antes de qualquer coisa, a questão da pobreza e da desigualdade no Brasil se mostra como algo gerado por um déficit histórico de cidadania em um país que viveu sob regime escravo por quatro séculos, no qual os direitos civis e políticos existiam apenas no papel. Um bom exemplo são as eleições brasileiras tanto no período do império quanto da república velha – a chamada república dos coronéis. (Fernandes, 2010, p. 216)

Existe, pois um déficit de política pública, no Brasil, voltada para promover a melhoria da desigualdade constatada pelos índices que aferem as diferenças de oportunidades de educação, saúde, dentre outras.

Para o estado de Minas Gerais, unidade da federação a qual o município de Montes Claros está vinculado, existe um programa estadual voltado para a saúde pública, que é o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PD-APS) que é uma estratégia de organização da saúde voltada para a atenção primária, do Governo de Minas Gerais. (Brasil, 2010). Na região Norte Mineira vem sendo implementado o programa estadual adotado pelo Governo de Minas Gerais.

2.1. A experiência brasileira em saúde pública e sua similitude com o sistema de saúde britânico

Nesta seção pretende-se explicitar a experiência britânica com saúde pública após os anos 1940, tendo em vista que existem algumas semelhanças entre esta e o modelo adotado pelo SUS no Brasil; tendo-se como foco as finanças públicas.

Considerando-se a contextualização após a Segunda Guerra Mundial, a Europa Ocidental intensificou o seu sistema de bem estar, conhecido como *walfare state* e o sistema de saúde Britânico é um destes mecanismos. O Estado desempenha papel preponderante com vistas a garantir alguns serviços, notadamente àqueles que se constituem em bens públicos. Este sistema alia ao capitalismo de mercado estabelecido pelos mecanismos de oferta e procura alguns instrumentos de proteção social, por forma a promover o desenvolvimento social.

O Reino Unido é uma monarquia parlamentarista. Possui uma área geográfica de 244.000 km², com uma população de aproximadamente 61 milhões de habitantes. Conta com um PIB de US$ 2,8 trilhões, PIB per capita de US$ 45 mil e com um IDH de 0,947, o qual é caracterizado como IDH muito elevado, considerando dados para o ano de 2007. (IBGE, 2010)

[14] Patrimonialismo: Não há distinção entre o patrimônio e limites do Estado (público) e do privado (indivíduo). O Estado se torna uma extensão do patrimônio do governante.

A característica e estrutura do sistema, que se dá com a reforma em 1946, onde se cria o *National Health Service – NHS* (serviço nacional de saúde), sob o patrocínio do governo, com o objetivo de fazer a cobertura de todas as demandas de saúde para todos os cidadãos. A idéia era romper com a preponderância do mecanismo de mercado para os serviços de saúde, que leva a responsabilidade aos indivíduos e seus familiares. O seguro com uma contrapartida de um prêmio pago individualmente passa a ser substituído pelo Governo, por recursos orçamentários oriundos, em sua maioria, do Tesouro britânico, entendido aí de que a cobertura ao sistema é provida por todos os cidadãos que contribuem com seus tributos, em suas diversas formas.

Nos anos 1960 fez-se uma pesquisa no sistema de saúde com destaque para os gastos efetivados e se chegou à conclusão que estes haviam diminuídos em relação ao Produto Interno Bruto – PIB, apesar de ser o sistema britânico o de maior cobertura na Europa ocidental. (Husenman, 1997)

A medida de maior impacto entre os anos 1960 e 1970 foi à construção dos centros de saúde que passaram a abrigar os grupos de atenção primária, *general practioners* – GPs (médicos generalistas) e outros profissionais da saúde. Ao longo da década de 1970 muitas mobilizações foram feitas entre as pessoas que atuavam profissionalmente no NHS . (Almeida, 1995)

Esta reforma foi focada no gerenciamento e no planejamento, visando à busca da eficiência. Neste ano foram criadas as *Area Health Authorities – AHAs* (autoridades distritais sanitárias), que se constituíam em organização de nível local, visando integrar os diversos níveis do sistema, que tinham como abrangência uma população que variava entre 1 a 5 milhões de pessoas, substituindo os Conselhos Executivos. Posteriormente foram criados os *Health Districts* (distritos sanitários) que passaram a fazer toda a integração dos sistemas nos respectivos distritos. As *AHAs* não cumpriram o papel para que foram criadas.

Como afirma Husenman (1997: p. 77) "a reforma de 1974 não teve impacto na estrutura, organização ou financiamento do NHS, mas alterou profundamente a arena política no setor, devido à crescente polarização ideológica, à demanda por participação e à necessidade de controlar gastos".

Sob a ótica do Governo de Margareth Thatcher, que defendia os mecanismos de mercado e a contenção de gastos públicos com saúde, a qual concedeu inclusive incentivos fiscais para compras de seguros privados. Portanto, era uma reforma voltada para a busca da competição do setor. Deram-se incentivos para os hospitais privados, com conseqüente redução de leitos em hospitais públicos. Em 1989 fora criado o *White Paper Working for Patients* (livro branco de trabalho para pacientes), o qual deixou claro que existia um déficit no sistema e ainda uma diminuição de qualidade no atendimento. A cobertura de seguros privados em relação à população total, que em 1980 era de 6% passou para 10% em 1985. (Husenman, 1997)

Em 1991 a principal alteração foi à introdução do conceito de "mercado interno", fazendo uma distinção entre "compradores" e "provedores" de serviços de saúde; sendo que os provedores a partir de então passariam a competir em custos e qualidade, procurando atrair os compradores, que poderiam comprar serviços onde melhor lhe aprouvessem. Acreditava-se que isto levaria a agilidade e diminuição de custos para o sistema. Criava-se assim um "quase mercado" onde a decisão de comprar não estava em mãos do cliente que neste caso era o usuário, mas sim de instâncias públicas constituídas pelos médicos ou grupos de médicos da atenção primária - GPs e autoridades distritais sanitárias - AHA. (Tanaka, 2007)

Esta reforma tinha como objetivos, dentre outros: a) a melhoria da qualidade dos serviços; b) eliminação da lista de espera das cirurgias eletivas; c) controle do desperdício de recursos. Com esta reforma os principais compradores de saúde ficaram as Autoridades Distritais Sanitárias - AHA que recebiam recursos para comprar serviços de atenção secundária e os Grupos de Atenção Primária – GPs e *Fundholders* (titulares de fundos) sendo estes constituídos de médicos ou grupos de médicos de atenção primária. A principal organização desta reforma são os GPs que adquiriram a condição de *Fundholders*, atendendo cada um 3.000 habitantes em 1995, representando em 1997 50% do sistema de 26.700 GPs. (Tanaka, 2007)

Fica claro ao observar estas reformas que se faz uma distinção, onde se separa o ato de comprar serviços e a ação propriamente dita de prover serviços de saúde, conhecido como *purchaser/provider split* e, por outro lado o repasse de recursos financeiros no sentido de que sejam administrados pelos GPs de forma direta. (Akerman, 1993)

Outra conseqüência destas reformas é a mudança de relação de poder entre as unidades responsáveis pelos cuidados primários e os hospitais. Tem havido uma aliança estratégica entre os Distritos e os GPs priorizando os cuidados primários, deixando os hospitais pressionados.

Segundo Ham apud Akerman (1993) "Apesar de alguns benefícios obtidos com a reforma, o crônico problema da falta de recursos parece que ainda está por se resolver". Esta expressão deixa evidente que o sistema britânico continua a ter dificuldades orçamentárias para alocação de recursos em seu sistema de saúde pública.

O sistema tem uma estrutura tripartite conduzido nacionalmente pelo Ministério da Saúde. A base do sistema operacional é de um lado os serviços ambulatoriais e de outro os hospitalares.

A porta de entrada ao sistema é feita através do *general practioners* – GPs, que têm sob sua responsabilidade um determinado número de pessoas, que por sua vez podem escolher livremente os GPs que preferem de acordo com suas necessidades.

O sistema conta ainda com quatro instâncias e pilares que são segundo Roemer (1991) apud Husenman (1997):

> ...os serviços ambulatoriais, os serviços especializados dos hospitais regionais, os hospitais universitários e as autoridades locais de saúde. Os serviços ambulatoriais, administrados pelos chamados Conselhos Executivos (*Executive Councils*, cerca de 140) agrupam — a partir da implementação efetiva do NHS em 1948 — parcelas determinadas da população, e são responsáveis também pelos serviços dentários, óticos e pelo controle de medicamentos, fornecidos por farmácias, mas pagos pelo Sistema. Esses serviços são prestados pelos médicos generalistas (*general practioners — GPs*) e são porta de entrada obrigatória ao Sistema. Os *GPs* são pagos mensalmente pelos Conselhos Executivos através do sistema de captação, ou seja, quantia fixa para cada pessoa a ele relacionada, independentemente do uso de serviços. Já dentistas são pagos pelo sistema de pagamento por serviço (*fee for service*). Ambos atuam privativamente, ou seja, como autônomos, embora sujeitos a regulação pelos Conselhos. "(Husenman, 1997, p.75)

Como se percebe existe uma estrutura hierárquica, com relativa independência em conformidade com as suas especialidades e área de atuação. Os hospitais estão nas mãos do Estado e são distribuídos no território britânico, administrados por 15 conselhos que cuidam destas unidades hospitalares, conhecidos como *Regional Hospital Boards – RHBs* (Conselho Regional Hospitalar), possuindo representação de profissionais da categoria médica, da população e dos antigos proprietários destes hospitais que foram estatizados. Esta estrutura é gerenciada por um comitê de gerenciamento indicados pelo *RHBs*, sendo que em média cada comitê deste é responsável em média por três unidades hospitalares. Nos hospitais os médicos especialistas atendem em horário integral, sendo que alguns deles adotam o critério de tempo parcial e atendem de maneira particular. As *RHBs* repassam os recursos para estas unidades. (Husenman,1997).

Existem também os 36 hospitais universitários, ligados às universidades, que estão sob a direção do Ministério da Saúde. Os recursos para pagamentos destes profissionais advêm de fontes ligadas ao Ministério da Educação.

O quarto pilar deste sistema é formado pelo *Area Healths Authorities – AHAs*, que são responsáveis pelos serviços preventivos, tendo os hospitais públicos ficado sob a responsabilidade do *RHBs*. Estas unidades *AHAs* respondem por cuidados primários na área materno-infantil, idosos e doentes crônicos e atenção domiciliar.

O sistema de saúde britânico passou pelas reformas recentes de 1946, 1974, 1989, 1991 e 1997.

Quanto a recursos e financiamentos, com as reformas não foi alterado o sistema de financiamentos do *NHS* que continuou a ser proveniente de fundos públicos, majoritariamente oriundos do tesouro nacional, com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social. A forma básica de repasses dos recursos considera a população, idade, indicadores de morbimortalidade e as necessidades sociais. As unidades hospitalares são remuneradas pelos "episódios concluídos de consulta", que representa a quantidade de cuidados ambulatoriais dispensados a um determinado paciente. (Husenman, 1997)

O cidadão britânico tem um único gasto em seu sistema público de saúde que era de US$ 9,00 por prescrição medicamentosa ambulatorial, segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico- OCDE (2003), equivalendo isto a apenas 20% de toda a prescrição medicamentosa do NHS, ou seja, 80% eram uma dispensação gratuita.

Quando se relaciona os gastos em saúde em proporção ao Produto Interno Bruto-PIB, o Reino Unido vem apresentado um aumento deste percentual nas últimas décadas, apesar de que este seja inferior a outros países da OCDE. Como se vê da TAB 2, os britânicos gastaram 7,3% do PIB em saúde, para o ano de 2000, enquanto os outros países considerados gastaram em média 8,4% do PIB.

Tabela 2: Gastos totais em saúde como porcentagem do PIB e gastos totais per capita em alguns países desenvolvidos da OCDE, em anos selecionados.

Países	Gastos totais em saúde como % do Pib				Gasto per capita 2001 (PPP-US$)
	1970	1980	1990	2000	
Reino Unido	4,5	5,5	6,2	7,3	1.992,00
Alemanha	6,4	8,8	8,8	10,7	2.808,00
Japão	4,6	6,5	6,1	7,7	1.984,00
Portugal	2,5	5,6	6,4	9,2	1.614,00
Suécia	7,2	8,9	8,5	8,6	2.270,00
Canadá	6,3	-	9,0	9,2	2.792,00
Estados Unidos	6,8	8,5	11,8	13,2	4.488,00
América Latina		**1999**	**2001**	**2003**	**2000**
Argentina		8,2	9,5	8,9	1.091,00
Brasil		7,8	7,8	7,6	631,00
Chile		6,0	5,7	6,1	697,00
Colômbia		9,7	8,3	7,6	612,00
México		5,6	6,0	6,2	477,00
Venezuela		5,9	5,1	4,5	280,00

Fonte: Docteur e Oxlei, 2003, apud Tanaka, 2007 e CEPAL, Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2005 apud Wright, 2008 para os países da América Latina.

Pode-se perceber que os britânicos contam com um dos menores gastos totais em saúde per capita, onde se registra um gasto de US$ 1.992,00 para o ano de 2001, menor gasto do que os Estados Unidos, Alemanha, Canadá e Suécia. Quando se distribui este gasto entre o setor público e privado, tem-se que 80,9% deste é coberto pelo recurso público e 19,1% vem de recursos privados. (Tanaka, 2007)

O sistema atual conta como ponto positivo, segundo Leitht(1996) apud Tanaka (2007) a compra de serviços a partir das necessidades da população, o que, inclusive tem provocado um aumento do orçamento de saúde e não de sua diminuição, contrariando os interesses iniciais do governo que pretendia a diminuição de custos. Também facilita uma melhor contabilidade para o conhecimento real dos custos com

saúde, o que era impossível com o sistema anterior. Há que se destacar ainda que a centralidade do sistema se deslocou da rede hospitalar para os GPs (médicos generalistas).

Por outro lado as críticas e pontos negativos chamam a atenção para o fato de que o sistema não conta com informações úteis e confiáveis e, portanto, fica comprometida a idéia de mercado, haja vista que não há uma avaliação de custos precisa para os mais de 10.000 procedimentos, com orçamentação genérica impossibilitando a apuração do valor preciso de cada serviço, o que dificulta a apuração do custo-benefício dos procedimentos entre si e também de unidades produtivas diversas. (Husenman, 1997)

Ao citar os custos dos serviços de saúde em Londres, Arkerman (1993) expressa que estes custam em média 20% a mais do que em qualquer outro local da própria Inglaterra. Já quanto ao custo de atendimento em um hospital de ensino na capital londrina este custa duas vezes mais do que o mesmo tipo de atendimento em outro hospital geral.

Quanto à avaliação, distribuindo-se os gastos por tipo de serviços do NHS, tem-se: 44,1% são destinados ao tratamento hospitalar, 16,2% tratamento por enfermeiras, 12,9% medicamentos, 12,6% tratamento ambulatorial, 4,8% tratamento odontológico e 7,4% outros serviços. (Tanaka, 2007).

A expectativa de vida ao nascer em 2007 era de 79 anos e a taxa de mortalidade infantil para menores de cinco anos de idade era de 6 a cada mil nascidos vivos. (IBGE, 2010)

Quanto à prestação de serviços de saúde à população, na verdade, a abrangência do NHS é global e em todos os aspectos desta categoria.

No que se refere à resolutividade do sistema, segundo estudo realizado pelo Departamento de Saúde do NHS em 2004, apud Tanaka (2007), os resultados são de que: a) 98% dos pacientes conseguem atendimento primário em até 24 horas; b) 92,7% conseguem atendimento de urgência e emergência dentro de, no máximo, 4 horas; c) o prazo para agendamento de exames e de consultas fica entre 7,1 e 17 semanas; d) o prazo para agendamento de cirurgias fica entre 10,2 semanas e 9 meses.

Quanto às semelhanças, entre o sistema de saúde do Brasil e o Inglês, nota-se que as reformas dos dois sistemas buscam a universalidade e fazer a cobertura de saúde de toda a população, o que também se constitui em um dos objetivos do sistema brasileiro; criação do NHS, no caso britânico, sob patrocínio de governo em 1946, de forma semelhante o Brasil cria o SUS em 1990; construção dos centros de saúde para abrigar os GPs em 1960 e 1970, sendo que o Brasil fez o mesmo a partir da década de 1990, com a criação do PSF e dos Centros de Saúde; nos anos 1980 o governo de Margareth Thatcher, defendia os mecanismos de mercado e a contenção de gastos públicos com saúde, no Brasil nos anos 1990 o governo brasileiro adotou prática

semelhante; o gasto total em saúde como porcentagem do PIB nos dois países encontra-se entre 7% e 8% aproximadamente.

Quadro 1: Síntese Comparativa entre o Sistema de Saúde do Reino Unido e do Brasil

Especificação	Reino Unido	Brasil
1-Ano de criação do sistema universal	National Health Service – NHS - 1946	Constituição Federal de 1988 define o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado em 1990.
2-Procedência dos Recursos Orçamentários no Financiamento do setor	Fundos públicos, majoritariamente oriundos do tesouro nacional, com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social.	Tripartite, com recursos advindos do tesouro da União, dos Estados e dos Municípios
3-Forma básica de repasses dos recursos	População, idade, indicadores de morbimortalidade e as necessidades sociais	Perfil demográfico, rede de serviços instalada, desempenho técnico e ressarcimento de serviços prestados.
4-Gastos per capita em saúde em proporção do PIB, em US$ 2001	1.992,00	631,00
5-Gasto total em saúde como percentual do PIB em 2000	7,3	7,6
6-Renda per capita em US$ 2007	45.000,00	6.852,00
7-Taxa de Mortalidade Infantil (2007)	6	19,3
8-Expectativa de Vida ao Nascer em anos (2007)	79	72
9-Responsabilidade pública no financiamento total do setor 2003 (%)	80,9	46,3
10-Porta de Entrada no Sistema	GP (Médicos Generalistas)	ESFs (Equipes Saúde da Família)

Fonte: Elaboração do próprio autor a partir das fontes mencionadas neste trabalho

2.2. Estruturação da política pública em saúde no Brasil, Minas Gerais, Norte de Minas e Montes Claros

2.2.1. Saúde pública no Brasil e o modelo do SUS

Até 1923 o sistema sanitário no Brasil era organizado de forma deficiente e com ações esporádicas, em especial com ações na área de vacinação pública. Em 1923 se dá a reforma Carlos Chagas, a qual buscava ampliar o atendimento ao povo na área de saúde, com maior intervenção do poder central. Nesta perspectiva foram criadas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, financiadas pela União, pelos empregadores e pelos trabalhadores. Como era um sistema com financiamento tripartite, os benefícios se davam conforme a proporcionalidade das contribuições e se distribuam em: assistência médica-curativa, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral, além do fornecimento de remédios e medicamentos.

Em 1934, com a instituição do sistema de previdência social no Estado Novo, vieram os diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP, os quais organizaram os trabalhadores por categorias profissionais congêneres. Entre 1933 e 1938 diversos institutos desta natureza foram criados, distribuídos entre: comerciários, bancários, industriários, marítimos, dentre outros. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), o qual tinha como mantenedores os institutos e as caixas de previdências, que ainda existiam nesta época. (Polignano, 2010)

Em 1953 cria-se o Ministério da Saúde. Este fato na prática não significou que o Estado tenha tido, a partir de então, uma efetiva participação no atendimento aos problemas de saúde da população. Na estrutura deste Ministério é criado em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU

O serviço de saúde pública a partir de 1930 teve influência do governo americano:

> A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado. (Bravo, 2001: p.5)

A Lei Orgânica da Previdência Social é sancionada em 1960, a qual tinha como objetivo alcançar todos os trabalhadores brasileiros vinculados ao regime da CLT. No ano de 1963 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde, tendo a mesma definido que à saúde se constitui em direito de todos e sua gestão deveria ser municipalizada, para melhor alcançar a efetivação destes direitos.

A prestação de serviços de saúde até 1964 era basicamente realizada pelos serviços próprios dos Institutos. Com a entrada das forças armadas no Governo, a partir

do regime militar implantado em 31 de março de 1964, se deu o fortalecimento do executivo em detrimento do legislativo.

Foi a partir de 1965 que emergiu a medicina privada, tendo sua atuação tornado progressiva no Brasil. Este setor privado, segundo Rezende e Heller (2008):

> Defendia a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada, e sim fazer doações e empréstimos a juros baixos para a criação de uma grande rede de clínicas e hospitais, que venderia seus serviços à população e aos institutos de aposentadoria e pensão do próprio governo. Para levar esse plano adiante, a iniciativa privada contou com um amplo apoio político, tendo sido garantida a aprovação de leis que privilegiavam seus interesses. (Rezende e Heller, 2008, p. 229)

Em 1965 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que veio com objetivo precípuo de tratamento individual dos doentes, sendo que ao Ministério da Saúde, ficaria destinada a responsabilidade pela execução do controle de epidemias e dos programas sanitários. Em 1967, o INPS já havia firmado convênios com quase 80% de todos os hospitais, o que representava que o setor privado já estava atendendo a grande maioria dos trabalhadores formais. (Rezende e Heller, 2008)

A política de saúde no período de 1964 a 1979 passou por dificuldades de recursos financeiros enfrentando conflitos de interesses entre o setor público e o privado.

> A política de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da previdência social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. (Rezende e Heller, 2008)

Em 1970 é criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Publica – SUCAM, que tinha como objetivo precípuo executar as atividades de erradicação e controles de endemias. Em 1975 é instituído o Sistema Nacional de Saúde, que segundo Polignano (2010: 16) "reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde".

Com a crise econômico-financeira o modelo de saúde previdenciário adotado passou a espelhar suas dificuldades, de forma especial em face de que o mesmo dava atenção à saúde curativa, tornando-se ineficiente e incapaz de cuidar dos problemas de saúde coletiva, refletindo baixos indicadores de saúde e deficiências nas endemias e epidemias.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, que tinha como uma de suas principais metas combaterem fraudes e controlar custos. E em 1983 foi instituída uma ação interministerial voltada para proporcionar a integração de atividades chamada de Ações Integradas de Saúde –

AIS, integrando os Ministérios da Previdência, Educação e Saúde, procurando promover a integração de ações curativas, preventivas e educativas de forma simultânea. Com isto a "a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários". (Polignano, 2010)

Na década de 1980, merece atenção a 8ª Conferência Nacional de Saúde, levada a cabo em março de 1986, na capital federal – Brasília. Como se pode notar em Bravo (2001), fica claro a importância desta conferência, para o futuro da saúde pública no Brasil.

> Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (Bravo, 2001, p. 9)

É no capítulo da ordem social, da Constituição Federal de 1988, na seção referente à saúde, em seu artigo 196, o qual prescreve que: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A Constituição Federal de 1988 define o Sistema Único de Saúde – SUS, entretanto, este sistema somente é regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que ficou conhecida, como lei orgânica da saúde. Esta legislação estabelece a organização, modelo operacional e funcionamento do SUS. A própria definição de saúde, passou a ter um caráter mais abrangente, como se pode ver da expressão ditada neste instrumento:

> "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país" (Brasil, 2011 c).

Os principais princípios deste Sistema Único são:

> a) Universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; b) Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; c) Integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades (Brasil, 2011 c).

A partir destes princípios doutrinários, surgem outros organizativos, quais sejam:

> a) Hierarquização - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-refrência; b) Participação Popular - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; c) Descentralização Política Administrativa consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS (Brasil, 2011 c).

Após 1991 inicia-se a edição das Normas Operacionais Básicas- NOB, por parte do Ministério da Saúde, que tratam da operacionalização e funcionamento do SUS. A NOB 01/91 trata do repasse direto e automático do fundo de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para habilitação dos municípios, considerando a tipologia de gestão implantada, que eram incipiente, parcial e semi-plena.

Já a NOB 01/96, revoga as NOBs anteriores de gestão e propõe dois novos modelos: a gestão plena de ações básicas e gestão plena de sistema municipal. Nesta Norma se repassa recursos financeiros de conformidade com o Piso de Atenção Básica-PAB[15] em um valor fixo per capita e não mais vinculado a produção de serviços prestados. Esta NOB passou a vigorar efetivamente em janeiro de 1998. Estes modelos transferem para os municípios determinadas responsabilidades de gestão; sendo gestão plena do sistema municipal o de maior abrangência, destinando um maior número de responsabilidades para os municípios, de maneira especial naquela gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica. (Polignano, 2010)

Neste período podem-se perceber dois projetos: um de reforma sanitária, construído nos anos 1980 e explicitado na Constituição de 1988; e outro projeto mais voltado ao sistema privado, articulado com o mercado. No primeiro está o SUS e, no segundo, como descreve Bravo (2010):

> "está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (Bravo, 2010: p. 15)

[15] Atenção Básica, segundo o modelo de atendimento adotado pelo SUS é a "porta de entrada" do sistema de saúde. É o primeiro nível da atenção em saúde. Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ex: clínica geral, pediatria, ginecologia, etc. (Brasil, 2006b).

Em 1996 a saúde teve uma forte crise de financiamento, tendo o Ministério da Saúde proposta a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, que passou a vigorar em 1997. Em março de 1999 a CPMF passa a ser definitiva e sua alíquota passa de 0,20% para 0,38 das movimentações financeiras. Tendo sido extinta em 2007 (Polignano, 2010).

Quando se observa o que está sendo feito no Governo do Presidente Lula (2003/2010) percebe-se que o

> "atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ética- política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento. (Bravo, 2010, p. 16)

Ao observar recursos e financiamento o sistema brasileiro de saúde tem uma estrutura tripartite, com recursos advindos do tesouro da União, dos Estados e dos Municípios. Conta com um orçamento anual de recursos previstos nestas três esferas de governos, sendo fixado, através da Emenda Constitucional 29/2000, ainda não regulamentada pelo Congresso Nacional, com uma participação definida da União devendo repassar 8,5% da sua receita bruta para o setor. Até 2011, o percentual deverá chegar a 10%, o que deverá atingir R$ 23 bilhões. Já os Estados deverão repassar 12% de sua arrecadação e os municípios 15% para o setor da saúde. Estes percentuais vêm sendo cumpridos apenas pelos municípios.

Através da Lei 8.080, se estabeleceu critérios para que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Esta mesma legislação em outro artigo estabeleceu a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs inclusive com a de nº 01/96.

Pela NOB 01/96, os valores repassados aos municípios obedecem a um valor que é definido tomando-se a multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município, de conformidade com listagem do IBGE e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. O município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de ações específicas de saúde, que poderá agregar valor ao PAB. As ações de saúde que fornecem incentivos são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Programa de Saúde da Família - PSF; assistência farmacêutica básica; programa de combate as carências nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental. Esta NOB buscou fortalecer os PSFs e PACS.

Quando se considera o número de estabelecimentos de saúde existentes, em 1980, 14,6% destes estavam sob a gestão municipal. Em 2003 este número era de 75,8%, os que estavam gerenciados diretamente pelos municípios (Wright, 2008).

No que se refere à avaliação o Brasil tem 2,6 leitos para cada 1.000 habitantes paro o ano de 2001, quando a Organização Mundial de Saúde recomenda entre 2,5 a 3 leitos. Quanto ao número de habitantes por médico o Brasil contava em 2002 com 386 habitantes. A taxa de mortalidade infantil – caiu de 24,3 mortes por mil nascidos vivos em 2002, para 19,3 por mil em 2007 (Wright, 2008).

Nota-se que os gastos totais em saúde, como porcentagem do PIB no Brasil tem ficando entre 7,6% e 7,8%, no período entre 1999 a 2003 (ver TAB 3). Estando abaixo da Argentina e da Colômbia. O Brasil investia 54,7% como gasto privado em saúde como percentual do total para o ano de 2003. A expectativa de vida da população em 2007 era de 72 anos. A taxa de mortalidade infantil para menores de 5 anos em 2006 era de 20 a cada mil nascidos vivos (IBGE, 2010). O gasto per capita em saúde no Brasil para 2000 era de US$ 631,00, considerando Paridade do Poder de Compra – PPP[16].

A avaliação que se faz é que os mecanismos de melhoria incorporados ao sistema de saúde, tanto no que se refere aos produtos e serviços como aqueles ligados à gestão, ainda não são suficientes para atender as demandas dos cidadãos comuns, aqueles que não têm recursos financeiros para fazer face aos pagamentos exigidos pelo sistema de mercado.

Como foi analisado por Domingues (2010), o qual diz que:

> No Brasil as reformas seguiram mais adiante, com os esquemas gerenciais de Bresser Pereira (pensados, contudo nos quadros do que ele considera ser antes uma perspectiva republicana e não orientada para consumidores) sendo em larga medida implementados. Flexibilidade, responsabilidade e resultados, antes que métodos burocráticos eram divisados... Em si mesmos esses seriam giros modernizadores que visariam preparar a máquina do estado e refazer seus laços com a sociedade de modo que pudesse relançar seus próprios giros modernizadores. (Domingues, 2010, p. 188)

Quando se verifica a prestação de serviços a população vê-se que, em 1977 das 134 milhões de consultas médicas, 42,9% eram realizadas em unidades de serviços próprios do Governo (INPS) e o restante, ou seja, 58,1% por unidades de serviços contratados e conveniados. Para o caso de internações em hospitais, neste mesmo ano eram feitas 6.8 milhões de internações, sendo 96,9% delas feitas em unidades de serviços contratados e conveniados, sendo que as internações em serviços próprios (INPS) representavam apenas 3,1% do total. (Polignano, 2010)

Quando se observa os dados do SUS para internações hospitalares por ano, considerando dados de 1998, este representava 12.5 milhões de internações, significando 80% do total registrado para todo o país. Deve-se ressaltar que muitas das patologias dos pacientes internados exigem estrutura física e de recursos humanos que requerem grandes recursos financeiros, os quais muitas vezes não remuneram os seguros de saúde particulares; o que leva a um maior número de internações pelo

[16] PPP – paridade de poder de compra é um método de comparação entre economias baseado no poder de compra das moedas, considerando-se os respectivos países, sem influência das taxas de câmbio.

sistema que utiliza recursos públicos (Mendes, 2010). Ou seja, de 1977 a 1998, nota-se um aumento expressivo de participação do poder público na saúde.

O programa voltado para a atenção básica, que é a Estratégia de Saúde de Família – ESF em 2002 contava com 16.734 equipes distribuídas em 4.163 municípios, passou a contar em 2009 com 31.500 equipes em 5.275 municípios brasileiros, com 1.500 médios especializados em medicina de família e comunidade portanto, com abrangência em 99% do território nacional, no que se referem a equipes voltadas para atenção primária, atendendo aproximadamente 97 milhões de pessoas, o que representa 50,26% da população total do país. O SUS conta com 8.592 hospitais em sua rede de atendimentos, distribuídos entre hospitais públicos e privados, disponibilizando 366.877 leitos hospitalares. O país faz por ano 12,7 milhões de internações hospitalares; faz mais de 300 milhões de consultas médicas; 150 milhões de vacinas aplicadas pela atenção primária à saúde; produzindo aproximadamente 15 mil transplantes por ano. A média de consultas per capita no Brasil e de 3,4 na infância e de 4,0 entre os maiores de 64 anos (Brasil, 2011d).

O projeto de saúde no Brasil após a década de 1980 passou a conviver com dois modelos, sendo um representado pelo SUS que foi inscrito na Constituição Federal de 1988 e que se caracteriza pelo modelo prescrito pelo movimento conhecido com a Reforma Sanitária, advindo das mobilizações dos profissionais da saúde, em consonância com o movimento popular e comunitário. O outro modelo é o do projeto de saúde estabelecido pelo mercado, através de seus agentes econômicos, o qual se manifestou de forma mais explícita a partir da segunda metade dos anos 1990 (Bravo, 2001).

Antes do SUS foram feitas algumas experiências de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)[17], o qual trabalhava com a idéia de distritos sanitários, que partiram de uma proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

No modelo SUS os principais aspectos dizem respeito, segundo Bravo (2001):

> (...)i) direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; ii) as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; iii) constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; iv) a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. v) proibição da comercialização de sangue e seus derivados (Bravo, 2001: 11).

[17] O SUDS surgiu em 1987, incorporando os princípios da Reforma Sanitária, que eram: universalização, integralidade da atenção, regionalização, descentralização do processo decisório, hierarquização, democratização das instâncias de gestão e políticas integradas de pessoa.

O modelo do SUS se aproxima de uma experiência muito próxima do federalismo cooperativo e um de seus problemas é que nos países Latino-Americanos esta linha hierárquica costuma enfraquecer a autonomia dos governos subnacionais. (Brasil, 2006).

Este modelo por ser vinculado ao Estado opera com financiamentos públicos da seguridade social e as ações de saúde se constituem em dever deste Estado, considerando a iniciativa privada como um prestador complementar ao sistema público.

Os principais fundamentos deste modelo estão descritos no artigo 198, da Constituição Federal de 1988, que prescreve

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.§1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 2011b).

Este modelo de saúde tem por princípios e diretrizes: a universalidade, a igualdade de acesso, a integralidade, a descentralização, a participação popular, a hierarquização e a regionalização. A FIG 2 descreve de forma hierarquizada as diversas instâncias institucionais e decisórias deste modelo do SUS, onde se pode constatar a explicitação destes princípios.

Neste modelo de atenção, segundo o próprio Ministério da Saúde, faz-se necessário que existam os seguintes requisitos:

> (...) i)permitir a adoção de soluções de acordo com a diversidade do território nacional, respeitando as realidades locais/regionais e estaduais; ii)atender às necessidades individuais e coletivas, respeitando as diferenças de gênero, idade e raça; iii)garantir serviços humanizados, com qualidade e resolutivos em todos níveis de atenção, entendidos como direito de cidadania; iv) adotar o modelo de vigilância à saúde e a territorialização em sua estruturação; v) ser flexível, permitindo implantar, de forma integrada, práticas alternativas de atenção à saúde (internação domiciliar, cirurgia ambulatorial, hospital-dia, Etc.) (Brasil, 2011q)

Além disto, é indispensável que se: "a) amplie a atenção básica domiciliar; b) integrar todas as ações de saúde demandadas pela população; c) assegurar que a integralidade seja colocada como questão central e fio condutor para a construção do modelo de atenção" (Brasil, 2011p).

Na perspectiva mais operacional o Ministério da Saúde institucionalizou o modelo SUS através das NOBs e NOAS, da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) e da Lei 8.142, da participação da comunidade e das transferências intergovernamentais. Nestes

dispositivos legais fica explicitado o modelo de atuação do SUS, que em linhas gerais, será descrito nos parágrafos seguintes, fundamentado em Pires e Oliveira Neto (2006).

Para estabelecer a sistemática de descentralização do sistema de saúde a NOB 01/96, estabelece a função precípua do município dentro deste sistema, que é a responsabilidade sobre "a totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município." Sendo que estes sistemas "apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgão de saúde de um município atender usuários encaminhados por outro" (p. 10).

Dado a atomização dos municípios alguns serviços de saúde se apresentam com uma escala mínima para realização da atividade e daí a necessidade do estabelecimento de parcerias intermunicipais com vista à viabilização do fornecimento destes serviços. Estas negociações são atribuições destes municípios intermediadas pelo Estado, com a participação da CIB, estadual ou regional, através do instrumento Programação Pactuada e Integrada (PPI), com a submissão das deliberações ao conselho de saúde dos municípios envolvidos na pactuação[18].

Esta NOB 01/96 cria ainda a Gestão Plena da Atenção Básica e da Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo este último o caso objeto deste estudo (Montes Claros). O Piso da Atenção Básica também foi uma criação desta Norma, que é de responsabilidade dos municípios e representa "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado nos primeiros níveis de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação" (p.11).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº01/2001 aprofundou os aspectos tratados pela NOB 01/96, reforçando o modelo do SUS, buscando "a eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção". (p. 12) Esta NOAS estabelece também a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), com o objetivo de financiar o gestor municipal, desta categoria. Trata também da política de atenção da Média Complexidade (MC) e da Alta Complexidade (AC), sendo que deve existir "a garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade que são de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal" (p.12).

A NOAS 01/2002 define a organização dos serviços tidos como de MC dizendo que

[18] Pactuação é quando os entes públicos definem entre si, de forma conjunta as prioridades, os objetivos e as metas a serem atingidas pela gestão publica, no que se refere as ações do SUS.

> "a Atenção de Média Complexidade (MC)[19] – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do país (Pires e Oliveira Neto, 2006: 13).

Para a atenção de Alta Complexidade (AC) a NOAS 01/2001 já havia estabelecido a responsabilidade conjunta entre Estados e o Ministério da Saúde. O modelo atual do SUS encontra-se estabelecido desde a Portaria 648/ 2006[20] onde o Programa Saúde da Família (PSF) foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo uma "estratégia prioritária de atenção básica a saúde no país", definindo que cada ESF não poderá ter mais do que 4.000 pessoas atendidas por suas equipes. Por sua vez o Ministério da Saúde recomenda que cada equipe de saúde da família não tenha mais do que 3.000 pessoas atendidas por equipe.

O modelo da saúde pública no Brasil tem uma forte componente ligada a ESF, com a atenção integral à família; segundo Aguiar (1998) citando Roncalli (2002: 24) "uma mudança estrutural do porte de uma reestruturação do modelo assistencial e da prática médica exige um debate mais amplo que extrapola os limites do setor como área de atuação pública." Ou seja, este modelo é mais amplo do que apenas a política pública de saúde. É importante destacar ainda que este modelo do SUS permita que os municípios possam constituir consórcios para desenvolverem de maneira conjunta ações e serviços de atendimentos aos seus munícipes. O modelo para saúde acaba por se diferenciar conforme os casos em que ele tem que atuar, se com atenção as condições agudas ou crônicas[21]. Também há que se ressaltar a transição demográfica por que vem passando o Brasil, com redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, o que impacta em uma transformação da pirâmide populacional com um acréscimo no número de idosos, que requerem maiores cuidados com a saúde. O modelo do SUS está mais voltado para o atendimento às condições agudas (Brasil, 2006).

O SUS oferece um sistema de saúde que é fragmentado, atendendo de forma episódica e reativa. Há que se ressaltar que alguns usuários para terem direito a alguns serviços ofertados, se dirigem à justiça, para conseguirem estes direitos – é o que está sendo chamado de judicialização da saúde. Segundo o Conselho Nacional de Justiça

[19] Média Complexidade é aquele procedimento ambulatorial e hospitalar que está entre a atenção básica e a alta complexidade. É um atendimento especializado e são constituídos de serviços de consultas ambulatoriais e hospitalares, exames e alguns procedimentos que envolvem cirurgias (Brasil, 2006 b).

[20] A Portaria do Ministério da Saúde nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), (Brasil, 2011q).

[21] Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) apud CONASS - Brasil (2006) : as doenças agudas a duração das condições é limitada, a manifestação é abrupta, a causa é usualmente simples e o resultado das intervenções leva normalmente à cura. As doenças crônicas, o início da manifestação é gradual, a duração é longa ou indefinida, as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo, o resultado não é a cura e sim o cuidado.

(CNJ) existiam em janeiro de 2011 no Brasil 240 mil processos judiciais em tramitação, relacionados ao setor de saúde (Datasus, 2011t). Diante destas constatações, fica então, para a população de menor renda que não tem acesso à saúde privada, um sistema de saúde que se constitui em um "SUS pobre para os pobres e um SUS complementar para as operadoras de planos de saúde (Paim, 2010: 19).

2.2.2. Saúde pública em Minas Gerais

No que se refere ao histórico da saúde pública em Minas Gerais, este trabalho, tendo em vista seu foco nos aspectos das finanças públicas, ressalta as políticas publicas que se encontravam em vigor em 2010, para se ter uma visão mais qualitativa das ações, programas e atividades que se encontram em aplicação na saúde pública deste Estado.

Seguindo a Constituição Federal do Brasil de 1988, a Constituição do Estado de Minas Gerais de 1989 em seu artigo 186 prescreve que

> A saúde é direito de todos, e a assistência a ela é dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2011p).

Na perspectiva histórica Minas Gerais tem importância na concepção do sistema de saúde pública, implementado a partir de 1988, no Brasil, tendo em vista que, Escorel (2009) e Polignano (2010) acreditam que o movimento iniciado em Montes Claros, norte do Estado, na década de 1970, através da III Conferência Nacional de Saúde realizada em Diamantina e Montes Claros, ainda em 1963, com propostas de modelo de saúde pública , voltado prioritariamente para a atenção básica, apresentado dentre outros por Eugênio Vilaça Mendes, Francisco de Assis Machado e José Saraiva Felipe (Brasil, 2011p).

O Estado de Minas Gerais foi habilitado pelo Ministério da Saúde na gestão plena do sistema estadual da saúde em 27/11/2002[22]. A seguir explicitam-se os principais programas existentes no sistema de saúde pública em Minas Gerais.

O atendimento voltado para atenção primária conta com o programa Atenção Primária a Saúde (APS) que é considerado a porta de entrada no sistema de saúde pública, e se constitui num pilar que funciona em rede. As ações de saúde são desenvolvidas dentro desta rede pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Uma das formas de atuação da APS é a estratégia saúde da família (ESF), que foi implementada no Brasil em 1994 com o nome inicial de Programa Saúde da Família (PSF). O Estado contava em 2007 com uma cobertura nominal de sua população de 67,91%; distribuídos

[22] O Estado de Minas Gerais teve sua habilitação em gestão plena do sistema estadual, através da Portaria nº 2.181, de 27 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde.

em 3.795 unidades de ESFs, sendo o estado brasileiro com maior números desta equipes, seguidos por São Paulo com 3.134 equipes(Brasil, 2011p).

O programa Saúde em Casa, conta com projetos estruturadores: Rede Viva a Vida que é voltada para a redução da mortalidade infantil e materna; Saúde em Casa, destinado ao fortalecimento da atenção primária; programa de regionalização da atenção à saúde, o qual conta com o Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP) que é um programa de fortalecimento e qualificação da rede hospitalar dos hospitais existentes no estado; a Rede de Atenção da Urgência e Emergência, que é um serviço de atendimento a urgência e emergência; o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SEST), que se destina a organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, com vistas a melhorar a comunicação entre os diversos pontos da Rede, propiciando à população o acesso aos serviços de saúde; o Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde, que faz o acesso regulado aos hospitais e a rede de saúde; o Vida no Vale, que abrange 92 municípios do Vale do Jequitinhonha, Mucuri e Leste de Minas, propiciando o abastecimento de água e esgotamento sanitário; e, o Saneamento Básico com o programa Mais Saúde para Todos que tem por objetivo ampliar e melhorar o abastecimento de água e esgotamento sanitário em todo o estado.(Brasil, 2011p)

Além destes programas e ações o estado teve a iniciativa de conceber e está implementando em seus municípios o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) que vem sendo desenvolvido nas microrregiões de saúde, com oficinas educacionais, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Ressaltam-se também os programas: programa de Educação Permanente dos Profissionais de Saúde, destinado ao desenvolvimento profissional e pessoal dos servidores que atuam na saúde pública; Canal Minas Saúde, que é um canal de televisão voltado para proporcionar educação à distância, com aulas em tempo real, em especial, as ESFs de todo o estado de Minas Gerais; a assistência farmacêutica, com o programa Farmácia de Minas, que tem por objetivo possibilitar o acesso a assistência farmacêutica a população do estado, com dispensação gratuita de medicamentos da atenção primária e de programas estratégicos; a vigilância em saúde, que, atendendo diretrizes nacionais tem como campo de atuação as áreas: alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, serviços de saúde e de interesse à saúde, e ambientes, incluído o ambiente do trabalho em saúde; o Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados, que tem na Fundação Hemoninas sua unidade responsável de atendimento à saúde no que se refere a hemoterapia e hematologia no estado de Minas, com atividades voltadas para doadores de sangue, intermediação entre doadores e receptores e atividades de análises clínicas.

A descentralização da saúde, no Estado está dividida em 13 macrorregiões de saúde, 76 microrregiões de saúde e conta com 28 unidades de gestão pública, que são os Centros Regionais de Saúde (CRS) (Brasil, 2011p).

2.2.3. Saúde pública no Norte de Minas Gerais e em Montes Claros

Antes da década de 1970 o atendimento à população no Norte de Minas era feito pelo INAMPS, SUCAM, Fundação SESP, FUNFURAL e pelo sistema privado. Somente após o Projeto Montes Claros (PMC), coordenado pela Gerência Regional da Saúde de Montes Claros, da Secretaria Estadual de Saúde, que teve início em 1976 é que se iniciou o processo de atendimento ao público independente de estar vinculado profissionalmente a um sistema de saúde, com atenção primária.

O PMC que foi financiado com recursos do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e implementou mais de 200 postos de saúde, distribuídos nos 42 municípios da região do Norte de Minas à época e, iniciou o atendimento as pessoas independente de estarem vinculadas profissionalmente a uma entidade patronal, se constituindo em um dos embriões do sistema SUS, com atendimento universal.[23]

A região do Norte de Minas Gerais conta, atualmente, com 89 municípios, 09 destes municípios surgiram em 1993 e 39 municípios em 1997, o que demonstra que a região Norte deste Estado passou por uma expressiva fragmentação administrativa em sua gestão municipal na década de 1990, como pode ser visto na FIG 3.

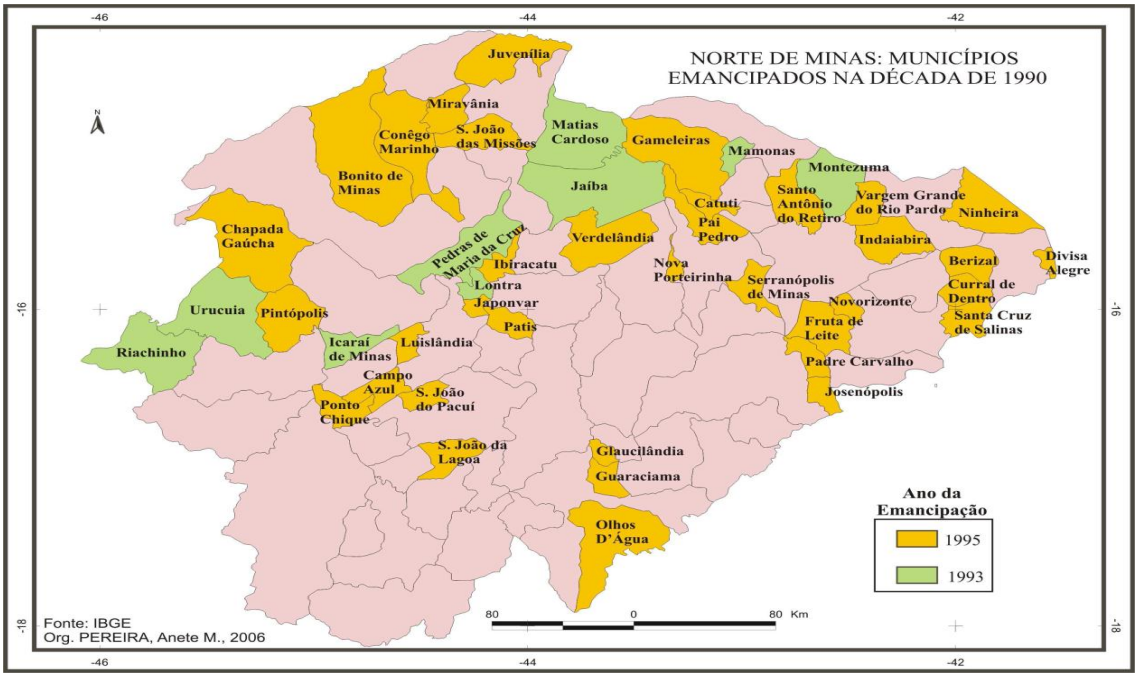

Figura 3: Municípios Emancipados do Norte de Minas, na década de 1990

Fonte: Pereira, 2007

Estes municípios emancipados, bem como os outros da região do Norte de Minas, exceto Montes Claros, Bocaiúva, Pirapora, Várzea da Palma e Janaúba, têm

[23] Entrevista realizada pelo autor com José Alves de Almeida, técnico da Gerência Regional de Saúde de Montes Claros, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em 15 de março de 2011.

como atividade econômica básica o setor primário, com destaque para a agricultura, pecuária de corte e leite, carvoejamento e reflorestamento. A FIG 4 mostra a localização de todos os municípios que compõem a região do Norte de Minas.

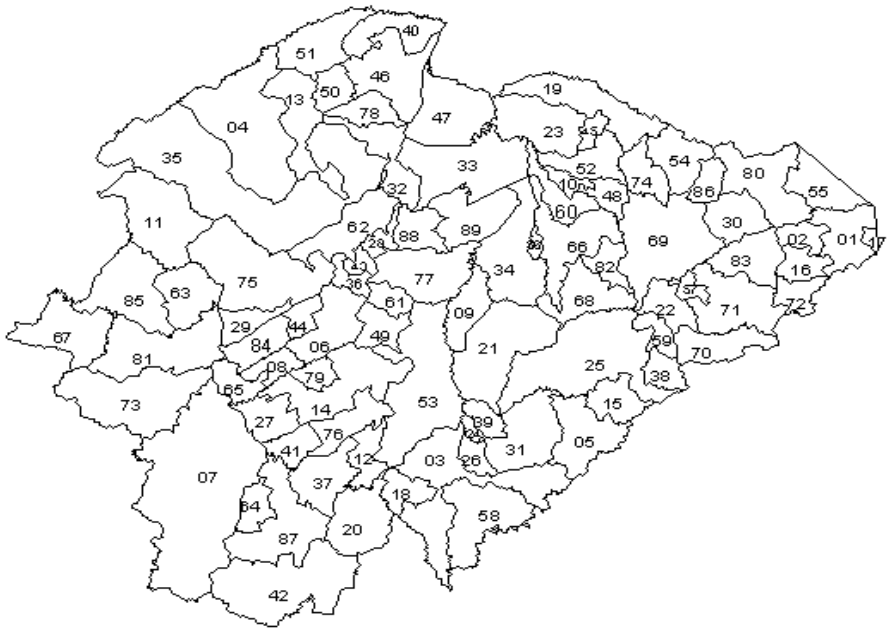

Figura 4: Municípios da Região do Norte de Minas

01-Águas Vermelhas	24-Glaucilândia	47-Matias Cardoso	70-Rubelita
02-Berizal	25-Grão Mogol	48-Mato Verde	71-Salinas
03-Bocaiúva	26-Guaraciama	49-Mirabela	72-Santa Cruz de Salinas
04-Bonito de Minas	27-Ibiaí	50-Miravânia	73-Santa Fé de Minas
05-Botumirim	28-Ibiracatu	51-Montalvânia	74-Santo Antônio do Retiro
06-Brasília de Minas	29-Icaraí de Minas	52-Monte Azul	75-São Francisco
07-Buritizeiro	30-Indaiabira	53-Montes Claros	76-São João da Lagoa
08-Campo Azul	31-Itacambira	54-Montezuma	77-São João da Ponte
09-Capitão Enéas	32-Itacarambi	55-Ninheira	78-São João das Missões
10-Catuti	33-Jaíba	56-Nova Porteirinha	79-São João do Pacuí
11-Chapada Gaúcha	34-Janaúba	57-Novorizonte	80-São João do Paraíso
12-Claro dos Poções	35-Januária	58-Olhos D'agua	81-São Romão
13-Cônego Marinho	36-Japonvar	59-Padre Carvalho	82-Serranópolis de Minas
14-Coração de Jesus	37-Jequitaí	60-Pai Pedro	83-Taiobeiras
15-Cristália	38-Josenópolis	61-Patis	84-Ubaí
16-Curral de Dentro	39-Juramento	62-Pedras de M. da Cruz	85-Urucuia
17-Divisa Alegre	40-Juvenília	63-Pintópolis	86-Vargem G. do Rio Pardo
18-Engenheiro Navarro	41-Lagoa dos Patos	64-Pirapora	87-Várzea da Palma
19-Espinosa	42-Lassance	65-Ponte Chique	88-Varzelândia
20-Francisco Dumont	43-Lontra	66-Porteirinha	89-Verdelândia
21-Francisco Sá	44-Luislândia	67-Riachinho	
22-Fruta do Leite	45-Mamonas	68-Riacho dos Machados	
23-Gameleiras	46-Manga	69-Rio Pardo de Minas	

Fonte: Rodrigues et al, 2005

Montes Claros é o município pólo da macrorregião de serviços em saúde que atende a todos os outros municípios do Norte de Minas nos serviços de alta complexidade. O Governo de Minas implementou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Macrorregional do Norte de Minas, o qual começou a funcionar em abril de 2009, com um investimento de R$ 50 milhões e conta com 44 ambulâncias, o que acaba por trazer um afluxo de pessoas usuários dos serviços de saúde, destes municípios para Montes Claros.

Este sistema de Urgência e Emergência tem custeio compartilhado entre municípios, Estado e União, com a Secretaria de Estado de Minas, custeado 37,5%, os municípios 12,5% e a União mantendo 50%. Há ainda parceria com a Polícia Militar de Minas Gerais para disponibilizar um helicóptero para situações de urgência e emergência.

O Atendimento aos usuários de saúde é feito prioritariamente pela Atenção Primária nas ESFs, nas UBSs ou na Unidade não Hospitalares de Atendimentos a Urgências (UPAs) em seus respectivos municípios, como porta de entrada do sistema. A partir daí dependendo da gravidade dos casos estes são encaminhados para o Hospital de Urgência Básica; hospitais microrregionais que são referência para as urgências médicas-cirúrgicas de média complexidade; hospitais macrorregionais, que são unidades de maior resolutividade com maior capacidade de resposta e alta complexidade.

A título de exemplo deste modelo que foi implantado no Norte de Minas, pode ser visto na FIG 5, combinado com a Figura 6.

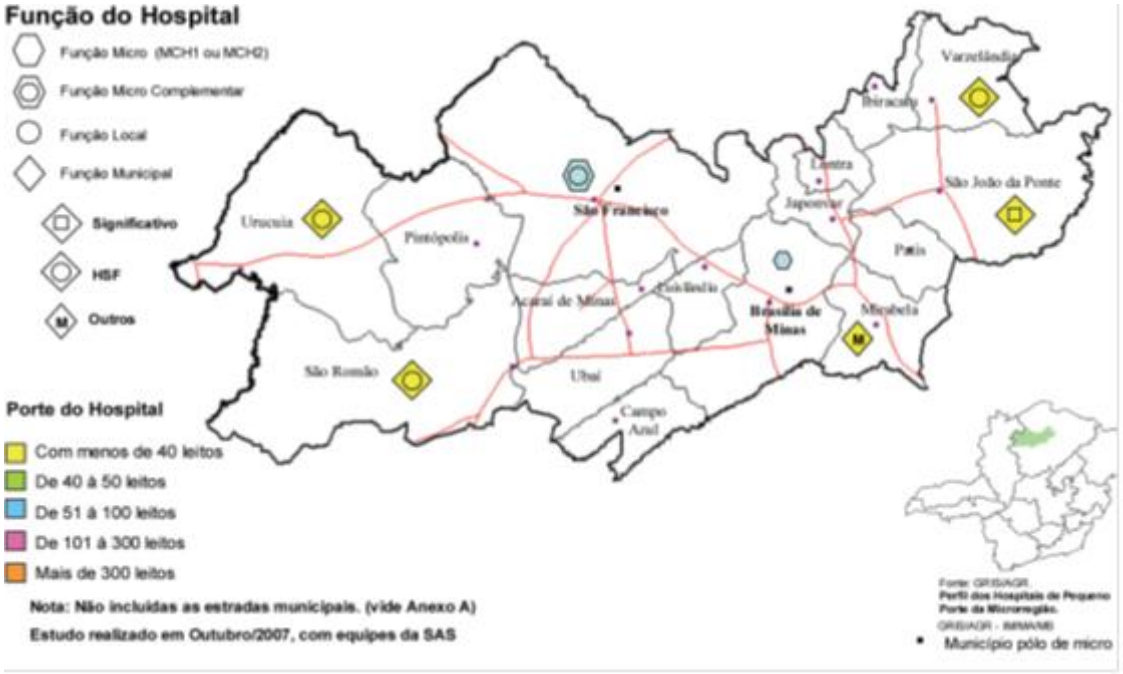

Figura 5: Distribuição espacial dos hospitais por função e segundo relevância para apoio à Saúde da Família e primeiros pontos da Rede de Urgência e Emergência. Micro Brasília de Minas/São Francisco (Norte de Minas Gerais).

Fonte: Brasil, 2011p

Para o caso dos atendimentos da rede hospitalar, a Figura 6, explicita este rede de atendimento, sendo Montes Claros a macrorregião que abriga os hospitais: Santa Casa de Caridade de Montes Claros, Fundação Araldo Tourinho, Hospital Universitário Clemente de Farias e Fundação Dilson Godinho.

Figura 6: Distribuição de Hospitais na Macrorregião Norte de Minas

Fonte: Brasil, 2011p

No que refere ao transporte de usuários através do sistema de urgência e emergência, pelas ambulâncias, a FIG 7, mostra a distribuição destas na macrorregião do Norte de Minas. Pode-se notar que Montes Claros conta com um Complexo Regulador com atuação da Central de urgência do SAMU e a Central de regulação da assistência macrorregional.

Para fazer a triagem dos pacientes o Governo de Minas, através de sua Rede de Urgência e Emergência fez opção por utilizar o Protocolo de Manchester[24], estabelecendo um acordo com o Grupo Português de Triagem (GPT) que é o detentor dos direitos cedidos pelo Grupo de Manchester para a utilização do protocolo em Minas Gerais, traduzido para a língua portuguesa. Foi criado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) o qual estabeleceu parceria com o GPT e o Grupo de Manchester, conseguindo autorização para o uso deste protocolo no Brasil.

[24] O Protocolo de Manchester, Manchester Triage System (MTS) é um sistema utilizado nos hospitais do Reino Unido, desde de 1997, implementado também na Espanha, Holanda, Alemanha e Portugal, onde este foi adotado por recomendação do Governo Português. É um sistema de classificação de risco que adota cores como simbologia do tempo de espera para o paciente ser atendido pelo médico, distribuído na cores: Vermelha (emergência - 0 minuto), laranja (muito urgente – 10 minutos), amarelo (urgente – 60 minutos) , verde (pouco urgente – 120 minutos) e azul (não urgente – 240 minutos) (Brasil, 2011p).

Figura 7: Distribuição de Ambulâncias na Macrorregião Norte de Minas

Fonte: Brasil, 2011p

Esta rede de atenção, Figuras 6 e 7, além de contar com hospitais classificados a partir de suas capacidades de respostas aos problemas de saúde da população desta região; conta com uma logística de transporte que é feita através de um sistema que se utiliza de veículos adequados para serem utilizados como ambulâncias de transporte de pacientes.

No que se refere à estruturação histórica da política pública de saúde em Montes Claros, esta já vem sendo tratada na literatura sobre o movimento sanitário[25] do Brasil, como Projeto Montes Claros (PMC) que se constituiu em um "modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, com diretrizes e premissas que orientaram as proposta da Reforma Sanitária" (Escorel, 1999: 135).

[25] O Movimento Sanitário no Brasil foi um movimento caracterizado como movimento social em torno de um grupo de pessoas que tinham um pensamento, bem como uma proposta de transformação da saúde. Atuou no Sistema Nacional de Saúde e defendia que os atos médicos fossem transformados em bem social público e gratuito e que ao Estado competia a tarefa de fazer o planejamento e a execução da política de saúde, bem como o seu financiamento e ainda que o sistema deveria ser descentralizado. Este movimento iniciou nos período de 1974 e continua a existir. A reforma sanitária que é um termo que também foi muito utilizado foi tomada da experiência italiana, que veio para o Brasil com o Prof. Giovanni Berlinguer, o qual faz uma relação entre saúde e democracia, dizendo que "ditadura e insalubridade caminham sempre juntas". Seus principais intelectuais: Carlos Gentile de Mello, Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Carlylle Guerra de Macedo, Eduardo Kertesz e Mário Magalhães (Escorel, 1999: 85).

A experiência do Projeto Montes Claros que se relata neste trabalho, está baseada nos relatos de Escorel (1999) e nas entrevistas concedidas a este autor.

De igual forma com o PMC serviram de bases para este movimento o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O PLUS, criado em 1975, teve sua origem no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi o berço de um primeiro experimento sobre a constituição de um grupo de saúde publica, dentro da Previdência Social; buscava a prática da universalização dos serviços. O PIASS, criado em 1976, com origem no IPEA era um projeto de âmbito regional e se preocupava muito com aspectos ligados ao saneamento e, este adotou a experiência vivenciada em Montes Claros

O PMC foi uma experiência empírica, que transformou as visões teóricas em práticas concretas, se transformando em um caso prático do que o PLUS e o PIASS vieram a preconizar, no que se refere ao sistema local, regional e nacional de práticas de saúde com foco no modelo de saúde voltada para o social e comunitário.

No que se refere à caracterização do PMC, segundo Escorel, este teve as seguintes fases: "a primeira, entre 1971 e 1974, denominada de IPPEDASAR e o controle de natalidade; a segunda, entre 1975 e 1977, o PMC propriamente dito; e a terceira após 1978, ano de sua incorporação ao PIASS" (Escorel, 1999: 149).

O Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), criado em 1971, tinha como objetivo básico implementar em todo o norte de Minas Gerais ações de planejamento familiar, que se transformaria em projeto-piloto para um projeto mais amplo na América Latina. Este Instituto contou com a participação e financiamento do governo brasileiro e americano, representado pela USAID[26], através de um convênio assinado entre o Governo do Brasil e o dos Estados Unidos da América, em 18 de março de 1975, que além do norte de Minas, também destinava recursos para o município de Patos (Paraíba) e Caruaru (Pernambuco). O Governo do Estado da Paraíba desistiu de implantar o projeto. Estes projetos seguiram o modelo do IPPEDASAR, com ênfase na ação materno-infantil. Este empréstimo foi da ordem de US$ 7,6 milhões. (Escorel, 1999).

O IPPEDASAR contou com o apoio direto do Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane (EUA), como entidades executoras o próprio IPPEDASAR, a Faculdade de Medicina do Norte de Minas e o Centro Regional de Saúde (da Secretaria de Estado da Saúde do governo de Minas Gerais). Segundo Sobrinho (1984) apud Escorel (1999) esse Instituto teve grande importância para o movimento sanitário no Brasil, e sua atuação significava um novo modelo.

> "Após um ano de intensa atividade, o IPPEDASAR produziu seu principal documento, intitulado "Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas", onde a proposta era desenvolvida em detalhe. A partir de uma concepção teórica

[26] A Agência dos Estados Unidos para a Cooperação Internacional (USAID) é uma agência norte americana voltada para apoiar ações voltadas para o meio ambiente e a saúde.

> baseada na "teoria de sistemas", o documento apresentava um modelo de sistema de saúde onde são consideradas as questões do aumento de cobertura, da compatibilidade intersetorial e intra-setorial financiamento multilateral, regionalização, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade, e utilização de equipe de saúde" (Escorel, 1999: 150).

O projeto do IPPEDASAR, que fora elaborado no início dos anos 1970[27], com apoio direto do enfermeiro americano Dr. Leslie Charles Scofield, do Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane/ *Family Health Inc*, de Nova Orleans, Estados Unidos da América, ancorado em convênio celebrado em 03 de setembro de 1971, pelo Governo do Estado de Minas Gerais, Governador Rondon Pacheco, o próprio Instituto de Nova Orleans e a Fundação Universidade Norte Mineira, através de sua Faculdade de Medicina do Norte de Minas. O principal objetivo do projeto era a implantação do Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas (Brasil, 1971).

O projeto IPPEDASAR foi antecedido de uma experiência do Dr. Scofield quando este esteve desenvolvendo ações de saúde com uma barca chamada de Luminar I e II, que navegava no Rio São Francisco, dando assistência médica-odontológica à população ribeirinha.

Participaram do projeto IPPEDASAR compondo a equipe técnica, dentre outros, os médicos João Batista Silvério e Itagiba de Castro Filho, o psicólogo Joel Camacho, sob a coordenação de Eugênio Vilaça Mendes. Este projeto sofreu solução de continuidade em 1974, tendo sido desativado e em seu lugar surgiu o Projeto Montes Claros, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, através da Gerência Regional de Saúde de Montes claros, com a direção do Dr. Francisco de Assis Machado. Logo depois assumiu essa Gerência Regional, dando continuidade as ações de atenção integrada à saúde, o médico José Saraiva Felipe, que veio a ser ministro da saúde no período de 2005 a 2006.

Este Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas propunha um modelo, com as seguintes características

> i) "máxima cobertura tendo como objetivo terminal do sistema de saúde promover e recuperar a saúde e prevenir a doença de todos os seus usuários, sem discriminações de quaisquer ordens; ii) compatibilização intersetorial prevendo a compatibilização do setor de saúde com outros setores do desenvolvimento analisada sob as óticas macro e micro dimensional; iii) coordenação intrasetorial, que se consegue através de três modalidades básicas de ajustamento interinstitucional: a) subordinação, que corresponde ao relacionamento de dois órgãos mediante o condicionamento de um ao comando do outro, b) vinculação, que é o relacionamento programático dos órgãos e, c) cooperação, que se verifica mediante convenções escritas ou tácitas e que é a ação harmônica dos órgãos; iv) financiamento multilateral; v) regionalização, a

[27] Entrevista realizada pelo autor com o Dr. Alexandre Pires Ramos, Superintendente do IPPEDASAR, em 17 de março de 2011 e, conforme projeto do Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas.

> qual se impõe como pré-condições para a descentralização; vi) hierarquização dos serviços, pelo qual o sub-sistema de prestação de serviços deve organizar-se numa ordem de complexidade crescente das unidades operacionais; vii) relacionamento com o sistema informal; viii) participação da comunidade; xi) utilização de equipe de saúde" (Brasil, 1971: 18-45).

Alguns dos princípios e valores defendidos pelo PMC vão ser levados para o SUS, com a Constituição Federal de 1988.

Com a transferência do coordenador do programa de saúde existente no Vale do Jequitinhonha, no período de 1971 a 1974, na pessoa de Francisco de Assis Machado, para o Centro Regional de Saúde de Montes Claros, o PMC se "transformou em palco de luta do movimento sanitário" (Escorel, 1999:151).

Segundo Machado apud Escorel (1999), a prática do dia a dia era expressa pela

> "a arrogância técnica foi substituída pela primazia da ação política: democratização das relações internas da equipe regional, uma nova perspectiva de participação comunitária, uma percepção mais realista dos limites do conhecimento técnico e em contraposição – a importância do saber popular. Mas o mais importante que se carregou para Montes Claros foi a descoberta de que as normas podem ser questionadas e reformuladas, de que não são necessariamente corretas, de que quase sempre trazem em si a cristalização de interesses particulares (Escorel, 1999: 151).

Há, portanto, uma clara opção pela democratização das decisões, independente do nível hierárquico o que levava a um compartilhamento entre a equipe técnica e a direção, aproximando os interesses comunitários da gestão; vez que fora criado um Conselho Técnico Administrativo e uma Assembléia Geral, onde as forças políticas e trabalhadores da saúde e usuários, passaram a participar, levando seus problemas de saúde e tendo a oportunidade de participar das soluções.

Segundo Van Stralen (1985) apud Escorel o PMC se constitui em um exemplo e modelo que foi utilizado pelo movimento sanitário para demonstrar o quanto as propostas que ele defendia eram exeqüíveis e possíveis de serem implementados.

O PMC passou por diversas resistências, em especial por setores mais ligado ao sistema de saúde liberal ou mesmo estatal mais com uma visão diferente, representada pelo INPS, posteriormente do INAMPS[28] e pela Fundação SESP[29].

Após 1977 o PMC foi adotado pelo PIASS, o qual passou a incorporar a mesma estratégia desenvolvida e implementada no PMC, portanto, o PIASS ficou sendo o "pólo avançado" do Projeto Montes Claros, tendo inclusive substituído a USAID, no

[28] O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) foi criado em 12 de abril 1990, pela Lei 8.029, que antes de 1990 se chamava INPS (Instituto nacional de Previdência Social. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que foi criado em 1974 teve sua extinção em 27 de julho de 1993, pela Lei 8.689.

[29] O SESP foi criado em 17 de abril de 1942, pelo Decreto-Lei 4.276. E transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) em 11 de abril 1960, de acordo com a Lei 3.750/1960.

ano seguinte (1978) como seu maior agente financiador. A partir de então os dois projetos foram fundidos em um só (Escorel, 1999: 159).

Nas palavras de Escorel (1999) o projeto Montes Claros teve um forte significado, pois

> (...) foi um placo de luta entre propostas divergentes de organização dos serviços de saúde, uma bandeira de luta do movimento sanitário na defesa de uma transformação do setor e representou uma experiência acumulada na luta do movimento sanitário pela conquista da direção política do setor de saúde (Escorel, 1999: 160).

Fica claro, pelos registros históricos que o Projeto Montes Claros, foi importante e se tornou uma referência com demonstrações práticas da possibilidade de um acesso aos serviços de saúde, mais igualitária para todos.

Quanto a evolução do sistema de saúde pública em Montes Claros, tomando-se por base o período a partir da década de 1990, e, segundo informações obtidas junto a Secretaria Municipal de Saúde desta Cidade, constata-se que desde 1992 que este município vem aderindo ao programa SUS do Governo Federal com a implantação da ESF, implantado 5 Equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e com a efetiva implantação de 2 primeiras ESF a partir de 1998. Em 1999 o município dispunha de 13 ESF, todas em sua zona urbana.

A lei municipal de número 2.052, editada em 26 de junho de 1992, criou o Fundo Municipal de Saúde, o qual, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, tem por objetivo, dentre outros, como prescreve em seu artigo primeiro "criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde". Esta lei foi regulamentada pelo Decreto 1.472, de 06 de fevereiro de 1995. O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é subordinado ao Secretário Municipal de Saúde, o qual toma suas decisões na área da saúde *ad referendum*[30] do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (Brasil, 1992 e 1995).

Em 2001 o município contava com 24 ESF sendo que 21 destas estavam localizadas em sua área urbana e três na área rural. Em 2003 a Prefeitura Municipal desta cidade assinou um convênio com o Ministério da Saúde e o BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento para implementar o Programa de Expansão e Consolidação das ESF, ficando este município responsável por alcançar a meta de cobertura de mais de 70% da população até o final de 2006, o que de fato não ocorreu, tendo em vista que esta cobertura para 2009 é de 55,83% (Brasil, 2003). Segundo Castro et al (2010), para o Brasil em 2006, os municípios entre 10 e 50 mil habitantes possuem uma cobertura entre 50 e 80%, os municípios com mais de 50 mil habitantes tinham cobertura inferior a 50%, os municípios com menos de 100 mil habitantes 47%, para aqueles entre 100 e 250 mil, a cobertura era de 37% e para aqueles que

[30] Ad referendum trata-se de expressão em latim que tem por significado que a decisão tomada será apreciada para ser referendada e aprovada de forma definitiva.

encontravam-se acima de 250 mil habitantes 30% de cobertura de sua população em ESF.

Há que se destacar que o aumento de cobertura da ESF é importante para a redução da mortalidade infantil, sendo que um aumento de 10% na cobertura do programa ESF esteve associado à redução de 4,5% na mortalidade infantil, no caso do Brasil (Castro et al, 2010).

Para o atendimento de urgências que demandam transportes o município inaugurou o Sistema de Atendimento de Urgência e Emergia – SAMU, em convênio com o governo Federal e Estadual, em 22 de dezembro de 2005, tendo evoluído para a assistência de especialidades em 01 de março de 2006, de acordo com o relatório de gestão 2009 da Prefeitura Municipal de Montes Claros (Brasil, 2009 a).

Em abril de 2011 o município contava com 62 ESF – ampliadas e 14 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), também conhecidas como ESF - simples, totalizando 76 unidades de atendimentos nestas categorias, ressaltando-se que destas 45 equipes contavam com atenção à saúde bucal[31]. Destas Equipes 66 estão na zona urbana, sendo 13 simples e 53 ampliadas e 10 na zona rural, sendo que 9 são equipes ampliadas e uma simples.

[31] ESF – ampliada são compostas de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. A ESF – simples é composta de 6 agentes comunitários de saúde e um enfermeiro. A equipe de saúde bucal – ESB possui a modalidade I que é composta de cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e de modalidade II além do cirurgião e ACD tem o técnico em higiene bucal (THD).

Tabela 3: Número de Estabelecimentos de Saúde em Montes Claros - MG por tipo de Prestador e Tipo de Estabelecimento, em dezembro de 2009

Tipo de estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	1
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	1	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial	2	-	-	2
Centro de Apoio a Saúde da Família	5	-	-	5
Centro de Parto Normal	0	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	86	-	-	86
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	33	3	78	114
Consultório Isolado	3	-	119	122
Cooperativa	0	-	1	1
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	4	-	-	4
Hospital Dia	1	-	-	1
Hospital Especializado	-	-	-	-
Hospital Geral	1	3	2	6
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	1	-	-	1
Policlínica	5	-	-	5
Posto de Saúde	0	-	-	-
Pronto Socorro Especializado	0	-	-	-
Pronto Socorro Geral	0	-	-	-
Secretaria de Saúde	1	-	-	1
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	0	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	-	-	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	1	25	27
Unidade de Vigilância em Saúde	3	-	-	3
Unidade Móvel Fluvial	0	-	-	-
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	1	-	-	1
Unidade Móvel Terrestre	0	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	0	-	-	-
Total	149	7	225	381

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)/DATASUS/Brasil, 2011d

A rede hospitalar de Montes Claros encontra-se distribuída nas unidades: Hospital Universitário Clemente de Faria (Estadual), Hospital Dr. Alfheu Gonçalves de Quadros (municipal), este último hospital não tem internação, e, como unidades privadas: Santa Casa de Caridade de Montes Claros, Hospital Aroldo Tourinho, Fundação Dílson Godinho, Hospital Prontocor e Hospital Prontomente. A TAB 4 e 5 explicita o número de leitos ofertados nestes hospitais e a quantidade de médicos disponíveis em toda a rede de serviços de saúde de Montes Claros, destacando-se do ponto de vista do porte (tamanho), por estes dois indicadores, a Santa Casa, o Hospital Universitário e Araldo Tourinho, como unidades hospitalares com maior capacidade de atendimento.

Tabela 4: Número de Leitos de Internação Existente por tipo de prestador, Montes Claros, 2009

Especificidade	Publico		Filantrópico		Privado		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	25	25	270	198	23	14	318	237
Clínicos	66	66	158	116	36	26	260	208
Obstétrico	24	24	59	47	-	-	83	71
Pediátrico	26	26	77	67	-	-	103	93
Outras Especialidades	18	18	1	0	120	110	139	128
Hospital/DIA	20	20	1	1	0	0	21	21
Total	179	179	566	429	179	150	924	758

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)/DATASUS/Brasil, 2011d

Como se pode ver na TAB 4 Montes Claros contava, em 2009, com 924 leitos hospitalares, dos quais 758 se destinavam ao atendimento ao SUS; com destaque para uma maior quantidade de oferta para leitos cirúrgicos e clínicos.

Tabela 5: Recursos Humanos (vínculos) segundo Categorias Selecionadas, existentes em Montes Claros, em dezembro de 2009

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Profissional SUS/1.000 hab
Médicos	3693	2275	1418	10,17	6,26
Anestesista	155	110	45	0,43	0,3
Cirurgião Geral	330	197	133	0,91	0,54
Clínico Geral	930	573	357	2,56	1,58
Gineco Obstetra	293	175	118	0,81	0,48
Médico de Família	59	59	0	0,16	0,16
Pediatra	306	209	97	0,84	0,58
Psiquiatra	28	24	4	0,08	0,07
Radiologista	123	61	62	0,34	0,17
Cirurgião dentista	376	232	144	1,04	0,64
Enfermeiro	321	316	5	0,88	0,87
Fisioterapeuta	241	119	122	0,66	0,33
Fonoaudiólogo	101	55	46	0,28	0,15
Nutricionista	32	20	12	0,09	0,06
Farmacêutico	119	97	22	0,33	0,27
Assistente social	31	30	1	0,09	0,08
Psicólogo	97	70	27	0,27	0,19
Aux de Enfermagem	1100	1098	2	3,03	3,02
Téc de Enfermagem	445	442	3	1,23	1,22

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)/DATASUS/Brasil, 2011d

Quanto aos recursos humanos existiam em 2009 3.693 médicos, sendo que destes 2.275 atendiam pelo SUS. Isto representava que existiam 10,1 médicos para uma população de 1.000 habitantes. Existe um baixo número de auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem em relação aos médicos, pois nestas duas categorias profissionais existiam 1.540 para 2.275 profissionais médicos atendendo pelo SUS, o que é uma distorção na disponibilidade de recursos humanos para o atendimento básico à população. (TAB 5).

Tomando-se o caso de Montes Claros com relação à esperança de vida ao nascer que em 1991 era de 69,4 anos e que em 2008 avançou para 74,9; tem-se um ganho de vida de aproximadamente cinco anos num período transcorrido de 17 anos. Ao tomar a taxa de fecundidade total observa-se que em 1991 cada mulher em idade reprodutiva, em média, tinha quase três filhos, diminuindo para dois filhos em 2008, basicamente o que apenas mantém a reposição populacional. No indicador de mortalidade infantil Montes Claros vem reduzindo suas taxas, acompanhando a tendência do Brasil e do Estado de Minas Gerais, tendo reduzido sua taxa de quase 26

para 10,7 mortes em cada mil crianças nascidas. Estes dados estão demonstrados na TAB 6.

Tabela 6: Esperança de Vida ao Nascer em anos, Taxa de Fecundidade Total e Taxa de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos

Indicadores	1991			2000			2006		
	Brasil	Minas Gerais	Montes Claros	Brasil	Minas Gerais	Montes Claros	Brasil	Minas Gerais	Montes Claros
Esperança de vida ao nascer	64,73	66,36	69,43	70,44	72,73	72,25	72,48	74,62	74,91(1)
Taxa Fecundidade Total	2,73	2,53	2,81	2,36	2,22	2,06	1,95	1,92	1,87(2)
Taxa Mortalidade Infantil	44,68	35,39	25,68	27,40	22,30	22,27	20,70	17,90	10,73

Fonte: PNUD/IPEA Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000 e IBGE

Notas: (1) 2008; (2) 2007

Quando se compara a taxa de mortalidade infantil percebe-se que Montes Claros tem indicador que é melhor do que a média do Brasil e do que Minas Gerais, para o período analisado.

Estes dados indicam que o desafio para a gestão pública, com relação à infra-estrutura de saúde será cada vez maior o que exigirá mais mobilização de recursos e melhor eficiência técnica e econômica na gestão destes recursos.

2.3. Cluster de saúde no Norte de Minas

Como em Montes Claros se verifica um grande afluxo de pessoas advindas dos demais municípios que compõem a macrorregião do Norte de Minas, o que provoca uma aglutinação de serviços nessa cidade-polo; procurou-se alguns indicadores previamente escolhidos, tomando como variável tempo-base o ano de 2007, pelo critério de número de habitantes no município, o gasto em saúde efetivado pelo município, e o percentual de aplicação em saúde, conforme prescreve a Emenda Constitucional nº 29/2000.

Buscando identificar conglomerados que fossem homogêneos pelos indicadores acima mencionados caracterizados como *clusters*, sendo que estes expressam, segundo Hair apud Teixeira

> Conforme Hair (1998), a análise de *cluster* é também denominada como análise de conglomerados, e definem-se como um conjunto de técnicas estatísticas que tem por objetivo agrupar objetos segundo suas características, formando grupos ou conglomerados homogêneos. Os objetos em cada conglomerado tendem a ser semelhantes entre si, no entanto diferentes dos demais objetos dos outros conglomerados. Os conglomerados obtidos devem possuir tanto uma homogeneidade interna (dentro de cada conglomerado), como uma grande heterogeneidade externa (entre conglomerados). Dessa maneira, os objetos dentro dos conglomerados estarão muito próximos, e os conglomerados distintos estarão afastados (Teixeira, 2007: p 73).

O objetivo básico aqui de se buscar uma aproximação com o conceito de *cluster* é para mostrar algumas aglomerações por municípios, a partir dos indicadores selecionados, com vistas a que se possa estabelecer algumas políticas pública de saúde, destinadas ao conjunto destes municípios de forma homogênea.

Há uma expressiva aplicabilidade deste conceito cluster, segundo Fernandes e Lima (2006) este

> Denota simplesmente a concentração espacial de atividades econômicas setorialmente especializadas que realizam intenso comércio entre si, sentido este que, apesar de demasiadamente difuso, expressa a importância da dimensão espacial para o desenvolvimento econômico: clusters adquirem relevância porque desencadeiam efeitos externos e interação entre diferentes agentes localizados próximos uns aos outros (Fernandes e Lima, 2006: p 14).

Como visto o conceito está ligado a uma relativa especialização de trocas diversas que se realizam entre si, como é o caso destes municípios caracterizados na região Norte de Minas, que apesar de serem difusos, utiliza-se de um centro fornecedor de serviços de saúde, que é Montes Claros.

A técnica para definição do cluster de saúde, utilizada foi através do software SPSS – versão 13.0 considerando-se em primeiro lugar a definição dos 89 municípios da macrorregião do Norte de Minas, assim definida pelos critérios do IBGE; em segundo lugar tomou-se as variáveis: censo populacional de residentes para 2010, conforme IBGE, para cada município que compõe a referida região; os seus respectivos gastos em saúde efetivados no ano de 2008, pelo município e, por último o percentual do valor aplicado em saúde, conforme prescreve a Emenda Constituição 29/2000.

Os municípios que compõem a região estão listados na TAB 7, com os indicadores escolhidos.

Tabela 7: Municípios da Macrorregião Norte de Minas, população, gasto de saúde percentual de aplicação em saúde

Microrregião/Municípios	População Residente em 2010 (1)	Gasto em Saúde (R$ correntes) (2)	Percentual de Aplicação em Saúde (3)	Cluster
Bocaiúva	68570			
Bocaiúva	46595	273,16	23,18	1
Engenheiro Navarro	7125	255,59	19,54	2
Francisco Dumond	4867	349,86	18,76	2
Guaraciama	4719	362,04	16,76	2
Olhos D'Água	5264	378,91	19,86	2
Grão Mogol	42665			
Botumirim	6497	335,54	18,36	2
Cristália	5760	375,53	22,36	2
Grão Mogol	15026	273,03	18,53	2
Itacambira	4982	314,4	18,93	2
Josenópolis	4566	463,09	25,57	2
Padre Carvalho	5834	300,52	17,03	2
Janaúba	245505			
Catutí	5102	302,72	20,78	2
Espinosa	31113	183,25	16,04	3
Gameleiras	5139	450,22	26,51	2
Jaíba	33587	232,05	24,11	3
Janaúba	66803	260,77	25,09	4
Mamonas	6321	303,61	28,87	2
Mato Verde	12685	266,61	15,78	2
Monte Azul	20000	230,14	22,12	3
Nova Porteirinha	7398	245,99	15,35	2
Pai Pedro	5934	312,2	21,59	2
Porteirinha	37638	176,16	15,05	3
Riacho dos Machados	9360	227,25	24,47	2
Serranópolis de Minas	4425	329,14	21,86	2
Januária	274186			
Bonito de Minas	9671	201,3	15,25	2
Chapada Gaúcha	10792	342,29	22,59	2
Cônego Marinho	7089	306,68	21,77	2
Icaraí de Minas	10737	239,11	20,64	2
Itacarambí	17739	321,93	21,76	3
Januária	65464	192,36	20,67	1
Juvenília	5708	222,87	15,89	2
Manga	19846	194,76	16,63	3
Matias Cardoso	9977	196,9	16,22	2
Miravânia	4561	318,71	17,2	2
Montalvânia	15859	187,8	16,06	2
Pedra de Maria da Cruz	10310	177,42	15,09	2
Pintópolis	7215	248,36	16,3	2
São Francisco	53898	209,79	24,29	1
São João das Missões	11715	365,67	18,27	2
Urucúia	13605	327,35	19,22	2
Montes Claros	602466			
Brasília de Minas	31221	381,57	19,12	3
Campo Azul	3685	394,44	19,99	2
Capitão Enéas	14206	231,24	17,59	2
Claro dos Poções	7781	326,57	31,47	2
Coração de Jesus	26035	281,11	22,61	3
Francisco Sá	24918	247,79	16,48	3
Glaucilândia	2964	411,17	15,91	2
Ibiracatu	6155	352,12	26,87	2
Japonvar	8305	270,16	23,84	2
Juramento	4110	443,87	24,46	2
Lontra	8401	302,5	26,95	2

Luislândia	6871	241,65	20,85	2
Mirabela	13043	379,98	20,3	2
Montes Claros	361971	424,83	17,28	5
Patís	5594	316,3	20,91	2
Ponto Chique	3966	433,11	22,99	2
São João da Lagoa	4659	287,46	18,69	2
São João da Ponte	25362	228,55	18,62	3
São João do Pacuí	4066	306,96	16,14	2
Ubaí	11677	239,69	21,62	2
Varzelândia	19126	200,45	15,75	3
Verdelândia	8350	260,15	17,99	2
Pirapora	164941			
Buritizeiro	26921	267,61	17,83	3
Ibiaí	7839	265,13	12,16	2
Jequitaí	8010	238,85	15,07	2
Lagoa dos Patos	4227	277,17	15,4	2
Lassance	6490	394,26	17,01	2
Pirapora	53379	293,8	21,66	1
Riachinho	8007	312,38	19,21	2
Santa Fé de Minas	3979	339,39	16,17	2
São Romão	10285	272,95	18,57	2
Várzea da Palma	35804	309,75	31,11	3
Salinas	210294			
Águas Vermelhas	12718	269,43	22,72	2
Berizal	4371	331,99	17,73	2
Curral de Dentro	6930	288,87	18,87	2
Divisa Alegre	5458	274,57	17,44	2
Fruta de Leite	5940	286,51	19,36	2
Indaiabira	7327	259,86	17,1	2
Montezuma	7472	248,24	21,73	2
Ninheira	9795	279,95	22,1	2
Novorizonte	4953	333,38	17,34	2
Rio Pardo de Minas	29075	211,94	17,42	3
Rubelita	7777	241,67	21,58	2
Salinas	39182	261,73	17,85	3
Santa Cruz de Salinas	4397	332,39	15,29	2
Santo Antônio do Retiro	6938	284,69	16,27	2
São João do Paraíso	22334	219,22	17,92	3
Taiobeiras	30894	268,72	21,17	3
Vargem Grande R Pardo	4733	350,75	17,75	2
Total	1608627	-	-	

Fonte: IBGE, Siops/Datasus e cálculo do autor

Notas:

(1) Censo População – IBGE 2010.

(2) Gasto em Saúde efetivado (despesa total) sob a responsabilidade do município para 2008

(3) Percentual de aplicação em saúde, sob a responsabilidade do município em 2008, conforme prescreve a Emenda Constitucional 29/2000.

Os "clusters" identificados foram definidos em cinco, como se vê da TAB 7 e podem ser destacados: a) cluster 1: composto de 5 municípios que têm populações que variam entre 46 e 65 mil habitantes; com média de 54.834 habitantes por município; b) cluster 2: composto de 66 municípios. Suas populações encontram-se entre aproximadamente 3 a 15 mil habitantes; com média de 7.420 habitantes por município; c) cluster 3: composto por 17 municípios, com populações entre 17 e 39 mil habitantes; tendo como média populacional por município 27.694 habitantes; d) cluster 4: apenas o município de Janaúba com 67 mil habitantes; e) cluster 5: também com apenas um município que é Montes Claros, com população de 362 mil habitantes. Portanto, a variável população é a que mais contribui para a definição destes clusters.

Segundo a Confederação Nacional de Municípios - CNM (2011) o senso comum indica que os municípios menores investem pouco em saúde, entretanto, o que se constata é que estes municípios, com até 5.000 habitantes gastam percentualmente mais em saúde em relação a sua receita própria comparando com os municípios maiores. Pode-se concluir daí que quanto menor é o município maior a sua dependência de gastos com recursos próprios para sustentar o atendimento à saúde.

Já no que se refere ao cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000, para o ano de 2008 todos os municípios estavam cumprindo o percentual mínimo em aplicação em saúde recomendado, tendo sido verificado uma média de aplicação de 19,71%, sendo que a menor aplicação era de 15,05% do município de Porteirinha e a maior aplicação de 31,47% feita pelo município de Claro dos Poções.

Os municípios de Montes Claros (cluster 5) e de Janaúba (cluster 4) se distanciam dos demais em primeiro lugar em face da população do primeiro ser muito superior aos demais e se constituir na maior população desta região, bem como ao fato de que o seu gasto em saúde está entre os maiores dentre todos os municípios da região do Norte de Minas; já o segundo município se destaca por ter a segunda maior população da região e em face de ter a sexta maior aplicação percentual em saúde, da ordem de 25,09%.

Ao fazer uma observação mais qualitativa estes municípios têm como atividade econômica básica a agropecuária, exceto Montes Claros, Pirapora, Várzea da Palma e Bocaiúva, que dispõem de serviços especializados voltados para a educação e saúde, em especial na área de educação superior e em tratamentos de saúde de média e alta complexidade. O que leva os seus filhos em idade escolar a se deslocarem para as cidades mais bem estruturadas na oferta destes serviços, destacando-se aí Montes Claros. Os municípios mais ao Norte ou mesmo Sul da Bahia teriam como opção Guanambí e Vitória da Conquista que estão a mais de 500 km desta região; aqueles municípios do Sudoeste da região têm como opção Belo Horizonte ou mesmo Brasília-DF, que distam 400 e 700 km de distância. Há que se destacar ainda que estas últimas cidades, por serem capitais, têm maiores dificuldades de mobilidade social para abrigar as pessoas que vem de outras regiões, não só pelos preços de seus imóveis e custo com deslocamentos, más, sobretudo pelas dificuldades com a falta de vínculos sociais e familiares que estes imigrantes passam a ter na cidade que os abrigam.

Tabela 8: Universidades e Faculdades Existentes em Montes Claros em 2009

Universidade e/ou Faculdades	Número de curso de Graduação	Número de cursos de pós-graduação lato sensu	Número de cursos de pós-graduação stricto sensu
UNIMONTES	52	23	7
UFMG - Campi M Claros	6	1	1
Santo Agostinho	11	17	-
ISEIB	7	18	-
FACIT	5	2	-
FACOMP	3	1	-
Ibituruna	6	13	-
FUNORTE	24	23	7
Pitágoras	13	2	-
UNOPAR	9	8	-
UNIPAC	7	1	-
FAP (Prisma)	3	1	-
Total	**146**	**110**	**15**

Fonte: Pereira, 2010a

Existe, portanto, um movimento pendular para serviços mais especializados polarizado por Montes Claros nos serviços de saúde e educação, como se vê das Tabelas 4, 5, 6 e 8 em decorrência da infra estrutura que esta dispõe, destacando-se na saúde, em 2009: 07 hospitais e 520 estabelecimentos de oferta de serviços de saúde, distribuídos entre clínicas, policlínicas, serviços diversos de atenção a saúde, equipes saúde da família, laboratórios de análises clínicas e farmácias; na educação: 12 escolas de nível superior, com oferta de 146 cursos de graduação, 110 cursos de pós-graduação *lato sensu* e 15 de pós-graduação *stricto sensu.* Montes Claros recebe diariamente 27 ônibus que transportam estudantes das cidades circunvizinhas para estudarem em suas unidades escolares. (Pereira, 2010a).

Ao observar as internações hospitalares para 2009 em Montes Claros, segundo dados do Relatório de Gestão em Saúde, da Prefeitura Municipal de Montes Claros, pode-se perceber que das 39.020 Autorização de Internação Hospitalar (AIH)[32] efetivadas, representando uma despesa total de R$ 52,7 milhões, 24.184 AIH´s são do próprio município com um valor de R$ 27,1 milhões e 14.836 AIH´s, com valor de R$ 25,6 milhões se referem aos municípios atendidos por Montes Claros, pertencentes a macrorregião Norte. Portanto, das internações hospitalares efetivadas em Montes Claros em relação à quantidade de AIH´s estas representam 38% das internações advindas dos municípios do Norte de Minas, já no que se refere ao valor das AIH´s estas representam 48,5% do valor total efetivamente pago aos hospitais de Montes Claros (Brasil, 2009 a).

[32] A AIH representa o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar, bem como serve para fornecer informações destinadas ao gerenciamento do Sistema. É com este documento que Hospitais, Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT se habilitarão a receber pelos serviços prestados.

III. PRINCIPAIS INDICADORES ECONÔMICO-SOCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Este capítulo trata dos principais indicadores econômico-sociais que são adotados para o planejamento de ações, controle, acompanhamento e avaliação das ações/atividades que são concebidas e implementadas com o objetivo de se propiciar uma atenção adequada à assistência a saúde da população.

Normalmente estes indicadores servem como parâmetros para a mobilização de recursos e se estabelecer comparações entre os diversos municípios, que se constituem em unidades de atendimento mais próximos da população.

3.1. Indicadores sociais de saúde adotados pelo Brasil

Uma das questões para se trabalhar com indicadores, em especial, na área da saúde é definir e selecionar quais indicadores serão adotados. Isto porque existe uma gama expressiva destes indicadores, também em face de que algumas informações não permitem que sejam agregadas e ainda devem ser consideradas as especificidades da coleta do dado e da sistematização pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A seguir, fazer-ser-á descrição dos principais indicadores sociais de saúde, às vezes chamados também de Determinantes Sociais da Saúde (DSS)[33], os quais vão além dos aspectos apenas ligados à saúde; que são utilizados para proceder ao acompanhamento, avaliação, monitoramente e para fazer o planejamento das ações de saúde, mais de caráter epidemiológico e de saúde pública, no caso brasileiro.

3.1.1. Mortalidade Infantil

É um dos importantes indicadores de saúde de uma sociedade. Constitui-se em um indicador que representa as condições de vida e de acesso e também como anda a qualidade e as ações desenvolvidas nos programas de saúde, em especial ligados à maternidade e as crianças.

Este indicador é também conhecido na literatura internacional, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como *Infant mortality Rate* (Taxa de Mortalidade Infantil) e significa qual o número de crianças mortas até os 12 meses de idade para cada mil nascidas vivas (Brasil, 2006 a).

Normalmente também este indicador é chamado de Índice de Mortalidade Infantil (IMI) ou Taxa de Mortalidade Infantil (TMI).

Este indicar é dividido em três componentes: i) neonatal precoce, quando a criança falece até os seis dias de vida. Esta assistência a saúde está muito associada a

[33] Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é um conceito que surgiu nos anos 1970, na OMS através da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH). Estes determinantes são no fundo as condições sociais e de trabalhabilidade em que vivem as pessoas. (Brasil, 2011s).

condições de saúde no pré-natal até ao parto; ii) neonatal tardia, quando a morte se dá entre os 7 e os 27 dias de nascido e iii) pos-neonatal, quando a morte acontece entre os 28 dias de nascida até um ano). Esta mortalidade está mais associada as condições gerais de saúde

Esta taxa para o Brasil em 2004 era de 22,5. Em 2007 representava 20. Este indicador é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio[34], da Organização das Nações Unida (ONU), sendo que a meta para o Brasil em 2015 é de 15,7 mortes por mil nascidos vivos. (Brasil, 2006).

3.1.2. Expectativa de Vida

A expectativa de vida, no Brasil, segundo o IBGE, vem aumento nos últimos anos, tomando-se o ano de 1998 o homem tinha uma expectativa de 65,9 anos de vida, que passou em 2008 para 69,3 anos de vida, enquanto as mulheres que tinham 73,6 para 76,8 anos de vida. A proporção de idosos que era de 8,8% passou para 11,1% entre 1998 e 2008. O que significa que a população brasileira está envelhecendo. Em 1981 para cada 6 idosos havia 12 crianças de até 5 anos, em 2004 esta proporção havia diminuído para 6 idosos para cada 5 crianças de até 5 anos de idade (IBGE, 2010).

3.1.3. Taxa de Fecundidade

Esta taxa representa o número médio de filhos que uma mulher teria ao final de seu período fértil, que no Brasil caiu de 2,1 em 2004 para 1,89 filhos, em 2008. A região sudeste do país tem as menores taxas, estando o Rio de Janeiro com 1,5 filhos por mulher, enquanto o Acre que tem a maior taxa foi de 2,91 filhos por mulher (Brasil, 2006 a).

Esta taxa é uma das variáveis que vem impactando diretamente na evolução da população brasileira. Com a diminuição de filhos por mulher em idade fértil há uma tendência, combinado com o aumento da expectativa do nível de vida e a diminuição da taxa de natalidade, no envelhecimento da população.

3.1.4. Porcentagem da População Coberta pela Estratégia Saúde da Família

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do SUS é um instrumento concebido para proceder ao processo de regionalizar o sistema de atendimento à saúde. Através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) que é um dos princípios norteadores para garantir e efetivar a regionalização de forma participativa e solidária; já existe SUS em 5.189 municípios brasileiros. Estes instrumentos são fundamentais para ampliar a

[34] Em 2000 os 191 países filiados a ONU, reunidos na cúpula do Milênio da Assembléia Geral das Nações Unidas, assumiram o compromisso de cumprir oito objetivos de desenvolvimento do milênio, tendo como horizonte o ano de 2015, que são: 1 erradicar a extrema pobreza e a fome; 2 atingir o ensino básico fundamental; 3 promover a igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; 4 reduzir a mortalidade na infância; 5 melhorar a saúde materna; 6 combater a HIV/AIDS a malária e outras doenças; 7 garantir a sustentabilidade ambiental e 8 estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

cobertura do ESF (Brasil, 2010). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o eixo central de organização do sistema de saúde pública e a porta de entrada do SUS.

A cobertura do ESF que era de 14,7 milhões de pessoas em 1999 chegou a dezembro de 2009 com uma cobertura por equipe de saúde da família de 96,1 milhões de pessoas. Quanto ao número de equipes de saúde da família que eram 4.254 em 1999, onze anos após em 2009 este número estava em 30.328, como se pode constatar da TAB 9. (Brasil, 2010).

Os indicadores que se referem à porcentagem da população coberta pelos programas de saúde, tais como: taxa de cobertura vacinal, porcentagens da população coberta pela ESF são também conhecidos como "indicador de políticas" (Pires e Oliveira Neto, 2006).

Tabela 9: População Brasileira, coberta e número de equipes da Estratégia Saúde da Família no período de 1999 a 2009

Descrição	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
População coberta (em milhões)	14,7	29,7	45,4	54,9	59,7	69,1	78,6	85,7	87,7	93,2	96,1
Número de Equipes Saúde Família	4.254	8.503	13.559	16.847	19.182	21.274	24.872	26.861	27.806	28.302	30.328

Fonte: Brasil, 2010. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e CNE

3.1.5. Taxa de Cobertura Vacinal

A imunização por vacinas é uma das importantes ações de saúde, dentre outras, para a redução da mortalidade infantil em especial em doenças infecciosas. Apenas para citar um exemplo a vacinação com o *Haemophilus*[35], contribuiu de forma expressiva para a redução de casos de meningite e pneumonia na população brasileira (Brasil, 2006).

O Brasil conta com um Programa Nacional de Imunização (PNI), com dados de cobertura vacinal, desde 1995. O país já conseguiu o fim da poliomielite a partir de 1994 e da transmissão do sarampo, desde o ano de 2000. Quanto a cobertura alcançada para o influenza em 2004 estava em 86% da população; para o caso da vacina tetravalente (DTP + Hib)[36] chegou a 96% e no que se refere a cobertura da vacina tríplice viral alcançou 105% da população. (Brasil, 2006).

[35] A vacina *Haemophilus influenzae* tipo B, se constitui em uma vacina indicada para os casos de (meningite, epiglotite, septicemia, celulite, artrite, pneumonia), aplicada em crianças entre 2 e 5 anos de idade. (Brasil, 2006)

[36] A vacina tetravalente (DTP+Hib) imuniza as crianças contra difiteria, tétano, coqueluche, meningite causada por *haemoplhilus*. É aplicada em três doses, aplicada nas crianças com 2 meses de vida, com 4 meses e a última dose com 6 meses (Brasil, 2011d).

3.1.6. Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O SAMU existe no Brasil desde 2003 e trata-se de um sistema de atendimento móvel de urgência que tem por objetivo reduzir o número de mortes por acidentes e urgências, bem como os períodos de internação e diminuir o número de seqüelas por falta de atendimento adequado aos pacientes; já estando presente em dezembro de 2009 em 1.232 municípios, cobrindo 105,3 milhões de pessoas, o que representava, naquela data, a 55% da população brasileira (Brasil, 2010).

Este serviço é importante frente à realidade do Norte de Minas, tendo em vista que parte expressiva da oferta de equipamentos de saúde se encontra distribuídos em poucas cidades, com uma forte concentração em Montes Claros.

3.1.7. Variáveis Epidemiológicas

As variáveis epidemiológicas escolhidas em número de quatro. Para esta escolha foi adotado o critério tomando-se daquelas que tiveram maior incidência de casos, conforme pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde para dados de 2004, que são: cerebrovasculares (acidentes vasculares cerebrais, isquêmicos, hemorrágicos e outros), infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração, agressões e diabetes mellitus, conforme descrição da TAB 10.

Tabela 10: As 10 Causas Líderes de Morte no Brasil, 2004

Ranking	Causa	CID (1)	Número	Percentual	Mortalil(2)
1	Cerebrovasculares (3)	I60-I69	90.930	10,14	50,77
2	Infarto agudo do miocárdio (4)	I20-I25	86.791	9,67	48,46
3	Agressões	X85-Y09	48.374	5,39	36,56
4	Diabetes millitus	E10-E14	39.251	4,38	27,01
5	Pneunomias	J10-J18	37.607	4,19	21,91
6	Acidentes de transportes	V00-V89	35.674	3,98	21,00
7	Doenças hipertensivas	I10-I15	30.850	3,44	19,92
8	Doenças pulmonares, obstrutivas e crônicas	J44	30.260	3,37	17,22
9	Insuficiência cardíaca, complicações e doenças mal definidas do coração	I50-I51	27.583	3,07	16,89
10	Cirrose e enfermidades não Infecciosas do fígado	K70-K76	22.494	2,51	15,40
	Total de Mortes com Causa Definida		897.151	100	500,9

Fonte: Brasil, 2010

Notas: (1) Código Internacional de Doenças; (2) Taxa padronizada de mortalidade por 100 mil habitantes (3) Cerebrovasculares (acidentes vasculares, cerebrais, isquêmicos, meorrágiocos e outros); (4) infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração.

3.2. Outros indicadores Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Destacam-se alguns dos principais indicadores Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que, comprovadamente dizem respeito às condições gerais de saúde de uma população e estão diretamente relacionados com o estágio de seu bem estar.

Normalmente estas são variáveis não controláveis pelos gestores do sistema de saúde, mas estas impactam o desempenho com referência aos cuidados de saúde com relação a população em geral.

3.2.1. Emprego e renda

O Brasil tinha em 2006 25 milhões de pessoas trabalhando com carteira assinada percebendo 1 salário mínimo. O valor do salário mínimo em relação à quantidade de cestas básicas que em 1996 era de 1,23 passou em 2006 para 2,20 cestas básicas. Quando se compara o valor do salário mínimo em dólares americanos, em 2002 o salário mínimo equivalia a 55 dólares em 2006, era 152 dólares e, em 2010 era de 326 dólares.

A taxa média de desemprego aberto vem diminuindo nos últimos anos, saindo de 7,1% em dezembro de 1999 para 5,3% em dezembro de 2010. O percentual de pessoas ocupadas que passou a contribuir para a Previdência Social passou em 2003 de 61,2% para 66,8% em 2009, tendo o rendimento médio do trabalho aumentando em 14,3% em termos reais, ou seja, descontado a inflação do período (Brasil, 2010).

3.2.2. Pobreza

A pobreza no Brasil, entendida como aquelas pessoas com renda mensal per capita inferior a meio salário mínimo caiu entre 2003 e 2008 de 77,8 milhões de pessoas para 53,7 milhões de pessoas, representando um percentual de pobres de 42,7% para 28,8%, no período mencionado, segundo dados da PNAD[37] (IBGE, 2010).

Há que se destacar ainda que o programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[38] vêm contribuindo para a melhoria de transferência de rendas para as camadas mais pobres da população. No programa Bolsa Família existem recebendo benefícios aproximadamente 12,9 milhões de famílias – ou 50 milhões de pessoas e o Governo Federal investiu R$ 13,4 bilhões com o programa em 2010 (Brasil, 2011f)

[37] PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios é realizada anualmente pelo IBGE. Na década de 1980, além da população, educação, trabalho e rendimento, os temas mais pesquisados foram: saúde, educação, previdência social, associativismo e mão de obra.

[38] O programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda criado em 2004, para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com renda per capita de até R$ 140,00 por mês e busca garantir o direito a alimentação, escola e saúde. Os valores pagos em abril/2011 são de R$ 32,00 a R$ 242,00, por família. Na média o valor do benefício fica entre R$ 96,00 a R$ 115,00. O BPC é um benefício de assistência social integrante do sistema único de assistência social, pagos pelo Governo Federal aos idosos e pessoas com deficiência, garantindo uma renda mínima para a pessoa que esteja nestas condições (Brasil, 2011f).

No que se refere a pobreza da juventude no Brasil para o ano de 2010, destaca-se que dos 21 milhões, que representam 30% da população total tem menos de 18 anos e 38% deles vivem em situação de pobreza, quando a média da população toda é de 28,8%, e a região brasileira com mais adolescentes pobres é o semi-árido do nordeste com 67,4%. Este índice também é resultado da situação ruim do clima desfavorável, falta de acesso á água potável, saneamento, educação e saúde, segundo relatório Situação Mundial da Infância 2011, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Unifec, 2011).

3.2.3. Educação

A taxa de analfabetismo no Brasil que era de 11,5% em 2004 em 2009 ficou em 9,7%. A média de anos de estudo em 2004 era de 6,6 anos para pessoas com 10 anos ou mais de idade e passou para 7,2 anos em 2009. (IBGE, 2010).

A educação é uma componente essencial para que se tenha um acesso a saúde de forma mais planejada e também porque ao ter aumentado o nível educacional a tendência e que a população tenha maiores cuidados pessoais para com a saúde individual e coletiva.

3.2.4. Saneamento e Condições de Vida

Os domicílios considerados adequados para moradia em 2008 representavam 57% do total existente no Brasil, dispondo de abastecimento de água por rede geral regular, esgotamento sanitário com rede coletora ou fossa séptica e coleta de lixo. Em 1992 este dado era de 36,8% dos domicílios adequados para a moradia.

A ausência de esgotamento sanitário provoca variados e sérios problemas de saúde para as pessoas, em especial para as crianças, devido às doenças diarréicas que poderiam ser evitadas com o adequado acesso as condições de saneamento sanitário e água potável. Ainda se deve ressaltar que com o saneamento básico se consegue melhorar a qualidade das fontes de água.

3.2.5. População, IDH e PIB per capita

Existem algumas variáveis não controladas diretamente pelos gestores dos serviços de saúde. Neste trabalho tratar-se-á de três destas variáveis, a saber: o contingente populacional, o índice de desenvolvimento humano (IDH) e o produto interno bruto (PIB) per capita.

A população acaba por impactar diretamente os serviços de saúde, que tende a exigir maiores quantidades de oferta de equipamentos e serviços à medida que a

população aumenta. Quanto ao PIB per capita existe uma tendência de que a medida que este cresce, significa que a população passa a ter um maior poder aquisitivo e com isto há uma tendência de que o serviço pública tenha maiores arrecadações com impostos e contribuições e, a partir daí possa ofertar melhores condições em serviços de saúde, como retribuição à sua maior arrecadação tributária. No que se refere ao IDH[39], este tem como um de suas três componentes básicas a longevidade que representa em última instância melhores condições de saúde, e, quando uma população vai tendo seu IDH melhorado significa (renda e educação) que a sua saúde está em melhor condição.

3.3. Indicadores de gestão econômico-financeiros em saúde

Como não existe um indicar específico na área econômico financeira para a análise de aplicação de recursos em saúde, estar-se-á trabalhando com algumas variáveis de receitas, transferências intergovernamentais e gastos efetuados.

Serão escolhidos os indicadores definidos pela a metodologia adotada por Pereira et al (2006) e escolhidos por este autor, tendo em vista a disponibilização de dados feitos pelo Ministério da Saúde, a partir do DATASUS.

3.3.1. Indicadores de Receita

Os dois indicadores definidos, tendo em vista a metodologia adotada por Pereira et al (2006) são: i) Participação Percentual das transferências para a saúde na despesa total do município; ii) Percentual da receita própria aplicada na saúde conforme EC29/2000 – indicador EC 29.

3.3.2. Indicadores de Gastos em Saúde

3.3.2.1. Gasto público per capita com saúde

Este indicador representa em média quanto os três níveis de Governo (União, Estados e Municípios) estão alocando no sistema de saúde pública. Estes entes públicos têm um percentual mínimo que devem observar para a aplicação de recursos na saúde, conforme já foi mencionado neste estudo.

O indicador em referência representa o gasto com ações e serviços públicos em saúde, por habitante, em um espaço geográfico do ente federativo, por um ano. Ele mede o volume do gasto público total por habitante (Brasil, 2011 d).

[39] O IDH é um indicador de desenvolvimento humano, desenvolvido em 1990, pelo economista indiano Amartya Sen e por Mahbub ul Haq e vem sendo utilizando pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), desde 1993. É composto dos dados do PIB per capita (renda), educação (escolaridade) e a expectativa de vida ao nascer (longevidade) (PNUD, 2010).

No período entre 2000 e 2005 o gasto per capita em saúde no Brasil, passou de aproximadamente US$ 110,00 para US$ 153,00, com um acréscimo em dólar de 48%. E o gasto total com saúde passou de R$ 34 para R$ 72 bilhões, representando um aumento no período de 111% em reais, como fica evidenciado na TAB 11.

Tabela 11: Gastos totais de serviços públicos de saúde e per capita da União, Estados e Municípios do Brasil, no período de 2000 a 2005

Descrição	2000	2002	2005
Orçamento executado pela União (R$ bilhões)	20.351	24.737	36.475
Per capita ano União (US$)	65,52	48,37	74,47
Orçamento executado pelo Estado (R$ bilhões)	6.313	10.078	17.633
Per capita ano Estado (US$)	20,32	19,71	37,45
Orçamento executado pelo Município (R$ bilhões)	7.404	11.759	17.920
Per capita ano Município (US$)	23,83	22,99	38,06
Total Brasil U+E+M (R$ bilhões)	34.069	46.574	72.031
Per capita ano Brasil U+E+M (US$)	109,67	91,07	152,97

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde, 2006a

3.3.2.2. Outros indicadores de gastos com saúde

Além do gasto per capita em saúde, estar-se-á utilizando os seguintes indicadores de gastos: i) Participação percentual da despesa com pessoal na despesa total com saúde; ii) Participação percentual da despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com saúde; iii) Participação percentual da despesa com investimentos na despesa total com saúde; iv) Participação percentual da despesa com medicamento na despesa total com saúde; v) participação percentual da despesa com atenção básica; vi) participação percentual da despesas com assistência hospitalar e ambulatorial e vii) participação percentual da despesa com vigilância sanitária.

3.3.2.3. Alguns dados de Receitas e Despesas do Município

Para uma melhor compreensão da situação econômica financeira do município de Montes Claros, estar-se-á analisando os seguintes dados: i) Despesa total com saúde; ii) Despesa com saúde feita com recursos próprios do município; iii) Despesa com pessoal na saúde; iv) Receita de impostos e de transferências constitucionais e legais; v) Receita de transferências intergovernamentais para a saúde; v) Receita de impostos diretamente arrecadados; vi) Receita do Fundo de Participação dos Municípios – FPM; viii) Receita do ICMS.

IV. FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DOS RECRUSOS EM SAÚDE EM MONTES CLAROS DE 2000-2009

Neste capítulo faz-se uma abordagem com vistas a analisar a evolução dos gastos sociais totais e per capita em saúde, gastos por subsetores como atenção primária, média e alta complexidade; financiamento do setor após a descentralização do SUS, bem como as receitas com recursos próprios do município de Montes Claros e as suas receitas de transferências dos entes federados União e Estado. Para estabelecer a sistematização de dados e informações, foram consideradas as fontes da Prefeitura Municipal através de seu sistema público de informações orçamentárias e contábeis. Também se utilizou dados e informações produzidos pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

As finanças públicas são representadas pela ótica da receita que basicamente se constituem de arrecadação própria, transferências e convênios celebrados entre os três entes públicos, que representam as origens de recursos que financiam as despesas públicas, que são o outro lado das finanças públicas. Neste capítulo são analisadas informações dos indicadores previamente escolhidos que dão a magnitude das receitas e gastos sociais em saúde no município de Montes Claros, no período compreendido entre 2000 e 2009. Em seguida, para análise mais acurada acerca da alocação dos recursos no setor saúde, destaca-se a posição de Montes Claros com relação a municípios do estado de Minas Gerais com perfil semelhante.

4.1. A evolução do financiamento à saúde em Montes Claros

Municípios com o perfil semelhante ao de Montes Claros, que têm características de cidade de porte médio, sofrem de uma demanda reprimida[40] advinda dos municípios localizados em suas proximidades que não possuem o atendimento à saúde, em média e alta complexidade. Com a pactuação entre estes municípios há a transferência de parte dos recursos dos pequenos municípios para os médios no sentido de que façam o atendimento de maior complexidade, entretanto, estes valores tem se mostrado insuficientes para fazer face a um atendimento satisfatório. Isso tem gerado grandes filas em atendimentos hospitalares em especial nos prontos socorros dos municípios pólos.

[40] Demanda reprimida é a capacidade de consumo de qualquer serviço ou bem, que não se efetiva por qualquer motivo. No caso da saúde é representada pela falta de infraestrutura em equipamentos e serviços de saúde para o atendimento as necessidades da população.

Destaca-se que nos anos de 2001 e 2009 esta receita, em valores constantes, sofreu uma diminuição em relação ao ano anterior, o que leva a concluir que a aplicação em saúde nestes dois períodos contou com um volume de recursos menores para fazer face às demandas do segmento. O município que em 2000 contava com uma receita de R$ 42 milhões passou a contar com R$ 159 milhões em 2009, como mostra a TAB 12.

Destes valores, considerando o último ano da série, a União transferiu R$ 116,2 milhões, o Estado aproximadamente 13,8, tendo o município de Montes Claros, alocado como recurso próprio R$ 25 milhões.

Tabela 12: Receitas Realizadas pela Saúde em Montes Claros: 2000 a 2009

Anos	Transferências da União (%)	Transferências do Estado (%)	Outras Receitas do SUS %	Recursos Próprios %	Outras Fontes %	Total Receita Preços Correntes	Total Receita Constantes para ano 2000	Variação Acumulada P.Constantes
2000	88,49	-	-	11,51	-	42.336.642,92	42.336.642,92	0
2001	92,37	-	-	7,63	-	44.232.430,47	41.740.521,35	-1,41
2002	86,42	-	-	13,58	-	51.919.299,33	45.504.526,26	7,48
2003	75,47	1,47	-	23,06	-	64.561.761,01	50.287.620,06	18,78
2004	81,58	6,05	0,66	11,70	-	72.802.317,91	51.883.435,54	22,55
2005	72,96	7,24	1,06	17,99	0,76	90.893.572,97	60.201.196,80	42,2
2006	70,72	8,50	2,55	18,24	-	110.866.967,00	69.476.836,58	64,11
2007	68,81	6,56	0,66	20,05	3,93	127.775.860,52	77.635.651,41	83,38
2008	67,42	6,37	3,38	18,16	4,67	152.026.045,02	88.426.307,57	108,86
2009	73,01	8,65	2,83	15,51	-	159.210.548,18	87.449.493,67	106,56

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS e elaboração do autor

As receitas realizadas no período de 2000 a 2009 em valores constantes foram calculadas com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE, tomando por base este indicador anualizado em dezembro de cada ano. A TAB 12 mostra que o município recebeu R$ 42,3 milhões em 2000 e que este valor em 2009 foi da ordem de R$ 87,4 milhões representando um aumento na receita realizada de 106,5%, descontada a inflação do período.

Existe uma forte dependência de recursos da União, da ordem de 73%, para fazer face aos compromissos assumidos pelo município para saúde, o que demonstra a grande dependência deste município em relação à União (TAB 12). O município de Montes Claros vem cumprindo nos últimos cinco anos o limite mínimo de 15% previsto da EC 29/2000. O Estado de Minas Gerais vem repassando uma média de recursos que não tem chegado a 9%, nos últimos 10 anos - 2000 a 2009. A Emenda Constitucional recomenda que os Estados devam repassar 12% de suas receitas correntes arrecadadas. Destaca-se que este percentual considerado para o município é calculado de forma diferente para o Estado, que no caso de Minas Gerais em 2009 teve este indicador em 14,67% de seus recursos próprios aplicados em saúde (Brasil, 2011 d).

Ao observar a receita própria diretamente arrecadada, gerada pelo município, como se vê na TAB 13 que em 2000 era de R$ 16,2 milhões passou em 2009 para R$ 44,6 milhões com um aumento de 174% no período, com destaque para o ISSQN que é o imposto de maior representatividade na receita própria.

De outra forma quando se analisa a receita total do município para a saúde em valores correntes percebe-se que esta teve um aumento de 276%, o que indica que o município está sendo menos eficiente na geração de receita própria em relação às receitas de transferências que vem recebendo da União e do Estado.

Há que se destacar ainda que apenas uma parcela da receita própria do município é destinada à saúde. Entretanto, é sua capacidade de gerar tributos que influi diretamente, por conseqüência em melhores ou piores condições de disponibilizar recursos para a saúde. E normalmente, os municípios têm uma baixa capacidade de gerar receitas próprias e, aí ficam na dependência de recursos de transferências da União e do Estado para fazer face às suas despesas.

Tabela 13: Receitas Próprias Diretamente Arrecadadas pelo Município de Montes Claros no período de 2000 a 2009

	Receitas Próprias Diretamente Arrecadadas					
Anos	IPTU	ITBI	ISS	Outros Imp(1)	D.Ativa+J+M	Total
2000	3.423.607,15	636.463,19	5.790.993,59	6.417.176,38	-	16.268.240,31
2003	5.072.214,48	1.178.724,02	6.919.522,76	1.748.434,50	3.047.015,41	17.965.911,17
2006	7.345.317,58	2.198.210,74	12.852.765,60	3.066.269,61	5.970.863,40	31.433.426,93
2009	9.667.007,34	4.256.732,02	20.122.348,31	4.118.547,49	6.454.736,90	44.619.372,06

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

Notas: (1) Outros impostos incluir imposto de renda retido na fonte. (2) A partir de 2000 a EC 29, excluíram das receitas próprias as taxas e contribuições, receita patrimonial e de serviços

Do lado das transferências de recursos advindas da União e do Estado, que o município recebe para alocar no seu sistema de saúde, percebe-se que estão distribuídas no caso da União de forma mais expressiva em recursos para média e alta complexidade que se destinam basicamente aos pagamentos as despesas ambulatórias e hospitalares e o programa de atenção básica, que neste caso destinam-se às despesas com a atenção básica, desenvolvidas pelas ESF, como se vê da TAB 14.

Quanto aos recursos transferidos pelo Estado, destacam-se aqueles que vêm na rubrica "convênios" e são destinados dentre outros para alocação junto aos hospitais que têm convênios para atendimentos do SUS, na cidade de Montes Claros.

Tabela 14: Receitas de Transferências Recebidas do SUS pelo Município de Montes Claros em anos selecionados

Transferências de Recursos do SUS	2000	2003	2006	2009
União	37.465.810,80	48.726.837,53	78.400.468,54	116.240.980,93
Receita de Prest.Serviços (SIA/SIH)		2.432.175,02	0,00	
PAB Fixo	4.205.970,23	3.171.732,00	4.677.799,00	15.791.676,44
PAB Ampliado	-	-	-	-
PAB Variável	-	2.631.084,20	5.064.618,12	-
FAEC	-	5.478.400,23	12.295.831,02	-
Média e Alta Complexidade (SIA/SIH G..Plena)	32.739.379,68	35.013.446,08	52.486.600,77	96.619.780,05
Convênios	520.460,89	-	1.755.350,00	-
Vigilância em Saúde	-	-	-	1.861.889,00
Assistência farmacêutica	-	-	-	1.704.774,44
Gestão do SUS	-	-	-	185.746,00
Transferências de Capital da União	-	-	-	77.115,00
Outras Transferências Fundo a Fundo	-	-	2.120.269,63	-
Estado	-	947.605,82	9.419.248,04	13.772.506,50
Receita de Prest.Serv. a Estados	-	-	-	-
Convênios	-	947.605,82	6.807.359,22	11.466.763,41
Outras Transferências do Estado	-	-	2.611.888,82	2.305.743,09
Outras Receitas do SUS	-	522.602,07	2.821.597,75	4.507.360,12
Remuneração de Depósitos bancários	-	522.602,07	16.413,81	732.513,78
Receita de Outros Serviços de Saúde	-	-	2.805.183,94	3.774.846,34
Total de Receitas de Transferências	37.465.810,80	50.197.045,42	90.641.314,33	134.520.847,55

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

As transferências constitucionais legais prescritas pela EC 29 se constituem em importantes e principais fontes de recursos que os municípios menores contam como fontes de recursos a ser alocados nos gastos que estes necessitam realizar para os seus munícipes. Basta tomar o caso de Montes Claros, onde as transferências da União e do Estado representam quase 2,5 vezes a receita com recursos próprios para o ano de 2009, pois enquanto a receita própria foi de R$ 44,6 milhões, conforme TAB 13, a receita com transferências foi de R$ 111 milhões (TAB 15).

A TAB 15 elucida que a receita de transferências da União saiu de R$ 14,5 milhões em 2000 para R$ 42,7 milhões em 2009, crescendo 194% no período, enquanto a receita de transferências do Estado de Minas Gerais para Montes Claros saiu de R$ 30,9 milhões para R$ 68,3 milhões, crescendo 144%, respectivamente. Portanto, apesar

de esta transferência por parte do estado ter um valor absoluto maior para o município teve um crescimento menor.

Deve-se ressaltar ainda que apenas parte desta receita de transferência seja alocada nas despesas com saúde.

Tabela 15: Receitas Realizadas de Transferências Constitucionais Legais com Impostos de Montes Claros, conforme EC 29, no período 2000 a 2009

Transferências de Recursos	2000	2003	2006	2009
União	14.542.512,60	21.245.830,13	31.386.233,91	42.740.175,11
Cota-parte FPM	12.901.809,63	19.434.215,23	30.731.776,86	42.099.253,75
Cota-parte ITR	44.295,80	39.892,40	61.446,55	86.541,88
Lei Completem. 87/96	1.640.702,97	1.771.722,50	593.010,50	554.379,48
Estado	30.961.653,28	41.165.237,76	52.215.334,45	68.307.019,63
Cota-parte ICMS	25.139.097,82	34.303.264,15	40.107.100,69	49.333.422,11
Cota-parte IPVA	4.973.662,15	6.224.304,67	11.405.366,17	18.216.347,04
Cota-parte IPI Exportação	848.893,31	637.668,94	702.867,59	757.250,48
Total (União + Estado)	45.504.165,88	62.411.067,89	83.601.568,36	111.047.194,74

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS e elaboração do autor

4.2. O gasto social público da saúde em Montes Claros

A evolução da despesa liquidada com saúde em Montes Claros que em 2000 representava R$ 42,3 milhões de reais passou para R$ 159,2 milhões em 2009. Ao fazer a atualização monetária destes gastos com saúde com a correção levando-se em conta o IPCA, calculado pelo IBGE verifica-se que o crescimento desta despesa terminou o ano de 2009 em R$ 87,4 milhões, representando um crescimento real da despesa da ordem de 106,5%, neste período. Pode-ser destacar ainda que a variação anual desta despesa no período teve um crescimento negativo em 2001 e 2009, conforme demonstra a TAB 12 e 18.

Ao confrontar a receita com a despesa em saúde no município de Montes Claros nota-se que todo o recurso que é arrecadado automaticamente é destinado às despesas com saúde. Uma pequena diferença pode-se notar entre a despesa liquidada e despesa paga em face de que esta última se apresenta com valores menores porque algumas despesas liquidadas não são pagas no exercício, ficando uma parcela como restos a pagar, a ser quitado no exercício seguinte.

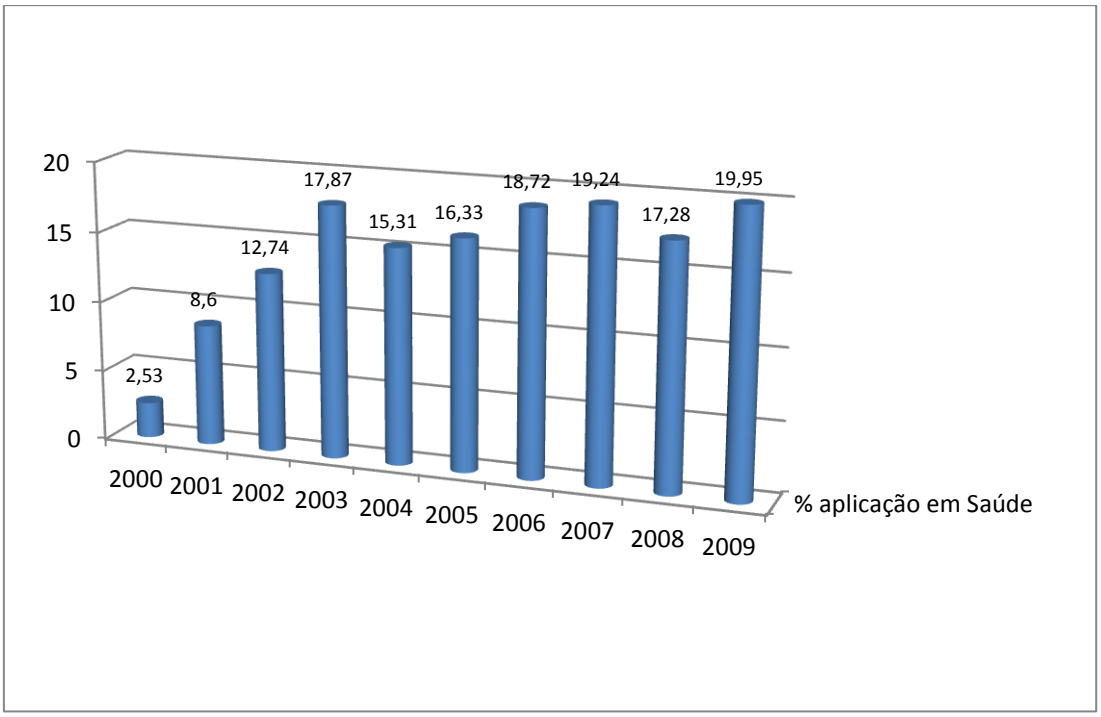

Gráfico 3: Percentual de Aplicação de Recursos Próprios do Município de Montes Claros na Saúde, de acordo com a EC 29, no período de 2000-2009

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

Pela legislação atinente à espécie constante na Emenda Constitucional 29/2000, com relação à aplicação mínima do percentual de recursos na saúde com referência a arrecadação das receitas correntes, todo município brasileiro deve aplicar o mínimo de 15% em ações da saúde, a partir de 2004. Como se observa no GRAF 3, Montes Claros vem atendendo este dispositivo legal, desde aquela data, saindo de um percentual de aplicação anual de 2,5% em 2000 para 19,95% de em 2009.

Ressalta-se que este percentual ainda que seja cumprido na perspectiva desta legislação, não tem sido suficiente para fazer face às demandas de saúde que a população vem apresentando, neste período. Haja vista a grande espera que existe por parte dos usuários para se conseguir, consultas e exames na rede de atendimento vinculada ao SUS, em Montes Claros.

Quando se compara a cobertura de atendimento à população em abril de 2007 existiam 52 unidades de serviços como centros de saúde/unidades básicas de saúde já em 2009 pode-se depreender que existiam 86 unidades básicas de saúde, sendo que 58 destas eram ESF, conforme TAB 3 e 20; mas que ainda são insuficientes para o atendimento à demanda existente. A proporção da população coberta pelo ESF em 2001 era de 20%, em 2006 esta taxa havia subido para 33,8% e em março de 2009 era de 55,83% (Brasil, 2011 d).

A população cadastrada nas ESF, através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) em 2001 era de 63.927 passando para uma população de 178 mil em 2009, distribuídas em 56.865 famílias. Há que se fazer uma distinção entre população coberta pela ESF e a população cadastrada. Normalmente a primeira se refere aquela população que se encontra dentro da capacidade de atendimento das equipes ou que o acesso e o serviço encontra-se disponível para uso da população, enquanto que a população cadastrada é aquela que efetivamente recebeu a visita da equipe de saúde da família. (Brasil, 2011 d).

Se se fizer uma avaliação tomando-se a quantidade preconizada pelo Ministério da Saúde para número de famílias a serem atendidas por cada ESF tem-se em Montes Claros 980 famílias, em média por cada Unidade de ESF quando o preconizado é aproximadamente 3.000 famílias. Com este dado apenas de cobertura por ESF poder-se-ia inferir que o nível de eficiência destas unidades está muito baixo.

Na perspectiva de uma mudança no atendimento é preciso se sair de um sistema fragmentado de atenção à saúde para a evolução de um sistema que possa operar em redes que sejam integradas voltadas para atenção primária à saúde.

4.3. Evolução do gasto por grupo de natureza da despesa

Quando se analisa a despesa pública tendo em vista a sua natureza, de um lado diz-se que a alocação do recurso foi destinada para pagar os gastos correntes com o pessoal e encargos trabalhistas, com as outras despesas para a prestação dos serviços de saúde ao cidadão, representado por pagamentos de hospitais, exames, remédios dentre outros gastos afetos à área.

De outra forma ainda faz parte da natureza da contabilidade pública se discriminar as despesas de capital e, neste caso, basicamente está se configurando o valor que é destinado aos investimentos em construção de prédios para abrigar as unidades físicas de atendimento à saúde, representada pelos centros de saúde, laboratórios de análises, máquinas, equipamentos e aparelhos utilizados no atendimento à população.

O gasto com saúde considerando-se pobres e ricos no Brasil, as famílias pobres gastam mais com saúde de forma relativa do que as famílias mais ricas. Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF, de 2002, os 10% mais pobres gastavam quase 7% de sua renda na rubrica saúde; já os 10% mais ricos gastavam 3% (Médici, 2011).

Analisando a evolução das despesas de saúde por sua natureza para o município de Montes Claros, vai se perceber que em 2000 dos R$ 42,3 milhões alocados na despesa total com saúde, R$ 40,9 milhões foram destinados a despesas correntes, sendo

que R$ 7 milhões foram para o pagamento de pessoal e encargos. Enquanto apenas R$ 1,4 milhão foi destinado ao investimento (TAB 16).

Em 2009 este quadro em relação ao investimento piorou vez que foi investido em construção civil, máquinas e aparelhos diversos apenas R$ 594,8 mil, representando 42% do valor investido em 2000, dez anos atrás. No ano de 2003 o investimento foi inexpressivo, no valor de R$ 55,3 mil. Em 2006 foi feito um investimento de R$ 2,1 milhões. Isto demonstra o baixo valor que vem sendo investido para equipar a saúde municipal, o que reflete em uma escassez de unidades físicas para fazer o atendimento à saúde da população de forma satisfatória. A TAB 16 demonstra estes dados com maior detalhamento.

Tabela 16: Evolução das Despesas de Saúde por Grupo de Natureza da Despesa, em Montes Claros, em valores correntes, no período de 2000 a 2009

Descrição	2000	2003	2006	2009
Despesas Correntes	40.918.166,28	64.508.387,65	108.675.983,00	158.615.718,11
Pessoal e Encargos Sociais	7.166.076,24	12.650.099,52	29.782.999,00	48.512.744,50
Juros e Encargos da Dívida	0	0	0	0
Outras Despesas Correntes	33.752.090,04	51.858.288,13	78.892.984,00	110.102.973,61
Despesas de Capital	1.418.476,64	53.373,36	2.190.984,00	594.830,07
Investimentos	1.418.476,64	53.373,36	2.190.984,00	594.830,07
Total de Despesas	42.336.642,92	64.561.761,01	110.866.967,00	159.210.548,18

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

A TAB 17 mostra com maior clareza a situação do baixo nível de investimento que vem sendo verificado neste período, na saúde em Montes Claros, onde se investia em despesas de capital 3,35% caindo em 2009 para 0,37% ao ano, em relação a despesa total com saúde. Parcela expressiva dos recursos é destinada a outras despesas correntes, variando entre 79% a 69% entre 2000 e 2009, respectivamente. Nestas despesas estão pagamentos aos hospitais e clínicas que prestam serviços ao SUS, além das despesas com a atenção básica realizada pelas unidades de saúde da Prefeitura Municipal deste município.

Tabela 17: Participação Percentual da Evolução das Despesas de Saúde por Grupo de Natureza da Despesa em Montes Claros, no período de 2000 a 2009

Descrição	2000	2003	2006	2009
Despesas Correntes	96,65	99,92	98,02	99,63
Pessoal e Encargos Sociais	16,93	19,59	26,86	30,47
Juros e Encargos da Dívida				
Outras Despesas Correntes	79,72	80,32	71,16	69,16
Despesas de Capital	3,35	0,08	1,98	0,37
Investimentos	3,35	0,08	1,98	0,37
Total de Despesas	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS e elaboração do autor

As despesas com pessoal e seus respectivos encargos trabalhistas tem crescido neste período de aproximadamente 17% em 2000 para 30% em 2009, das despesas totais com saúde. Portanto, com um crescimento nestes dez anos analisados de quase 80%, o que induz a que o contingente de agentes públicos a serviço da saúde cresceu de forma relevante, uma vez que se constata que não ouve crescimento real nos salários dos agentes públicos que vem trabalhando na saúde, no período compreendido por esta análise.

4.4. Gastos com saúde por subfunção

O gasto com saúde por subfunção elucida como está sendo feita a destinação dos recursos alocados na saúde por grandes funções específicas com relação à finalidade das ações que estão sendo implementadas no atendimento às demandas dos usuários.

Como pode ser percebida na TAB 18 a maioria dos recursos nos dez últimos anos vem sendo aplicados na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que em 2000 desprendeu R$ 23,2 milhões de reais e em 2009 este valor foi da ordem de R$ 114,8 milhões. Já os gastos em atenção básica que em 2004 eram de R$ 9 milhões de reais, registrou um dispêndio de R$ 32,3 milhões em 2009.

Tabela 18: Participação Percentual da Evolução das Despesas de Saúde por Subfunção em Montes Claros, no período de 2000 a 2009

Anos	Atenção Básica	Assistência Hospitalar Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções	Total da Despesa em Valores Correntes
2000	-	54,86	-	-	-	-	45,14	42.336.642,92
2001	-	65,27	-	-	-	-	34,73	44.232.430,47
2002	-	59,02	-	-	-	-	40,98	53.068.528,84
2003	-	63,46	-	-	-	-	36,54	64.561.761,01
2004	12,47	74,26	1,72	0,34	3,16	0,00	8,06	72.802.317,91
2005	13,34	75,69	0,18	0,40	2,80	0,00	7,58	90.893.572,97
2006	18,29	73,08	0,35	0,79	2,92	0,00	4,57	110.866.967,21
2007	20,51	70,13	1,26	1,48	3,03	0,00	3,60	127.775.860,52
2008	20,15	70,58	0,72	1,46	2,74	0,00	4,35	152.026.045,02
2009	20,35	72,14	0,66	1,29	2,45	0,00	3,11	159.210.548,18

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS e cálculo do autor

Há que se ressaltar que, segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica resolve 80% dos problemas de saúde, e o que se vê da TAB 18 é que a participação percentual da despesa de saúde nesta função ao longo do período de 2004 a 2009 que de 12,4% foi para 20,3%; o que leva a concluir que não está sendo dada a prioridade necessária para alocação de recursos numa área indispensável para o bom atendimento à saúde da população, no município de Montes Claros.

De outra forma se observar os dispêndios com a assistência hospitalar e ambulatorial, no período de 2000 a 2009 ver-se-á que este item da despesa está absorvendo entre 54,8% e 72,1% dos recursos totais alocados na saúde. Ou seja, tem-se uma inversão de valores, pois é sabido que a prioridade maior para resolução dos problemas de saúde da população deve estar na atenção básica e, para isto é indispensável se contar com a decisão do gestor em seu orçamento, priorizando também este segmento.

4.5. Descentralização e gestão municipal da saúde

O sistema de saúde implementado no Brasil após a Constituição Federal de 1988, requer uma expressiva participação dos municípios para que sejam efetivadas as suas principais ações de saúde, tendo em vista que o cidadão vive no ambiente municipal e, é neste local que surgem as suas principais necessidades de atendimento à saúde.

A consolidação da descentralização do SUS passa necessariamente pelos municípios que se constituem em gestores locais da saúde. O fortalecimento destas

unidades operacionais – municípios são indispensáveis para o bom atendimento ao cidadão na área da saúde.

Em sua gestão os municípios se encarregam de gerir toda a rede municipal de atenção básica, fazendo a articulação com outras unidades de assistência a saúde de maior complexidade, além de outras unidades de apoio diagnóstico e a rede de hospitais, que lhes prestam serviços de saúde. Há que se destacar ainda que o município seja responsável pelas ações coletivas de prevenção e vacinação.

Uma das atividades importantes para o gestor municipal é o planejamento de suas ações no sentido de evitar o desperdício de recursos e buscar melhor eficácia, eficiência e efetividade para implementação de ações voltadas para a promoção da saúde de sua população. É preciso que este planejamento seja feito de forma participativa e procurando envolver as áreas fins e meios da saúde, com especial atenção para o envolvimento da população a ser beneficiada.

Deve existir um estreito entrosamento entre as áreas fins - técnicas, que são aquelas que disponibilizam e atendem diretamente a população tais como: clínicas diversas, enfermagem, etc. e as áreas meios – planejamento, jurídico, financeiro-contábil, manutenção, materiais, medicamentos, transportes e serviços gerais, etc.

Como escreve Magalhães Junior (2001: 18) sobre a interação na área da gestão municipal da saúde "é fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura".

O município de Montes Claros é caracterizado com Gestão Plena do Sistema Municipal, desde 1º de janeiro de 1999, portanto responsável direto pela atenção básica, média e alta complexidade.

Este município adota o modelo de gestão da administração direta, estabelecido pela legislação atinente ao SUS para todos os municípios, que são atividades desenvolvidas diretamente pela administração pública municipal. Em se tratando de saúde isto diz respeito ao "planejamento e a definição de políticas, a vigilância sanitária e epidemiológica, a regulação, o controle, a avaliação e a gerência do Fundo[41] e do próprio sistema de saúde" (BRASIL, 2009: 89).

A saúde municipal tem como o seu gestor maior o Prefeito Municipal, eleito diretamente para um mandato de quatro anos, que nomeia como gestor diretamente ligado à saúde o Secretaria Municipal de Saúde, o qual conta com a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, que, por sua vez para maior autonomia administrativo-financeira criou o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

[41] Fundo Municipal de Saúde é uma personalidade jurídica criada pelo município para fazer a administração direta da gestão dos recursos destinados à saúde com autonomia administrativa e financeira.

O sistema municipal de saúde conta ainda com o apoio na gestão dada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) que integra o sistema de gestão municipal da saúde, sendo que este atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas municipais de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, conforme pesquisa realizada pelo próprio autor junto a essa Secretaria e, conforme a Lei Complementar Municipal nº 12, de 03 de março de 2007, tem em sua estrutura organizacional quatro Diretorias, distribuídas em planejamento e acompanhamento; assistência à saúde; apoio operacional e a do Fundo Municipal de Saúde. Estas diretorias contam com as seguintes divisões administrativas: controle e regulação; informação, educação e comunicação; coordenação de programas de saúde da família; coordenação de unidades básicas; apoio operacional; materiais e patrimônio; licitação e compras; contabilidade e controle orçamentário; planejamento; vigilância epidemiológica, odontologia, vigilância sanitária; saneamento e controle de zoonoses; recursos humanos e as Unidades de atendimentos de atenção básica à saúde da família. Por sua vez estas Divisões contam com 43 seções operacionais (Brasil: 2007).

Quanto ao quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, conforme o Relatório de Gestão da Saúde de 2009, esta unidade administrativa contava com 2.436 servidores públicos, sendo que destes 1.411 são efetivos, 975 contratados e 50 comissionados.

4.6. Participação social na gestão dos recursos

O Conselho Municipal de Saúde é a instância legalmente prevista para se estabelecer a participação social de forma direta na estrutura legal do poder executivo, que se constitui no gestor municipal do SUS. É um órgão permanente de caráter deliberativo, normativo, fiscalizar e proporciona o controle social no sistema municipal de saúde, através da avaliação e controle da execução da política pública municipal de saúde (Brasil, 2005).

Sua competência na gestão municipal na área da saúde, apesar de estar ligado a formulação, controle e avaliação, deve estar atenta às funções e competências prescritas de uma gestão que, são, dentre outras: planejamento, orçamentação, normatização, gestão, direção, operacionalização, controle e avaliação.

Este Conselho é uma das garantias da participação social dos usuários do sistema, bem como de todos os envolvidos no processo de gestão da saúde.

Por seus estatutos estão previstas as seguintes competências explícitas, dentre outras:

> i) atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; ii) traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às

> diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços; iii) fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 1991: 4)

A legislação federal que ordena e normatiza a constituição e formação dos Conselhos de Saúde e a participação da comunidade no sistema de saúde, está consignada na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Para o caso do Estado de Minas Gerais é o Decreto Lei 32.568 de 05 de março de 1991, o qual normatiza o Conselho Estadual de Saúde deste estado.

Existem alguns questionamentos quanto a efetividade de atuação deste tipo de conselhos, quanto a sua influência e controle social direta na gestão pública, por exemplo,

> "A reforma [administrativa brasileira] não democratizou o funcionamento dos aparelhos de Estado, imprimindo na verdade um caráter manipulador à gestão participativa que se considerava em curso. Os controles sociais da gestão pública ou não existiam de fato, ou eram ainda basicamente formais, bastante precários e limitados" (Cardoso Júnior et al 2010: 222).

No caso do Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros, este se encontra regulamentado pelo Decreto Lei 1.150 de 16 e Mario de 1991, que criou o Conselho; alterado pelo Decreto Lei 1.193 de 06 de janeiro de 1992 (Brasil, 1991 a, 1992).

Ele tem representatividade dos usuários, prestadores de serviços, governo e profissionais de saúde. Metade dos conselheiros é representante dos usuários; e a outra metade pelos outros segmentos mencionados; tendo como seu presidente o Secretário Municipal de Saúde. Este Conselho se reúne ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que for necessário.

É composto por 24 conselheiros representantes da sociedade, a saber: i) instituições de governo, de prestadores de serviços e de profissionais do setor: Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria Regional de Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Faculdade de Medicina da UNIMONTES, Rede Filantrópica, Rede Privada Conveniada, Sindicato dos Médicos de Montes Claros, dois representantes dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (Psicólogos, Sociólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Veterinários e Farmacêuticos), Associação Brasileira de Odontologia – Regional Montes Claros (ABO), dois representantes dos Profissionais de Nível Médio e Elementar da Área de Saúde; ii) Entidades de usuários: Associação Comercial e Industrial de Montes Claros / Sociedade Rural de Montes Claros, Trabalhadores Rurais, Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher, Pastoral da Criança, Associação dos Deficientes Físicos, Pastoral da Saúde, Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, União das Associações de Moradores de Bairros, Vilas e Distritos de Montes Claros (UNAMOC), Movimento em Defesa dos Favelados (MDF) e três representantes das Centrais Sindicais (Brasil, 2005).

Quando as deliberações deste Conselho se referiram a formulações de estratégias que estão mais afetas a questões administrativas na área do gestor municipal, estas

devem ser articuladas com o governo municipal buscando que sejam homologadas para a sua efetiva implantação.

Evidente que as diversas representações previstas para atuarem neste Conselho se constituem nos legítimos representantes de interesses de seus representados, devendo estabelecer estreito relacionamento com suas respectivas entidades retornando a estes as deliberações do Conselho e também no sentido de colher as recomendações que devam ser implantadas para o bom andamento das ações de saúde, de conformidade com as necessidades da sociedade. Desta interação entre o conselho, seus membros e suas entidades estão à força política do Conselho Municipal de Saúde.

Quando os gestores municipais não estão assumindo as suas funções, este Conselho pode mobilizar forças sociais e também buscar instituição representada pelo Poder Legislativo Municipal – Câmara de Vereadores, o Tribunal de Contas, da União ou do Estado e o Ministério Público, com vistas a restabelecer o bom andamento dos serviços públicos de saúde aos usuários.

4.7. Principais indicadores de saúde do padrão SUS em Montes Claros comparados com o Brasil

Como foi definido na seção 3.1, deste trabalho, que trata dos indicadores sociais de saúde, far-se-á uma descrição analítica dos indicadores previamente escolhidos com fundamentação teórica a partir do padrão de indicadores recomendados pela SUS e Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A OMS não estabelece um padrão de indicadores ideal por país, tendo em vista que as necessidades de cada país são diferentes de acordo com as suas características sociais e demográficas de suas populações. Entretanto, será feito uma comparação destes indicadores do Brasil, estabelecidos pelo SUS, com os indicadores selecionados para o município de Montes Claros.

Para uma melhor visualização e análise construiu-se a TAB 19, na qual se baseia as análises que são feitas a seguir.

Quanto aos indicadores sociais da saúde, com relação à Taxa de Mortalidade Infantil Montes Claros vêm apresentando índices que são melhores do que os existentes no Brasil como um todo; em 2000 enquanto o Brasil tinha 27,4 Montes Claros contava com 22,2, melhorando ainda mais a performance municipal quando a data base passa para 2009, quando enquanto o Brasil reduziu seu indicador para 20, o município reduziu para 10,7. Este indicador em última instância demonstra os cuidados em saúde que se tem com as gestantes e com as crianças em até um ano de idade.

Em relação à esperança de vida ao nascer ou expectativa de vida este município passou de 72 anos para aproximadamente 75 anos de vida entre 2000 e 2009 e o Brasil teve um ganho de 70 anos para 73 anos, tendo um ganho aproximado de 3 anos de vida para seus habitantes.

Quanto ao número de filhos por mulher, indicador conhecido como taxa de fecundidade Montes Claros saiu de 2,1 para 1,9 no período; já o Brasil passou de 2,4 para 1,9. Portanto, ambos estão com este indicador abaixo da chamada taxa de reposição populacional, que segundo cálculos da OMS deve ser de 2,1 filhos por mulher para que se mantenha a população de um país constante.

Um indicador que mostra a amplitude do atendimento à população dos serviços de saúde, no que se refere à atenção básica é o percentual da população coberta pela ESF que em 2000 saiu de 20% para 56% em 2009, de sua população. No Brasil este indicador passou de 30% para 50%, ou seja, inicialmente o Brasil estava melhor do que Montes Claros, o que se reverteu esta tendência estando este município com uma cobertura melhor do que o país, no ano de 2009.

Há que se destacar ainda que uma parcela da população que não acessa ao SUS, por estar vinculado ao sistema de saúde suplementar, representada pelos planos ou seguro de saúde, que pode ser para o segmento médico ou odontológico, vem tendo seus atendimentos através do sistema privado, às vezes complementado com alguns serviços de média e alta complexidade com o SUS. Segunda a Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2009 a taxa de cobertura para estes planos de saúde suplementar alcançou no Brasil 21,7% da população; variando esse percentual entre regiões do país, com elevada concentração dos beneficiários para as regiões Sudeste e Sul (Piola et al, 2010).

Quanto ao SAMU o Brasil tem uma taxa de cobertura de 50%, para o atendimento de urgência e emergências com transporte apropriado. No caso de Montes Claros este realizou 12.686 atendimentos em 2009 (Brasil, 2009 a).

Ao analisar as variáveis epidemiológicas foi tomado os resultados apresentados por pesquisa feita pelo Ministério da Saúde para as 4 principais causas de mortes, em 2004, naquele ano e comparado com o que se verificou em Montes Claros. E, neste caso pode-se ver que Montes Claros apresenta um quadro geral melhor do que se constata no Brasil. Para o caso de morte por acidentes vasculares cerebrais em 100 mil habitantes este município tinha em 2008 39,6 mortes, para infarto agudo do miocárdio tinha 11,4 mortes, para agressões 24,3 e finalmente para diabetes militus contava com 15,9 casos de mortes para 100 mil, enquanto que o Brasil registrou em 2008 (último dado disponível) 51,6; 39,3;25,6 e 26,2 respectivamente.

Quanto aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no que se refere a taxa de desemprego, destaca-se que esta informação não se encontra disponível para o município de Montes Claros, vez que a mesma é calculada pelo IBGE apenas para as capitais do país, entretanto, pode ver que o Brasil tem diminuído nos últimos anos sua taxa de desemprego saindo de um percentual de 9,35% em 2000 para 7,14% em 2008,

em face de sua estabilização monetária de políticas macroeconômicas voltadas para geração de emprego e ganho real do salário mínimo, além de política compensatórias de renda para a população mais carente.

Em relação à pobreza Montes Claros em 2000 tinha uma taxa 34,5% enquanto o Brasil estava com 43,2% com um indicador melhor em face de ser uma cidade que concentrou renda e emprego na região. Para 2008 o Brasil teve um indicador melhorado da ordem de 30,5%, não dispondo de dados para o caso de Montes Claros neste ano.

Quanto ao analfabetismo o Brasil saiu de 12,3% para 9,9 entre o período de 2000 para 2008, sendo que Montes Claros teve uma queda em seu analfabetismo de 12,2% para 8,9%. Este indicador é de grande importância para a saúde porque repercute diretamente nas condições de higiene, limpeza e também no acompanhamento das ações de atenção básica à saúde, em especial ao atendimento em tempo adequado para as vacinações necessárias para uma ação preventiva na área de saúde.

No saneamento básico o caso do Brasil, segundo o Atlas Brasil – Abastecimento Urbano de Água, o Brasil precisará investir R$ 47,8 bilhões adicionais neste setor, sendo que destes R$ 40,8 bilhões deverão ser investidos na coleta de esgoto e R$ 7 bilhões em tratamento de esgoto. A expansão das redes de coleta é importante porque se constitui em uma das formas de reduzir a poluição das fontes de água que servem ao abastecimento humano. Para a situação geral do país tendo por base o ano de 2008, os domicílios atendidos com rede de água eram de 82,81%, de 71,3% para esgoto e de 86,6% para domicílios serviços com coleta de lixo (Brasil, 2010 b).

No caso de Montes Claros este município tinha em 2000 92,9% de seus domicílios ligados a rede geral de água, 85,6% à rede de esgoto e 91,6% com coleta de lixo, com todos estes indicadores melhores do que o Brasil. Já em 2010 este município teve melhora em seu indicador de rede geral de água chegando a 99,4% do total de seus domicílios ligadas, entretanto, seus indicadores de coleta geral de esgoto e lixo tiveram uma piora em face do aumento de domicílios em bairros mais distantes da rede central, registrando índices de 60,77% para rede de esgoto e 88,42% coleta de lixo.

A taxa média de crescimento geométrico da população do Brasil para 2000 estava em 1,64 caindo para 1,05 em 2008, e, em Montes Claros este crescimento caiu de 1,9 para 1,6. Isto tem impactos diretos na saúde em face de que acaba por repercutir em um maior número de pessoas idosas, quando combinado com diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida ao nascer; o que sem dúvida, onera a conta da saúde, por exigir maior atenção para as pessoas de maior idade.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano este município apresentou um indicador em 2000 de 0,783, sendo que o Brasil tinha um índice de 0,766.

No que se refere ao indicador de produção total por habitante, representado pelo PIB per capita Montes Claros em 2000 tinha um PIB per capita que representava 77% deste mesmo indicador para o Brasil, já em 2009 esta relação caiu para 69% o que

indica que Montes Claros vem perdendo sua dinâmica de produção per capita nestes anos considerados, em relação ao país como um todo. O último dado deste indicador em 2009 o Brasil contava com um PIB per capita de R$ 14,056,27, enquanto Montes Claros tinha R$ 9.665,14.

Tabela 19: Indicadores Sociais de Saúde no Brasil e em Montes Claros

Descrição	Unidade	Brasil		Montes Claros	
		2000	2009	2000	2009
Indicador Social de Saúde					
Taxa de Mortalidade Infantil(TMI)	%	27,4	20 (4)	22,27	10,73
Expectativa de Vida	anos	70,44	73,09(5)	72,25	74,62(4)
Taxa de Fecundidade(Nº filhos por mulher)	Nº filhos	2,36	1,89(5)	2,06(7)	1,87(4)
Porcentagem da População Coberta ESF	%	29,7	50,3	26,6	55,83
Taxa de Cobertura Vacinal(imunizações)	%	76,5	81,32	79,7(8)	95,3
SAMU - Taxa cobertura	%	-	55	-	n/d
Variáveis epidemiológicas					
Acidentes Vasculares cerebrais (1)		50,0(7)	51,6(5)	42,6(7)	39,6(5)
Infarto agudo do miocardio (2)	cem mil	35,2(7)	39,3(5)	12,5(7)	11,4(5)
Agressões	cem mil	28,5(7)	25,6(5)	10,7(7)	24,3(5)
Diabetes militus	cem mil	21,0(7)	26,2(5)	14,4(7)	15,9(5)
Determinantes Sociais da Saúde (DSS)					
Taxa média de desemprego (IBGE, 10 anos +)		9,35	7,14(5)	n/d	n/d
Pobreza (renda > 1/2 salários mínimos)	%	43,23(5)	30,58(5)	34,53	n/d
Analfabetismo (educação/ 15 anos e +)	%	12,38(9)	9,96(5)	12,2	8,88(4)
Saneamento básico (rede água/esgoto)(3)					
Rede geral de água	%	75,8	82,81(5)	92,9	99,4(10)
Rede geral de esgoto	%	44,4	71,29(5)	85,6	60,77(10)
Coleta de Lixo	%	76,4	86,60(5)	91,6	88,42(11)
População (Taxa Média de Crescimento)	%	1,64	1,05(5)	1,88	1,6(6)
IDH	0	0,766	0,813	0,783	n/d
PIB per capita	R$	6.946,35	14.056,27(4)	5.364,65	9.665,14(5)

Fonte: MS/DATASUS, IBGE e IPEA

Notas:
(1) Foram tomados os casos de maior incidência de mortes em 2004, inclui acidentes vasculares, cerebrais, isquêmicos, meorrágiocos e outros; (2) Infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração, por 100.000 habitantes; (3) esgotamento sanitário com rede coletora ou fossa séptica e coleta de lixo; (4) Para 2007; (5) Para 2008; (6) 2006; (7) 2002; (8) Não disponível para Montes Claros. Este indicador é de Minas Gerais; (9) 2001; (10) Dados da Companhia de Saneamento Básico de MG (Copasa), em dezembro de 2010; (11) Dados do DATASUS com base em famílias atendidas pela ESF em 2009.

Os indicadores de recursos na saúde indicam a magnitude da capacidade instalada existente disponíveis para fazer face ao atendimento à saúde da população e servem para avaliar o nível do recurso em analise e contribui para se estabelecer ações de planejamento de melhoria na oferta destes profissionais, se for o caso de recurso humano e outros recursos.

No caso dos recursos humanos em relação a médicos enquanto Montes Claros em 2009 contava com 10,2 médicos para o atendimento a 1.000 habitantes, o Brasil dispunha de 1,7; para enfermeiros 0,9 enquanto o Brasil contava com 0,5 e, para cirurgião dentista 1 profissional para este município e o Brasil tinha uma posição ligeiramente melhor com 1,1 cirurgião para cada mil habitantes. Há que se destacar que o município teve uma expressiva evolução no seu recurso humano com relação aos médicos e enfermeiros, pois, em 2002 contava com 3,85 médicos e com 0,3 enfermeiros para o atendimento a 1.000 habitantes. (TAB 20).

Para o caso de leitos hospitalares para 1.000 habitantes Montes Claros tem indicador melhor do que os do Brasil, verificando-se em 2005 em relação aos leitos em geral contava Montes Claros com 2,6 (2007) e o Brasil com 2,4 e, para o caso de leitos para atendimentos do SUS o município contava com 2,1 e o país com 2,0. Este indicador está mais voltado para o atendimento secundário e terciário na rede hospitalar.

Quando se observa um indicador que está mais adequado para a atenção básica, que é o caso das ESFs pode ver que Montes Claros saiu de 23 (2002) para 58 (2009), com um crescimento percentual em número de equipes de 242% enquanto o Brasil saiu de 8.503 para 30.328 com um crescimento de 357% no período em análise.

Se considerar que uma ESF atende em média 3.000 pessoas, em 2009 Montes Claros contava segundo estimativa do IBGE com 363.227 habitantes, portanto deveria ter 121 ESF. Quando se compara a existência de equipes de saúde da família, havia naquele ano 58 unidades, quando a estimativa para se atingir o total da população do município de Montes Claros seria de 121 equipes. Como meta o município deveria ter uma cobertura com equipes de saúde da família da ordem de 80% o que presume que deveria ter 96 equipes em funcionamento, portanto, ainda faltam 38 equipes a serem instaladas, o que representa um déficit de atendimento por ESF, segundo critérios previstos pelo Ministério da Saúde, no que ser refere à atenção básica.

Tabela 20: Indicadores de Recursos na Saúde de Montes Claros

	Brasil		Montes Claros	
Descrição	2000	2009	2000	2009
Recursos Humanos				
Número de Profissionais por 1.000 Hab.				
Médicos	1,4	1,7(1)	3,85(4)	10,2
Enfermeiros	0,5	0,6(1)	0,3(4)	0,9
Cirurgião dentista	0,9	1,1(1)	0,9(4)	1,0
Outros Recursos				
Leitos por 1.000 habitantes - Geral	3,0	2,4(1)	2,6(2)	2,6(3)
Leitos por 1.000 habitantes - SUS	3,0	2,0(1)	n/d	2,1
Número de Equipes Saúde da Família	8.503	30.328	23(4)	58
População coberta por ESF	29.700.000	96.100.000	81.630(5)	178.558

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

Notas: Os dados referem-se ao período mencionado como a seguir: (1) 2003; (2) 2003; (3) 2007; (4) 2002; (5) 2001.

No que se refere aos Indicadores de Gestão Econômico-Financeiros em Saúde, a despesa total de saúde por habitante no município de Montes Claros estava em 2009 em R$ 438,32, tendo este município desembolsado R$ 85,25 com recursos próprios o que representou 19,4%, quando esta participação em 2000 era de 13,5%, o que significa que o município tem investido mais em saúde, a despeito de continuar com problemas com falta de recursos financeiros, neste segmento, como demonstra a TAB 21.

Tabela 21: Indicadores de Gestão Econômico-Financeiros em Saúde de Montes Claros

Descrição	2000	2009
Despesa Total de Saúde por habitante (R$)	117,37	438,32
Despesa com recursos próprios p habitante (R$)	15,87	85,25
Participação % da despesa em relação a despesa total com saúde:		
Despesa com pessoal	0,83	30,42
Despesa serviços terceiros P. Jurídica	72,77	47,65
Despesa com investimento	4,39	0,37
Despesa com medicamentos	n/d	0,92

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS e cálculo do autor

A participação da despesa em relação à despesa total com saúde no item despesa com pessoal que em 2000 era de 0,83% passou em 2009 para 30,42, indicando um expressivo crescimento percentual nesta categoria de despesa. A saúde em Montes Claros contava em 2009 com 2.275 de recursos humanos vinculados à saúde, exceto pessoal para serviços administrativos e agentes comunitários de saúde, conforme TAB 5. A despesa com serviços de terceiros que engloba os pagamentos aos serviços de atendimento secundário e terciário (ambulatório, hospitais e análises clínicas) passou de

quase 73% para aproximadamente 48%. Quanto à despesa com investimento constata-se que este tem caído de forma relevante neste período saindo de 4,3% para 0,37%. TAB 21.

4.8. Correlação do Gasto Municipal em Saúde com Indicadores Selecionados

A correlação busca associar "até que ponto os valores de uma variável estão relacionados com os de outra", basicamente ela tem duas propriedades, a primeira com relação ao sinal que pode ser negativo ou positivo e a segunda refere-se a sua magnitude indicando sua proximidade com a "reta imaginária". Do ponto de vista de uma análise prática diz-se que "se "r" é maior que 70% ou r menor do que 70% e se "n" maior ou igual a 30, há uma forte correlação linear entre as variáveis". (Martins e Theóphilo, 2007: 125).

É também conhecida como coeficiente de correlação de Pearson. E o seu valor, expresso com a letra "r" varia de – 1,00 a + 1,00. Quanto "r" é positivo entre duas variáveis indica que com valores altos (baixos) de alguma das variáveis equivalem valores altos (baixos) da outra variável. Quanto o resultado é um "r" negativo significa que com valores altos (baixos) de uma variável equivalem valores baixos (altos) da outra variável. No caso em que o "r" é zero não há correlação, ou seja, existe ausência de correlação entre as variáveis em análise.

A partir dos dados da TAB 22, fez-se uma correlação com o gasto público municipal com a taxa de mortalidade infantil, com a esperança de vida ao nascer e com o indicador de óbitos por infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares e hipertensão.

Tabela 22: Indicadores de Saúde selecionados do Município de Montes Claros

Anos	Gasto Saúde(1)	TMI(2)	Expectativa de Vida(3)	AVC (4)
2000	137,93	21,29	72,70	44,98
2001	141,01	19,50	73,00	47,04
2002	169,85	17,93	73,00	50,85
2003	198,98	14,16	73,30	38,73
2004	220,61	13,18	73,80	52,83
2005	265,32	15,03	74,10	49,71
2006	317,68	16,00	74,40	32,53
2007	362,60	12,50	74,60	50,79
2008	424,33	12,20	74,90	35,46
2009	438,32	10,73	n.d	31,70

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

Notas: (1) Despesa liquidada total, per capita, com saúde sob responsabilidade do município. (2) TMI - Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos. (3) Expectativa de Vida ao Nascer para o Estado de Minas Gerais. (4) Óbitos por infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares e hipertensão por 100.000 habitantes.

O gasto público municipal foi correlacionado com cada uma das variáveis selecionadas para o município de Montes Claros, tomando-se as séries anuais a partir do ano de 2000 e até 2009.

Foi realizada uma análise estatística por meio do cálculo do coeficiente de Pearson. Como se observa na TAB 22, o gasto público em saúde per capita feito pelo município, no período foi crescente, saindo de R$ 137,93 para R$ 438,32; a taxa de mortalidade infantil vem caindo durante a série analisada de 21 crianças mortas por 1.000 nascidos vivos para aproximadamente 11 criança; a expectativa de vida aumentou de 73 anos para 75 anos e os óbitos por infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares e hipertensão vem oscilando no período, tendo caído de 45 mortes por 100.000 habitantes para 31 mortes.

Tabela 23: Correlação do Gasto Público Municipal com os indicadores selecionados de Montes Claros

Variáveis	Coeficiente de Correlação de Pearson
Taxa de Mortalidade Infantil	-0,83112
Expectativa de Vida ao Nascer	0,97527
AVC	-0,55925

Fonte: MS/SIOPS/DATASUS

A correlação do gasto público municipal de Montes Claros per capita com a taxa de mortalidade infantil foi negativa (-0,83112), indicando que para valores altos de gastos se teve valores baixos desta taxa, ou seja, à medida que se tem aplicações mais altas em saúde correspondem a taxas de mortalidade infantil menores.

Quanto à correlação do gasto público per capita com a expectativa de vida ao nascer o resultado foi positivo (0,97527), sendo que para valores altos de gastos se constatou valores altos na expectativa de vida, significando com isto que se constatou tendência de que ao se aplicar mais recursos em saúde há que se esperar que as condições gerais de saúde estarão melhores e, portanto, as pessoas tendem a viver mais, como se contatou neste período analisado.

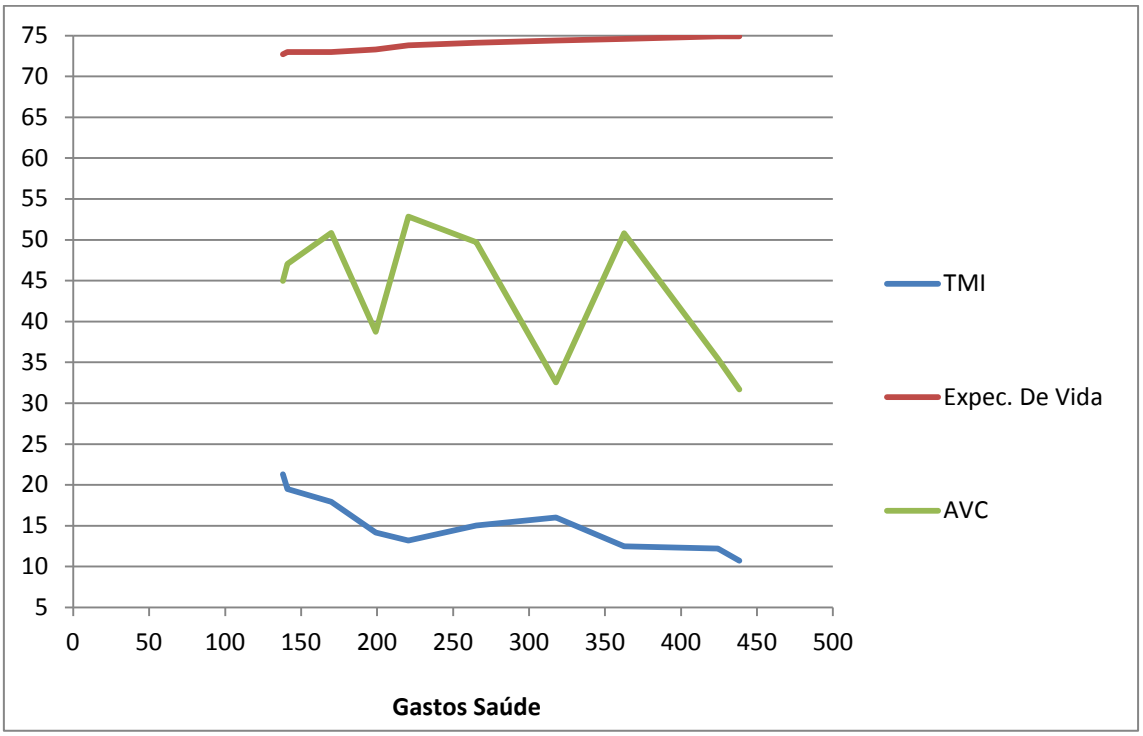

Gráfico 4: Correlação dos Gastos Público em Saúde com os indicadores selecionados

Fonte: Elaboração do autor

Já no que se refere ao indicador de óbitos por infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares e hipertensão, fazendo-se a correlação com o gasto público municipal per capita se constatou uma correlação negativa (-0,55925), entretanto, com médio coeficiente de Pearson, não significando necessariamente que aumentos em gastos públicos com saúde estejam associados a menores taxas de mortes em AVC, como se pode notar entre os anos de 2002 e 2003, o que também ocorreu entre 2006 e 2007, quando os gastos aumentaram e este indicar acompanhou a tendência de aumento, como pode ser visto na Tabela 22 e no GRAF 4.

Entretanto, há que se ressaltar que as respostas à estes gastos vem de forma defasada, ou seja, gastos em um período repercutem nos períodos imediatamente subseqüentes.

4.9. Avaliação de Fronteira de Eficiência de municípios de porte médio e gestão plena em saúde do estado de Minas Gerais

Nesta seção será utilizado um dos sistemas de avaliação de fronteira de eficiência na gestão municipal em saúde, pela aplicação da metodologia *DEA - Data Envelopment Analisys* (análise envoltória de dados), considerando as variáveis atinentes aos recursos e a indicadores que representam a produção de serviços de saúde, tendo os municípios como unidades decisórias de gestão. Este modelo é conhecido pela literatura como *DEA*, tendo como teóricos Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Destaca-se para o setor de saúde a sua utilização por Marinho (2003), em estudo focando municípios do estado do Rio de Janeiro e Lopes & Toyoshima (2010), o qual analisa o caso dos municípios de Minas Gerais; Calvo (2005) faz uma avaliação da eficiência de hospitais gerais do Estado de Mato Grosso do Sul.

Mede-se, portanto, o desempenho dos serviços de saúde dos municípios de gestão plena do sistema municipal selecionados, estabelecendo relações de eficiência com o gasto de saúde per capita, valor médio de internações, quantidade de procedimentos ambulatoriais, número médio de internações, taxa de mortalidade infantil e taxa de cobertura das equipes de saúde da família.

A metodologia para avaliação de eficiência aqui considera como *DMUs - decision making unit* (Unidade tomadora de decisão) que representam as unidades municipais tomadoras de decisões, que neste caso se constituem nos municípios selecionados pelo critério de população aproximada entre 152 a 600 mil habitantes em 2010 (Censo IBGE, 2010), como mostra a TAB 24; ser considerado um município com característica de cidade-polo de uma região; e ainda, que seja município com gestão plena do sistema municipal, considerado pelo Ministério da Saúde. Os municípios selecionados obedecem pelo menos dois destes critérios simultaneamente. Há que se ressaltar que alguns destes municípios estão localizados na região metropolitana de Belo Horizonte, constituídos pelos municípios de Betim, Santa Luzia e Ribeirão das Neves, também denominados de "cidades médias de região metropolitana" e, sofrem uma influência direta desta condição geográfica, sendo que parcelas de seus munícipes demandam e se abastecem de serviços de saúde desta capital (Andrade e Serra, 2001).

Para o caso das "cidades médias", segundo Andrade e Serra (2001) considera-se nesta tipologia aquelas cidades inclusive com a extensão de seus distritos que pela Contagem Populacional do IBGE, no ano 1991 tinham uma população entre 100 mil e 500 mil habitantes.

O desempenho dos municípios é aferido, utilizando-se a comparação de seus resultados, medidos pela quantidade de serviços ofertados e de seus consumos medidos pelos recursos que alocam na saúde com os resultados e consumos das demais unidades de decisão da amostra considerada.

De um lado, é considerada *ineficient*e a unidade decisória que se utilizando dos mesmos consumos de recursos e produza quantidades menores de produtos/serviços do que outrens; também será ineficiente a unidade decisória que proporcione os mesmos níveis de produtos e que tenha consumido maiores quantidades de recursos que outras unidades de decisão – DMU. Por outro lado a *fronteira de eficiência* é representada pelas unidades de decisões que não são dominadas por quaisquer das outras. Outra forma de mensurar eficiência, neste caso, é quando a unidade de decisão consegue obter o máximo possível de produto dado um espectro de insumos. A DEA dos municípios selecionados foi calculada considerando-se os últimos dados disponíveis, que neste caso, são dados de 2008 e 2009, exceto a população que são do último Censo IBGE 2010. Ressalta-se que estes dados com anos diferentes, entretanto, próximos uns dos outros não influenciaram os resultados em face de não representarem grandes variações nos períodos considerados para esta análise.

A análise envoltória de dados atribui um valor relativo para cada unidade (DMU) dado em escore que, normalmente varia de 0 a 1 ou 0 a 100%, sendo considerada unidade eficiente aquela que receber valor igual 1 ou 100%. O software utilizado foi o *Windows Office Excel*, ferramenta *solver*, versão 2007.

As variáveis consideradas neste estudo são: i) recursos (imputs): gasto total com saúde no município por habitante e valor médio de internações; ii) serviços (outpus): número de procedimentos ambulatoriais per capita, número de internações hospitalares per capita e taxa de cobertura da equipe saúde da família; iii) indicador de qualidade: taxa de mortalidade infantil; iv) indicador populacional e econômico: população e PIB per capita. As variáveis estão representadas em termos per capita, média ou em taxas.

No caso da taxa de mortalidade infantil que se apresenta como uma variável que se busca minimizar, que na verdade não se constitui em recurso, foi realizada a alternativa de se utilizar o inverso desta variável, representando neste caso uma maximização, resultando em maior quantidade de pessoas que sobrevivem, ou seja, reduzindo-se o número de mortes. Um procedimento análogo a este foi utilizado por Marinho (2003) no que se refere à taxa de mortalidade infantil. Para o caso das variáveis números de procedimentos ambulatoriais e número de internações hospitalares foi feito um cálculo destes indicadores totais pela quantidade da população residente.

A fronteira de eficiência em saúde por estudos mencionados por Varela (2008) sobre aplicação do modelo DEA em países da África em comparação com os da Ásia e Ocidentais, variaram entre 0,743 com um *imput* e dois outputs e 0,959 com três *imputs* e 2 *outputs*.

A eficiência de cada unidade tomadora de decisões é definida com a fórmula:

$$\text{Eficiência da Unidade i} = \frac{Soma\ ponderada\ das\ entradas}{Soma\ ponderada\ das\ saídas}$$

A solução do problema de programação linear é efetuada com a resolução para cada unidade tomadora de decisão. Esta solução é objetivada com a maximização da soma ponderada das saídas das unidades (Ragsdale, 2009).

A fórmula geral é

$$Max \sum_{j=1}^{no} OijWj$$

Sendo que Oij representa o valor da unidade i na saída j; Wj é um peso não negativo atribuído à saída j; no é o número de variáveis de saída e j varia de 1 a no.

Como restrição uma delas está em que é impossível para cada unidade ter eficiência superior a 100%. A soma ponderada das saídas das unidades seja menor ou igual à soma ponderada de suas entradas, de tal forma que a proporção das saídas ponderadas versus as entradas não seja superior a 100%. Faz-se necessário também que a soma das entras ponderadas para a unidade investigada seja igual à unidade.

Como restrição, tem-se que

$\sum_{j=1}^{no} OkjWj \leq \sum_{j=1}^{n1} IkjVj$ (1)

Ou, de forma equivalente

$\sum_{j=1}^{no} OkjWj - \sum_{j=1}^{n1} IkjVj \leq 0$ (2)

É preciso também que a soma das entradas ponderadas para a unidade que se encontra sendo investigada, que é a unidade i, seja igual a um

$\sum_{j=1}^{n1} IkjVj = 1$ (3)

Aqui o I representa o valor da unidade i na entrada j; o O representa o valor da unidade i na saída j; k é igual a 1 até o número de unidades; o Wj e o Vj representam as variáveis de decisão no problema da DEA que se busca resolver. Desta maneira, o problema na DEA é determinar valores para os pesos Wj e Vj.

Para a implementação do modelo, buscando avaliar a eficiência da unidade 1, o problema a ser resolvido é

MAX: $14w1 + 0{,}0485w2 + 0{,}7w3 + 33{,}31w4$ (coeficientes obtidos da TAB. 25)

Sujeito a: $14w1 + 0{,}0485w2 + 0{,}7w3 + 33{,}31w4 - 552{,}55v1 - 1.256{,}10v2 \leq 0$ (1)

$552{,}55v1 + 1.256{,}10v2 = 1$ (2)

$w1, w2, w3, w4, v1, v2 \geq 0$ (3)

Tabela 24: População, PIB per capita, gasto em saúde, valor médio de internações e indicadores de saúde em municípios selecionados de Minas Gerais em 2009

Uni-dade	Município	Popula-Ção(1)	PIB Per Capita(2)	Gasto Saúde(3)	Valor Médio Inter(4)	Procedim Ambulat(5)	Número Intern(6)	TMI (7)	% cobert ESF(8)
1	Betim	377.547	58.938,14	552,55	1.256,10	5.347.964	18.327	14,14	31,31
2	Divinópolis	213.076	13.902,16	465,07	1.898,81	5.824.220	10.129	9,19	24,26
3	Governador Valadares	263.594	9.884,10	387,41	1.065,12	6.187.215	18.118	15,80	46,04
4	Ipatinga	239.177	25.577,18	558,46	1.108,21	2.883.330	29.078	14,63	51,38
5	Juiz de Fora	517.872	13.715,11	412,11	1.556,62	8.517.146	47.617	15,98	55,00
6	Montes Claros	361.971	9.665,14	438,32	1.351,43	9.055.865	39.021	10,75	55,83
7	Poços de Caldas	152.496	19.137,52	592,07	1.566,00	1.710.334	10.545	10,70	52,87
8	Ribeirão das Neves	296.376	4.409,33	195,91	408,45	3.654.893	5.201	12,07	41,60
9	Santa Luzia	203.184	7.502,62	231,87	549,60	8.927.502	4.987	12,78	60,68
10	Sete Lagoas	214.071	21.391,80	341,01	897,14	3.958.713	12.207	11,63	38,89
11	Uberaba	296.000	21.279,05	330,73	1.628,36	7.609.138	21.757	11,62	55,43
12	Uberlândia	600.285	22.926,50	325,49	1.449,12	14.145.697	35.832	11,50	22,65

Fonte: IBGE, Fundação João Pinheiro, SIOPS/DATASUS

Notas: (1) População IBGE censo populacional 2010; (2) PIB per capita de 2008, em reais, IBGE e Fundação João Pinheiro (3) Gasto total com saúde em 2009, em reais, no município por habitante, Siops/Datasus; (4) Valor Médio de Internação em 2009, em reais, Siops/Datasus; (5) Número de Procedimentos Ambulatoriais em 2009, Datasus; (6) Número de Internações Hospitalares em 2009, Datasus; (7) Taxa de Mortalidade Infantil em 2009, Tabnet/Datasus (8) Percentual de cobertura do programa estratégia da saúde da família em 2009, Datasus.

A TAB 24 mostra as variáveis que estão sendo consideradas para o cálculo da DEA. A dispersão em gastos com saúde varia entre R$ 196,00 e R$ 558,00, sendo no primeiro caso o município de Ribeirão das Neves e no segundo Ipatinga; quanto a taxa de mortalidade infantil Divinópolis tinha a menor taxa com 9 e Juiz de Fora a maior mortalidade infantil com 16 para cada mil nascidos vivos, de outra forma se observa que este município possui a maior quantidade de internações hospitalares. Já quanto à população destaca-se Uberlândia como o município mais populoso; também este município efetua o maior número de procedimentos ambulatoriais. No que se refere à taxa de cobertura com ESF o destaque é para Santa Luzia com 61%, sendo que a menor cobertura é de Uberlândia com 23%. Existem 8 municípios com população entre 150 a 300 mil habitantes (Poços de Caldas, Santa Luzia, Divinópolis, Sete Lagoas, Ipatinga, Governador Valadares, Uberaba e Ribeirão das Neves); dois entre 300 a 450 mil habitantes (Montes Claros e Betim) e dois com população entre 450 a 601 mil habitantes (Juiz de Fora e Uberlândia).

Há que se destacar que Betim tem o maior PIB per capita entre os municípios analisados e ocupa a terceira posição em maiores gastos em saúde. O menor PIB per capita é o de Ribeirão das Neves, que apresenta os menores gastos em saúde.

Tabela 25: Pontuações de Eficiência de DEA para as Unidades Tomadoras de Decisões

Uni-dade	Município	Gasto Saúde	Valor Médio Internação	Procedimento Ambulatorial	Número Internações	TMI	% cober-tura ESF	Saídas	Entradas	Diferença	DEA
1	Betim	552,55	1.256,10	14	0,0485	0,07	31,31	0,502673	0,999999999	-0,497327	0,5026726
2	Divinópolis	465,07	1.898,81	27	0,0475	0,11	24,26	0,616582	1,198077727	-0,581496	0,6853868
3	Governador Valadares	387,41	1.065,12	23	0,0687	0,06	46,04	0,625612	0,779234833	-0,153623	0,8222973
4	Ipatinga	558,46	1.108,21	12	0,1216	0,07	51,38	0,942376	0,942376489	0	1
5	Juiz de Fora	412,11	1.556,62	16	0,0919	0,06	55,00	0,753659	1,008302562	-0,254643	0,9400485
6	Montes Claros	438,32	1.351,43	25	0,1078	0,09	55,83	0,943609	0,943608921	1,322E-08	1
7	Poços de Caldas	592,07	1.566,00	11	0,0691	0,09	52,87	0,681121	1,164715915	-0,483594	0,4586668
8	Ribeirão das Neves	195,91	408,45	12	0,0175	0,08	41,60	0,338926	0,338926031	3,835E-10	1
9	Santa Luzia	231,87	549,60	44	0,0245	0,08	60,68	0,429163	0,429162584	-2,97E-09	1
10	Sete Lagoas	341,01	897,14	18	0,0570	0,09	38,89	0,601236	0,668792528	-0,067557	0,8989864
11	Uberaba	330,73	1.628,36	26	0,0735	0,09	55,43	0,716274	0,969748052	-0,253474	1
12	Uberlandia	325,49	1.449,12	24	0,0597	0,09	22,65	0,629528	0,889403192	-0,259875	0,9264573
	Unidade	1,00									
	Pesos	0,0008471	0,000423	0,00186	6,15572	2,5104	0,00				
	Saídas	0,5026726									
	Entradas	1									
	Média eficiência										0,85287632

A solução mostrada pela TAB 25 traz que as unidades 4, 6, 8, 9 e 11, respectivamente Ipatinga, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Santa Luzia e Uberaba, funcionam com o nível de eficiência de 100% na perspectiva da DEA. Por outro lado as unidades restantes são menos eficiente, sendo Poços de Caldas a menos eficiente, com um valor mais baixo de eficiência (45,87%). Para o caso de Ipatinga sua eficiência está ligada à expressiva quantidade de internações hospitalares, com um razoável gasto médio em internações e com uma cobertura acima de 50% de equipes de saúde da família. Quanto ao município de Montes Claros tem expressivo número de internações hospitalares, ocupando a segunda posição, neste item, com vultosos procedimentos ambulatoriais e com uma cobertura de 56% de sua população com ESF. Santa Luzia chama a atenção por ter a maior cobertura de ESF e por conseguir a maior quantidade de procedimentos ambulatoriais per capita. O município de Ribeirão das Neves e o menor gasto per capita em saúde, bem como o menor valor médio gasto por internações hospitalares. E, por fim Uberaba por está entre os municípios eficientes em face de sua taxa de cobertura do ESF acima de 55%.

A eficiência média destes municípios é de 85,29%, o que denota uma média eficiência. Ressalta-se que Marinho (2003) considera que um nível de eficiência maior ou igual a 98% como eficiente.

Tabela 26: Regressão com População e PIB para todos os municípios selecionados

Variável dependente é o inverso do escore de eficiência

Variável	Coeficiente	Desvio Padrão	Valor -P
Constante	1,267716	0,275614	0,001291
População	-1,1E-06	7,817E-07	0,185737
PIB	1,78E-05	7,342E-06	0,038068

R^2= 0,3085

Como as variáveis População e PIB per capita estão mais afetas as relações do ambiente em que se encontram os municípios e seus respectivos gestores, fez-se uma relação utilizando-se da regressão com os escores de eficiência apurados. E estas variáveis população e valor do PIB per capita (R^2 = 0,3085) não são significativas neste modelo, por ter apresentado baixo valor de R^2. A TAB 26 apresenta os resultados da regressão em referência.

Outra forma de se dizer desta regressão é que este modelo não foi significativo em se considerando o valor P da variável população. O poder explicativo da regressão é baixo indicando que as variáveis independentes (população e PIB) explicam uma pequena proporção das variações dos escores de eficiência.

O tamanho do PIB per capita favorece os municípios, pois lhes proporciona maior capacidade de responder aos problemas, dado que a arrecadação e transferências de recursos lhes são mais favoráveis. Quanto à população aqueles municípios que têm maior população também acabam por receber maior volume de recursos em especial no que se refere às transferências constitucionais, entretanto, trazem consigo maiores e mais complexos problemas de saúde, exigindo maior infra-estrutura e logística. Segundo Marinho (2003: 530) "O tamanho da população e a eficiência caminham em direções opostas". Há ainda que se ressaltar que aqueles municípios que se encontram próximos de cidades com maior infraestrutura, como é o caso daqueles próximos a Belo Horizonte e Uberlândia que se constituem em pólos de atração, são beneficiados vez que, parcela de sua população recorre aos serviços de saúde ofertados por estes centros fornecedores de serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou analisar aspectos ligados ao financiamento e a alocação dos recursos públicos, na área da saúde para municípios de porte médio e de gestão plena como Montes Claros, no Norte de Minas, no período de 2000 a 2009. Buscou-se fazer uma abordagem relacionando o processo de desenvolvimento com a saúde, historiar a estruturação do sistema de saúde pública em Montes Claros, bem como analisar a evolução dos gastos sociais totais e *per capita* em saúde.

Inicialmente, para uma melhor compreensão sobre o processo histórico da política pública de saúde fez uma incursão sobre as principais políticas públicas adotadas pelo Brasil após a I Guerra Mundial e por algumas similaridades dos casos fez-se uma exposição sobre a experiência britânica com seu sistema de saúde pública, o qual possui semelhanças com o caso brasileiro onde o Estado desempenha papel preponderante com vistas a garantir alguns serviços básicos de saúde à sua população. O estudo mostrou os principais marcos na estruturação da política de saúde no Brasil, em Minas Gerais e no Norte de Minas.

Para responder aos objetivos específicos: (i) historiar a estruturação do sistema de saúde pública em Montes Claros - MG e analisar a evolução dos gastos sociais totais e per capita em saúde no município, no período de 2000 a 2009, em comparação com o Brasil e com os parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS), foi feita uma descrição e análise sobre a evolução e comportamento das receitas correntes, de contribuições, patrimonial, das transferências correntes e de capitais, bem como da alocação e aplicações de recursos com os gastos sociais da saúde. Prosseguindo na consecução de uma maior especificidade dos gastos públicos em saúde do município objeto deste estudo, fez análise com alguns indicadores de saúde universalmente adotados pelo Sistema Único de Saúde, comparando o estágio em que se encontra o município de Montes Claros frente aos indicadores para o Brasil. Os dados mostram que, com relação á média do país, o município de Montes Claros encontra-se próximo à média nacional e em alguns casos com indicadores com valor superior. Este é o caso dos indicadores a seguir referentes ao ano de 2009: Taxa de Mortalidade Infantil que no Brasil era de 20 mortes por mil nascidos vivos e em Montes Claros era de 10,73; porcentagem da população coberta pela Estratégia Saúde da Família 50,3% para Brasil e 55,8% para Montes Claros e a Taxa de Cobertura Vacinal, que para o Brasil era de 81,3% enquanto para Montes Claros era 95,3%.

Quanto ao segundo objetivo do estudo que consistia em (ii) verificar se o município de Montes Claros vem cumprindo as metas constitucionais na aplicação dos recursos e discutir os gastos totais e os gastos por subsetores como atenção primária, média e alta complexidade, os dados mostraram que, exceto para os anos de 2000 a 2002, quanto se aplicou entre 2,5% e 12,7%, todo o período analisado entre 2000 e 2009 o objetivo fixado de aplicação mínima de 15% das receitas correntes líquidas foi atendido.

Com relação ao grande problema econômico que é a insuficiência de recursos financeiros por parte da União, Estados e Municípios, para fazer o atendimento às necessidades de saúde da população, que requer uma priorização na alocação dos recursos, de forma especial quais os procedimentos que serão garantidos na atenção básica, em outros termos, o que deve ser financiado. Ficou explicitado que a porcentagem da população coberta pelo programa equipe de saúde da família tinha uma taxa de 55,83%, em condições de atender 178 mil pessoas, quando a população estimada pelo IBGE para o ano de 2009 era de 363 mil habitantes. Quando se compara a existência de equipes de saúde da família, havia naquele ano 58 unidades, quando a estimativa para se atingir o total da população do município de Montes Claros seria de 121 equipes. Como meta o município deveria ter uma cobertura com equipes de saúde da família da ordem de 80% o que presume que deveria ter 96 equipes em funcionamento, portanto, ainda faltam 38 equipes a serem instaladas para acompanharem as famílias nos diversos territórios do município. No que se refere ao que deve ser financiado faz-se necessário definir um conjunto de prioridades que serão ofertados de forma universal, explicitando quais os procedimentos serão disponibilizados a população, de maneira especial na atenção básica.

No que refere ao terceiro objetivo (iii) averiguar a relação entre gasto público municipal em saúde, gasto público em saúde e alguns indicadores sociais, o estudo utilizou-se da análise de *cluster* para verificar como está a aglomeração dos municípios pelas similaridades de algumas variáveis previamente escolhidas, onde se constatou que Montes Claros aparece na região como município que se distancia dos demais com relação aos parâmetros estabelecidos. Foi feito ainda um teste de correlação tendo como variáveis o comportamento dos gastos em saúde *per capita* com alguns indicadores previamente selecionados para aferir os impactos dos gastos com relação à melhoria destes indicadores. Para medir uma possível correlação entre os gastos municipais em saúde com os indicadores selecionados, constatou-se que há uma correlação negativa com a taxa de mortalidade infantil; positiva com a expectativa de vida; negativa com a incidência de óbitos por acidente vascular cerebral.

A análise do quarto e último objetivo específico que visava (iv) discutir questões relativas ao financiamento do setor da saúde após a descentralização, algumas especificidades de municípios como Montes Claros, a autonomia/dependência diante da nova arquitetura organizacional do sistema e a eficiência/ineficiência na oferta de serviços. O estudo analisou questões relativas ao financiamento do setor de saúde após a descentralização promovida pelo Sistema Único de Saúde tendo sido constatado que existe ainda uma forte dependência das transferências de recursos financeiros, em especial daquelas promovidas pela União, o que leva o município a não poder atender sua população nas suas necessidades de saúde em especial no que se refere à atenção básica. O baixo percentual com receita própria do município, frente a que a grande maioria de suas receitas destinadas a saúde advém de transferências da União e do Estado, deixam o município numa relação de dependência com estes últimos. Os dados comprovam que considerando a média anual do período de 2007 a 2009 correspondeu a

18% da receita total advinda da receita própria gerada internamente pelo município e que 70% tiveram como origem recursos transferidos pela União, tendo o Estado de Minas Gerais uma participação de 7% da receita total, destinada à saúde e, o restante de 5% refere-se a outras fontes de recursos do SUS. De modo a aprofundar a compreensão sobre as finanças públicas em saúde fez-se uma pesquisa junto atores privilegiados como representantes da Prefeitura Municipal do município objetivo deste estudo, de técnico da Gerência Regional de Saúde e de dirigente de um instituto que se constitui em uma das primeiras experiências que originou o sistema único de saúde do Brasil.

No que se refere à hipótese norteadora do estudo, que os gastos efetivados na atenção básica com saúde são menores do que os gastos com saúde em média e alta complexidade, o que está em desencontro com a orientação do Ministério da Saúde do Brasil que afirma que a atenção básica tem capacidade de resolução para 80% dos problemas de saúde. Pode-se constatar que foi gasto em média por ano com a atenção básica o correspondente a 20% dos gastos totais, enquanto na média e alta complexidade gastou-se 71%, no período de 2007 a 2009, o que comprova a hipótese levantada. É recomendável se inverter esta tendência, buscando alocar uma maior quantidade de recursos na atenção básica, onde se constata uma maior resolubilidade da maioria dos problemas de saúde, sem, contudo descuidar da média e da alta complexidade.

Discutiu-se que a saúde conta com expressivos volumes de recursos orçamentários, entretanto, por ser um segmento que tem muitas carências de infra-estrutura física e de recursos humanos, bem como de recursos para custeio com medicamentos e materiais essenciais, este recursos têm sido insuficientes além de serem geridos por um sistema que às vezes pela sua complexidade e dimensão perde eficiência e eficácia.

As duas questões de partida que nortearam este trabalho foram (***i***) quais as implicações do processo de descentralização administrativa para o orçamento público municipal no que refere aos gastos sociais em saúde e às fontes de financiamento do setor? (***ii***) qual a posição do município de Montes Claros, entre outros municípios com perfil semelhante do estado de Minas Gerais, com relação à eficiência no que refere à quantidade de serviços ofertados e de recursos que alocam em saúde?

Como resposta a primeira questão ficou explícito que o processo de descentralização administrativa para os estados e municípios transferiu as ações e atividades de saúde sem, contudo, promover também a transferência dos recursos financeiros, haja vista que a União concentra 70% dos recursos destinados à saúde, o que deixa os estados e municípios reféns do orçamento da União. Isto vem exigindo cada vez mais, um maior esforço por parte dos municípios no sentido de proverem recursos próprios para cobrirem os custos com esta atividade. Ficou explícito que o município analisado, de Montes Claros, como exemplo, vem alocando mais do que os 15% exigidos pela Emenda Constitucional 29, tendo chegado em 2009 com uma aplicação em saúde de 19,95%.

No que se refere à segunda questão, buscou-se perceber a posição de Montes Claros entre os municípios do estado de Minas Gerais selecionados pelos critérios de população (entre 150 a 600 mil habitantes); com característica de cidade-polo; e com gestão plena do sistema municipal. O estudo mostrou que Montes Claros ocupa posição de município com alta eficiência sob a ótica da aplicação da análise envoltória de dados - DEA, no que refere à quantidade de serviços ofertados e a alocação de recursos em saúde. Constatou-se que entre os municípios selecionados os mais eficientes são Ipatinga, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Santa Luzia e Uberaba e os de menor eficiência Betim, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Sete Lagoas e Uberlândia. As fronteiras de eficiência representada pelos municípios mais eficientes expressam que estes podem ser classificados como de alta eficiência, com 100% de eficiência; os municípios de Juiz de Fora, Sete Lagoas e Uberlândia são de eficiência média, com DEA entre 90% e 94%; Betim, Divinópolis, Governador Valadares e Poços de Caldos, com DEA entre 46% a 82% são aqueles de baixa eficiência.

Diante dos resultados desta pesquisa e tendo em vista estas peculiaridades, recomenda-se que para uma melhor aplicação dos recursos públicos em saúde: ***a)*** promover liberações de recursos diretamente da origem (União ou Estado) para o destino (município ou unidade produtiva) e utilização final, evitando-se a intermediação e o "passeio" de recursos; ***b)*** otimizar os recursos físicos e humanos disponíveis. Para os recursos humanos promover treinamentos constantes na área de gestão e administração, relações humanos no trabalho, capacitação na atividade-fim. Nos recursos físicos buscar a utilização de espaços públicos ociosos e promover o atendimento em turnos diferenciados por forma a ocupar o mesmo espaço por um tempo maior, o que evita sobremaneira novo investimento de capital; ***c)*** criar como "carreira de estado" com ingresso somente através de concurso público para profissionais da área médica com dedicação exclusiva a atenção básica à saúde, em nível de municípios com complementação de recursos por parte do Estado e União; ***d)*** buscar outras modalidades de gestão da saúde para combinar com a gestão pública direta, tais como: empresas públicas, autarquias, fundações públicas de direito privado, organizações sociais e, organização da sociedade civil de interesse publica. Fazer mais e melhor com o mesmo dinheiro disponibilizado***; e)*** incorporar ao sistema municipal, novas ferramentas de gestão, dando ênfase à profissionalização dos gestores e servidores a serviço da saúde. Inclusive implementando relações de trabalhos que sejam mais estáveis; ***f)*** desenvolver e implementar ações junto à rede municipal de educação básica para difundir as boas práticas de saúde preventiva, junto a essa rede educacional, por forma a atingir também, de forma indireta, seus familiares; e, ***g)*** capacitar uma equipe própria do município para o diagnóstico de problemas e a elaboração de projetos na área de saúde pública, visando a capitação de recursos financeiros extra-orçamentários para aumentar o aporte de recursos para o investimento na saúde local; e, reorganizar o sistema de saúde que atende aos idosos para se evitar colapso na atenção a esta faixa da população, tendo em vista que há uma tendência de aumento da população de idosos.

Na perspectiva de uma mudança no atendimento seria preciso sair de um sistema fragmentado de atenção à saúde para a evolução de um sistema que possa operar em redes que sejam integradas voltadas para atenção primária à saúde. E considerar a centralidade das equipes de saúde da família, adotando-a como a principal estratégia de atendimento à população.

Como não existem ainda estudos mais aprofundados sobre as experiências em saúde coletiva, desenvolvidas a partir do Projeto Montes Claros, levado a cabo na década de 1970, sugere-se investigações em especial na área da história oral, tendo em vista que vários atores encontram-se atuantes no segmento, para se registrar esta experiência que é tida como uma das inspirações do Sistema Único de Saúde que vem sendo implantado no país. Sugere-se ainda que sejam feitos estudos com abordagem sobre as questões ligadas aos conflitos de interesses entre fornecedores de bens e serviços de saúde, em especial, no segmento da alta complexidade, onde existe a demanda por alta tecnologia e, portanto, implicando em custos altos para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Jorge et al. Efeitos econômicos do gasto social no Brasil. In: Perspectiva da Política Social no Brasil. Brasília: IPEA, 2010. <Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203_comunicadoipea75.pdf> Acesso em 07.01.11

AKERMAN, Marco. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial. Revista Saúde e Sociedade. Vol. 2, n.2, pp. 85-99. São Paulo: 1993.

ALMEIDA, C. As Reformas Sanitárias nos Anos 80: crise ou transição? Tese de doutoramento. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro: 1995.

AMORIM, Ricardo L. C. et al. BRASIL: o estado de uma nação – Estado, crescimento e desenvolvimento: à eficiência do setor público no Brasil, 2007. Brasília: IPEA, 2008.

ANDRADE, Trompson Almeida e SERRA, Rodrigo Valente (Org.) Cidades médias brasileiras. Brasília: IPEA, 2001.

ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

AROUCA, A. S. Democracia é Saúde. In: Anais. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS/CD, 1986.

BACHA, Edmar e SCHWARTZMAN, Simon. Brasil: a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BORBA, Jason Tadeu et al. Org. João Ildebrando Bacchi. Monografia para economia. São Paulo: Saraiva 2004.

BRASIL. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas – Projeto. Montes Claros: IPPEDASAR, 1971.

_____. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde. 1990.

_____. Resolução nº 33/92, de 03 de dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1991.

_____. Lei Municipal 1.150, de 16 de maio de 1991. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 1991 a.

_____. Lei Municipal 1.193, de 06 de janeiro de 1992. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 1992.

_____. Lei Municipal 2.052, de 26 de junho de 1992. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 1992 a.

_____. Decreto Municipal nº 1.472, de 06 de fevereiro de 1995. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 1995.

_____. Projeto Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF/DIESF). Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros/Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

_____. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Entendendo o Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

_____. Lei Complementar Municipal nº 12, de 02 de março de 2007. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: CONASEMS, 2009.

_____. Relatório de Gestão da Saúde 2009. Montes Claros: Prefeitura Municipal de Montes Claros, Minas Gerais, 2009 a.

_____. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, nº 7, 2010.

_____. Agência Nacional das Águas (ANA). Atlas Brasil – Abastecimento Urbano de Água. Brasília: ANA, 2010 b.

_____. Lei Federal 4.320, de 17 de março de 1964. Disponível em < https://www.portalsof.planejamento.gov.br/bib/legislacao/Lei_4320.pdf> Acesso em 04.02.11a.

_____. Constituição Federal do Brasil de 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 03.02.11b.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 03.02.11c.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br > Acesso em 03.11.11d.

_____. Ministério da Saúde. Tabnet/Datasus. Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_E07.pdf>Acesso em 07.01.11e.

_____. Ministério da Saúde. SUS: Princípios e Conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em 14.02.11f.

_____. Agência Câmara dos Deputados. Brasília. Disponível em < http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/110398.html> Acesso em 14.02.11g.

_____. Normas Operacionais Básica (NOB)/SUS nº 01/91, de 07 de janeiro de 1991. NOB/SUS de nº 01/93, de 20 de maio de 1993 e NOB/SUS 01/96 de 06 de novembro de 1996. Disponível em <HTTP:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 18.02.11i.

_____.. Norma Operacional da Assistência a Saúde nº 01/2001, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em <HTTP:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 18.02.11j.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 975 , de 03 de julho de 2001. Disponível em <HTTP:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 18.02.11k.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2034 , de 07 de dezembro de 2001. Disponível em <HTTP:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 18.02.11l.

_____. Norma Operacional da Assistência a Saúde nº 01/2002, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em <HTTP:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 18.02.11m.

_____. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Lei Orgânica do Tribunal de Contas. Lei Complementar 102, de 17 de janeiro de 2008. Disponível em < http://www.tce.mg.gov.br/IMG/Legislacao/Lei%20Orgnica%20do%20TCEMG_3.pdf> Acesso em 21.02.11n.

_____. Ministério da Saúde. Glossário Projeto de Terminologia em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004o.

_____. Minas Gerais. Constituição do Estado de Minas Gerais. 13ª edição. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2011p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648 , de 27 de março de 2006. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/MODELO%20ASSISTENCIAL.htm>Acesso em 25.02.11q.

_____. Ministério da Saúde. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Disponível em <http:/www.saude.gov.br/legislacao>Acesso em 25.02.11r.

_____. Ministério da Saúde. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Maio de 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comissao_de_determinantes.pdf>Acesso em 28.02.11s.

_____. Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Informações de Orçamento de Orpamento Público da Saúde (SIOPS)/Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponível em <http:/www.saude.gov.br> Acesso em 28.02.11t.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BLUMER Herbert et AL. A Idéia de Desenvolvimento Social in Sociologia do Desenvolvimento II. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

CALVO, M. C. M. Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS). In: PIOLA, S. F.; JORGE, E. L. (Orgs.). Economia da saúde: 1o prêmio nacional – 2004: coletânea premiada. Brasília: IPEA, 2005.

CASTRO, Jorge Abrahão e CARDOSO JUNIOR, José Celso. Políticas Sociais no Brasil: gasto social do governo federal em 1988 a 2002. Cap. 6, in Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília: IPEA, 2009.

CASTRO, J. A. et al. Perspectivas da política social no Brasil. Cap. 3 e 8. Livro 8. Brasília: IPEA, 2010.

CNM - Confederação Nacional de Municípios. Estudos Técnicos CNM. Brasília: CNM, 2011.

DOMINGUES, José Maurício. A América Latina e a modernidade contemporânea: uma interpretação sociológica. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2010.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FARMER, Paul. On Suffering and Structural Violence, in: Pathologies of Power, healt, humn rights, and the new war on the poor. Universtity of California Press, Ltda, London, England: 2005.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. Políticas Públicas: Definição, Evolução e o Caso Brasileiro. Disponível em <http://serv01.informacao.andi.org.br/b6d71ce_114f59a64cd_-7fcc.pdf>, acesso em 10.11.10

FERNANDES, Ana Cristina e LIMA, João Policarpo R.Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico de Recife. Belo Horizonte: Revista Nova Economia, 16 (1), 11-47, janeiro-abril, 2006.

FERNANDES, Maria Alice da Cunha et al. Dimensionamento e Acompanhamento do Gasto Social Federal. Texto para Discussão n. 547. Brasília: IPEA, 1998.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social in: Microfísica do poder. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1982

FURTADO, Celso. Brasil: A construção interrompida. 3ª. Edição. Editora Paz e Terra. São Paulo: 1992.

GIAMBIAGI, Fábio e ALÉM, A. C. D. de. Finanças Públicas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

GIRALDES, Maria Rosário. Economia da Saúde: da teoria á prática.Editorial Estampa. Lisboa: 1977

GOBETTI, Sérgio Wulff e KLERING, Luiz Roque. Índice de Responsabilidade Fiscal e Qualidade de Gestão: uma análise combinada baseada em indicadores de estados e municípios. In Finanças Públicas: XII Prêmio Tesouro Nacional, 2007: coletâneas de monografias. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

HIRSCHMAN, Albert O. Estratégia do desenvolvimento econômico. Fundo de Cultura. Rio de Janeiro: 1961.

HUSENMAN, Samuel et. al. Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Escola Nacional de Administração Pública — ENAPE, Brasília: ENAP, 1997. P 74-87 e 99-107

IBGE. Banco de Dados - Países. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php,> acesso em 02.11.10

IPEA. Instituto Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA. Produto Interno Bruto do Brasil. Ipeadata. Disponível em http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?271488312. Acesso em 22.11.10

JACCOUD, Luciana (Org.). Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília: IPEA, 2009.

Jornal Folha de São Paulo, São Paulo: Folha *on line*. 02.03.11. Disponível em http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/Acesso em 02.03.11.

JÚNIOR, José Oswaldo Cândido. Planejamento e Políticas Públicas, IPEA. Brasília: IPEA. Nº 23, Junho, 2001.

LACOSTE, Yves. Geografia do Subdesenvolvimento: geopolítica de uma crise. São Paulo: DIFEL, 1985.

LOPES, Luckas Sabioni e TOYOSHIMA, Sílvia Harumi. Evidências do Impacto da Corrupção Sobre a Eficiência das Políticas de Saúde e Educação nos Estados Brasileiros. Viçosa: Departamento de Economia,Textos para discussão nº 8, 2010.

KLIKSBERG, Bernardo. Desigualdade na América Latina: o debate adiado. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais. In Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Economia, v. 57, n. 3, jul./set. 2003.

MARTINS, Gilberto de Andrade & THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da investigação científica para as ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas. 2007.

MARSHALL. Thomas Humphrey. (1967) Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MÉDICI, André. Proposta para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade do setor saúde In Brasil: a nova agenda social. São Paulo: LTC, 2011.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. Informa epidemiológico do SUS 2000. 9(2), 67-86. Fiocruz. Recife: 2000. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol9_2_avaliacao.pdf, acesso em 04.11.10

MORAES, Edilaine ET AL. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto oficial do abuso de álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: 19.junho.2006. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2304.pdf> acessado em 26.fev.2010.

MONT´ALVERNE, Alexandre. Seminário Internacional e Nacional sobre Descentralização e Regionalização. Brasília: Ministério da Saúde/DAD. 2009. Disponível em <saúde.gov.br/portal/saúde>acessado em 18.02.11

OCKÉ-REIS, C. O. Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho. Rio de Janeiro: IPEA, Nov. 2006 (Seminários Dimac, n. 237).

OKCÉ-REIS, Carlos Octávio et al . Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. Brasília: IPEA, TD nº 802, 2001.

PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: conferência nacional de saúde, 8. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____ Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde. Revista da ABRASCO. Rio de Janeiro: ABRASCO. Ano XXVII, nº 105, Dezembro, 2010.

PEREIRA, Ana Pereira da Silva et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 11(3), 607-620, 2006.

PEREIRA, Anete Marília. Cidade média e região: o significado de Montes Claros no Norte de Minas Gerias. 2007. Uberlândia: Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

PEREIRA, Anete Marília et al. Emergência do estudo das cidades médias em âmbito internacional e no Brasil: análise de montes claros a partir da dimensão demográfica. I Colóquio Cidade e Região: Dinâmica dos Espaços Urbanos e Rurais. Montes Claros – MG: Unimontes, 13 a 15 de setembro de 2010a.

PERROUX, François. Ensaios sobre a Filosofia do Novo Desenvolvimento. Editora Fundação Caloute. Lisboa: 1987.

PETTY, William. Obras econômicas. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1996.

PIRES, Manoel Carlos de Castro e OLIVEIRA NETO, José Carneiro da Cunha. Indicador municipal de saúde: uma análise dos sistemas municipais de saúde brasileiros. Brasília: IPEA TD 1216, 2006.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Gasto Tributário e Conflito Distributivo na Saúde. In: Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009/ Org. Jorge Abraão de Castro et al. Brasília: IPEA, 2010.

PNUD/IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000. Disponível em http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/72-indicadores-e-analises-de-desenvolvimento-humano. Acesso em 07.05.2010.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Human Development Report* 2010. New York: PNUD, 2010. Disponível em http://www.pnud.org.br/busca/index.php. Acesso em 01.03.2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf,> acesso em 20.10.10

PORTO, Sílvia Mata. Justiça Social, Eqüidade e Necessidade, in Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna (Orgs.). Brasília: IPEA, 1995.

RAGSDALE, Cliff T. Modelagem e Análise de Decisão. São Paulo: Editora Cengage, 2009.

REZENDE, Fernando. Finanças Públicas. São Paulo: Atlas, 1983.

REZENDE, Sonaly Cristina e HELLER, Léo. O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces. 2ª edição. Editora UFMG. Belo Horizonte: 2008.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Saúde Bucal Coletiva. Antonio Carlos Pereira (Org) Editora da MEDSI, 2002(prelo). Disponível em www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol_sau_sus.pdf>Acesso em 25.02.2011.

ROUSSEAU, Jean Jacques. O Contrato social e outros escritos. São Paulo: Ed. Cultrix, 1986.

RUA, Maria das Graças. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. Disponível em < htp://vsites.unb.br/ceam/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol_publicas. >acesso em 11.11.10.

SANTOS FILHOS, Milton (org.) Finanças locais e regionais. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SANTOS, W.G. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SEN, Amartya Kumar. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Vol. 17 nº (1), 2007. <Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>Acesso em 08.02.11

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Revista Sociologias. Porto Alegre: Ano 8. nº 16. Jul/Dez. 2006

TANAKA Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanessa Elias de Vanessa Elias de Oliveira. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Revista Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.7-17, jan-abr. São Paulo: 2007.

TEIXEIRA, Gilmara Emília. Faces e interfaces da pobreza e do desenvolvimento: uma análise para a cidade de Montes Claros (MG [manuscrito]. Montes Claros: PPGDS/UNIMONTES, 2007.

TIBERGEN, A. Jan. Programação para o Desenvolvimento. São Paulo: Nova Cultura, 1986.

UNIFEC (Funda das Nações unidas para a Infância). Situação Mundial da Infância 2011 – Adolescência: Uma fase de oportunidades. *New York*: Unifec, 2011. Disponível em < http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_19822.htm>Acesso em 01.03.2011

USAID (Agência dos Estados Unidos para a Cooperação Internacional): USAID no Brasil. Disponível em <http://brazil.usaid.gov/pt/node/34> Acesso em 04.03.11.

VARELA, Patrícia Siqueira. Financiamento e Controladoria dos Municípios Paulistas no Setor de Saúde: uma avaliação de eficiência. Tese Doutorado. São Paulo: USP, 2008.

VEIGA, José Eli. Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

VIANA, Ana Luiza D' Ávila et at. Política de saúde e equidade. Revista São Paulo em perspectiva. v. 17 n.1. São Paulo: 2003.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Disponível em <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf> acesso em 14.11.10.

RAWLS, J. Uma teoria da Justiça. Lisboa: Editorial Presença, 1993.

WRIGHT, James T.C. A saúde no Brasil e na America Latina. Programa de Estudos do Futuro. FEA/USP. São Paulo: 2008. Disponível em <http:/www.Fundacaofia.com.br/profuturo.> Acesso em 26.10.10