

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COLÉGIADO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

ADAUTO SANTOS CRUZ

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DA
POLÍTICA DE SAÚDE E SUA EXECUÇÃO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO PARQUE CONVEIMA NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA**

VITÓRIA DA CONQUISTA

2012

ADAUTO SANTOS CRUZ

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DA
POLÍTICA DE SAÚDE E SUA EXECUÇÃO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DO PARQUE CONVEIMA NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Fernanda Calasans

VITÓRIA DA CONQUISTA

2012

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por ter me dado saúde, inteligência, sabedoria para a realização deste trabalho.

Agradeço também a toda minha família pelo apoio incondicional e pela confiança na minha capacidade. Em especial a Lucélia minha esposa que pacientemente esteve sempre do meu lado, me apoiando e dando força em toda essa árdua atividade.

A Fernanda Calasans minha orientadora agradeço pelos ensinamentos, paciência e sabedoria ao me orientar e me motivar nesse trabalho. A todos os professores que fizeram parte de minha formação no curso.

A Esmeraldina Dias dos Santos Correia Silva, enfermeira Chefe da Unidade Básica de Saúde do Conveima, pelas preciosas informações passadas para a elaboração desta monografia.

Por fim, a meus amigos da graduação, pela amizade e companheirismo que mostraram durante todo esse intenso período.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a execução do Programa de Saúde da Família do Parque Conveima, em Vitória da Conquista, para a melhoria de vida da população, que é assistida por essa unidade. Inicialmente discorre sobre as políticas de saúde brasileiras, que passaram no decorrer da História, por várias transformações, visando a sua descentralização. Transformação que começou com a inserção do país na meta mundial de “Saúde para Todos no Ano de 2000”, com a criação da Atenção Primária no país, dado início a partir de 1982. A partir daí houve uma transformação das políticas de saúde brasileiras que privilegiavam poucos, excluindo a maioria da população, para uma política que pretende atender às necessidades de toda a comunidade, resultando na criação de programas cujo alvo é a população, como o Programa de Saúde da Família, foco principal desse estudo. São abordadas as características e as formas de financiamentos desse modelo no estado da Bahia e no município de Vitória da conquista, financiamentos esses que são feitos em parte pela União para os municípios e em outra parte com as receitas do próprio município. Em seguida, apresenta-se às principais informações e características do atendimento do Programa de Saúde da Família do bairro Conveima, onde se conclui que essa política tem auxiliado na melhoria de vida da população local. Tal fato é comprovado pela avaliação dos serviços prestados a essa população, através da exposição de dados da unidade básica de saúde, do qual as pessoas são dependentes quase que exclusivamente desse programa para o acesso aos serviços de saúde.

Palavras Chave: Proteção Social; Saúde Pública; Vitória da Conquista/BA

ABSTRACT

This paper aims to review the implementation of the Family Health Program Conveima Park in Vitoria da Conquista, to improve the lives of people, which is attended by this unit. Initially discusses health policies in Brazil, who have throughout history, through various transformations, aiming at its decentralization. Transformation that began with the country's insertion in the global goal of "Health for All by the Year 2000" with the creation of Primary Care in the country as early as 1982. Thereafter there was a transformation of the Brazilian health policies that privileged few, excluding the majority of the population for a policy that will meet the needs of the whole community, resulting in the creation of programs whose target population is, as the Health Program Family, the main focus of this study. It covers the characteristics and forms of financing that model the state of Bahia and the city of Victoria of the conquest, these loans that are made in part by the Union to the cities and elsewhere with the revenues of the municipality. Then presents the main characteristics of medical information and the Family Health Program Neighborhood Conveima which concludes that this policy has helped in improving the lives of local people. This fact is evidenced by the evaluation of services to this population by exposing data of basic health unit, which people are dependent almost exclusively for that program to access to health services.

Keywords: Social Protection; Public Health; Vitória da Conquista/BA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL - 1998 e fevereiro de 2011.....	26
Figura 2 - Cobertura populacional por equipe do Programa de Saúde da Família dos municípios baianos em 2011	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Valores nominais do salário mínimo e valor do Salário mínimo necessário e Renda domiciliar per capita baiana de 2005 a 2012.....	33
Tabela 2: Estabelecimentos de Saúde Pública na Bahia 2010.....	35
Tabela 3: Transferência de Recursos do Governo Federal para Atenção Básica em Saúde no Brasil de 2004 a 2010.....	35
Tabela 4: Número de Equipes do Programa de Saúde da Família, na Bahia, Participação do PSF Baiano no PSF Nacional e as Transferências Realizadas pela União para o PSF baiano de 1998 a 2011.....	36
Tabela 5: Cobertura estimada da população pelo Programa de Saúde da Família, Bahia de 1998 a 2011.....	40
Tabela 6: transferência fundo a fundo da União para a saúde pública de Vitoria da Conquista de 2005 a 2011.....	45
Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde Pública no Município de Vitória da Conquista-2010.....	46
Tabela 8: Equipamentos especializados existentes e em uso, em Vitoria da Conquista em 2011.....	49
Tabela 9: Numero de equipes e porcentagem de cobertura do PSF, em Vitória da Conquista - Bahia de 1998 a 2011.....	51
Tabela 10: transferências realizadas pela União para o PSF conquistense e proporção de participação no estado de 2004 a 2011.....	52
Tabela 11: Número de Profissionais que Trabalham na Unidade Básica de Saúde do Conveima, 2011.....	54
Tabela 12: Estrutura Ambulatorial da Unidade Básica de Saúde do Conveima, em 2012.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classes de rendimento nominal mensal domiciliar, Bahia 2010.....	31
Gráfico 2 - Participação dos estados no serviço de saúde pública, no Nordeste em 2009.....	34

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Capítulo 1 - Do modelo centralizado á descentralização da Saúde no Brasil.	12
1.1 Políticas Sociais e o Estado de Bem-Estar Social.....	12
1.2 Formação do Sistema Único de Saúde Brasileiro.....	17
1.3 A Descentralização da Saúde no Brasil.....	20
Capítulo 2 O Programa de Saúde da Família e suas características.	24
2.1 O Programa de Saúde da Família.....	24
2.2 O Financiamento do Programa de Saúde da Família	27
2.3 O Programa de Saúde da Família na Bahia	31
Capítulo 3 O Sistema de Saúde em Vitória da Conquista.....	42
3.1 Características Socioeconômicas e Geográficas do Município	42
3.2 Estrutura Física do Setor de Serviços de Saúde Conquistense	45
3.3 Programa de Saúde da Família de Vitória da Conquista.....	49
3.4 Estrutura do Programa de Saúde da Família do Conveima.	52
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	62

INTRODUÇÃO

A saúde provoca impactos sobre a produtividade da sociedade. Isso porque a falta dela tem influência negativa sobre a capacidade de produzir de um indivíduo. Uma pessoa doente tem sua produtividade marginal reduzida, o que ocasiona diminuição da produção da economia. Para Noronha (2005, p. 1), “quanto melhor o nível de saúde de uma pessoa, maior a sua disposição ao trabalho, havendo, portanto, uma correlação positiva entre o nível de saúde individual e sua capacidade de geração de rendimentos”.

Quando há uma redução dos rendimentos devido à saúde precária, o salário individual decresce, ocasionando também redução da riqueza da população e afetando a distribuição de renda. Isso porque o indivíduo doente, ao produzir menos, ganha menos. Enquanto que uma pessoa sadia continua produzindo muito e ganhando mais, aumentando assim esse desequilíbrio na renda e na riqueza da população.

Para melhorar a saúde da população, além de ter em mente o atendimento curativo, é preciso ter o foco direcionado principalmente para a prevenção. Isso cria a possibilidade de melhores condições de vida para o cidadão, permitindo o atendimento de suas necessidades básicas, como uma boa alimentação, que é de fundamental importância para o desenvolvimento de suas atividades profissionais.

No Brasil, na área de saúde, há uma prática de atendimento diferenciada para as classes ricas e pobres, que parece incentivar a desigualdade entre elas. Assim os componentes das classes ricas conseguem atendimentos especializados, por possuírem a capacidade de pagamento imediato, facilitando a recuperação em menor tempo do que os componentes das classes inferiores, aumentando ainda mais a desigualdade social já existente.

Nesse contexto, a população pobre fica dependendo das políticas públicas para a conservação de sua saúde, enquanto a classe rica tem tanto a opção do setor público quanto do setor privado. Quando a população de menor renda é atendida por programas públicos como o de Atenção Básica, ela consegue acesso ao serviço de saúde, resultando em uma redução dos seus gastos com saúde, disponibilizando maior parcela do seu rendimento para outras atividades, como por exemplo, investir em formação profissional o que pode resultar num aumento de sua renda no futuro. Além disso, para algumas pessoas o serviço público é a única oportunidade de acesso a saúde.

A Atenção Básica à Saúde visa o atendimento primário à população, sendo o primeiro contato da sociedade com a saúde pública, através do Programa de Saúde da Família (PSF), do Programa de Agentes de Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde Bucal.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma política do governo federal que oferece recursos necessários ao tratamento e prevenção de doenças. Esse programa tem sido o carro chefe da descentralização do SUS. Em seu início, teve como maior financiador o governo federal, que bancava com a maioria de seus recursos, sobrando para o município uma pequena parte desse financiamento.

A partir da década de 1990, o país passou por crises em sua economia aliada a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites para os gastos públicos, o que fez com que os municípios passassem a ter um extraordinário crescimento da participação no financiamento do PSF, e o governo federal reduziu drasticamente sua participação, além da esfera estadual não ter participação neste programa.

Toda essa mudança foi prejudicial para o desenvolvimento do programa devido ao baixo dinamismo das prefeituras em conseguir recursos para esse Programa, além de estarem também sobre as limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Apesar dessas dificuldades, o Programa de Saúde da Família vem crescendo em todo território brasileiro. Crescimento que é provocado pela União que, apesar de ter reduzido sua participação no programa, vem aumentando suas transferências anuais para os municípios, incentivando a implantação desse programa em todos os municípios do país.

Assim este é um estudo sobre a forma de trabalho do PSF localizado no bairro Parque Conveima no município de Vitória da Conquista, cujo objetivo é analisar a estrutura dessa política na Unidade Básica de Saúde local. Destacando a sua estrutura e funcionamento na unidade de atendimento do Parque Conveima, em Vitória da Conquista – Bahia.

Mais especificamente, o trabalho busca apresentar a formação da política de descentralização da saúde pública no Brasil; discutir as principais características e formas de financiamento do Programa de Saúde de Família; apresentar a estrutura do PSF no Município de Vitória da Conquista, analisar as condições existentes do Programa de Saúde da Família no Parque Conveima, ressaltando os possíveis alcances desse programa sobre a melhoria de bem-estar da população.

O estudo se justifica pela importância que tem o serviço de saúde no município de Vitória da Conquista que conta com uma população significativa, sendo a terceira maior do estado e que necessita das ações de saúde pública devido ao baixo nível de renda encontrado

principalmente na periferia. Além de impulsionar outros segmentos como a educação e o comércio.

A questão de interesse do trabalho é de como está organizado o Programa de Saúde da Família e como este programa funciona no Parque Conveima. A hipótese inicial é de que o Programa de Saúde da Família está organizado no modelo multidisciplinar, com a intenção de atender as necessidades da população abrangida. Este programa tem realizado grandes avanços na questão de saúde pública, apesar da necessidade da melhoria e ampliação dos serviços prestados.

Para o alcance dos resultados será realizado um estudo de caso do Programa de Saúde da Família do bairro Parque Conveima, baseado no referencial teórico que trata do PSF no SUS, além da realização de entrevista com a enfermeira chefe da Unidade, buscando apresentar a estrutura da unidade básica.

Esta monografia está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo faz uma apresentação das políticas de saúde brasileiras, que passaram no decorrer da História, por várias transformações, visando a sua descentralização. No segundo capítulo é feita a apresentação da política que materializou essa descentralização, o Programa de Saúde da Família. Este modelo precisa de financiamentos, feitos pela União para os municípios. Mostra-se também como se efetiva esse financiamento, encerrando-se o capítulo com a apresentação da situação do programa no estado da Bahia.

No terceiro capítulo é apresentado o município de Vitória da Conquista detalhando algumas de suas características socioeconômicas e geográficas. Mostra como está estruturado o sistema de saúde no município e o Programa de Saúde da Família. Atenção especial é dada para o Programa de Saúde da Família no bairro Parque Conveima, apresentando as principais informações e características do atendimento desse programa em sua área de abrangência. Por fim tem-se a conclusão do trabalho, seguido pelas referências utilizadas.

CAPITULO 1 - DO MODELO CENTRALIZADO Á DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Na tentativa de entender como funciona o sistema de saúde no Brasil, esse capítulo fará uma apresentação demonstrando que as políticas de saúde brasileiras se transformaram de uma política que privilegiava poucos, excluindo a maioria da população, para uma política que pretende atender às necessidades de toda a comunidade, resultando na criação de programas cujo alvo é a população, como o Programa de Saúde da Família, foco principal desse estudo.

1.1 Políticas Sociais e o Estado de Bem-Estar Social

Na política socioeconômica têm-se grandes objetivos a alcançar e dentro desses objetivos é rotineiro que se leve em consideração a “questão do bem-estar”, que começou a ser discutida a partir de 1830, e influencia até hoje as políticas no mundo. Essa expressão apareceu na Europa devido às grandes transformações políticas, econômicas e sociais, que ocorreram com o processo de industrialização, na tentativa de amparar os trabalhadores que se encontravam em uma classe fragmentada, alienada e submissa, ideologicamente, ao capitalismo.

O social só começou a ganhar destaque a partir da segunda metade do século XIX, quando a naturalização da miséria foi politicamente contestada. Isso porque, até então, a pobreza era considerada como um fenômeno normal para a sociedade, de modo que praticamente não haviam políticas para mudar essa realidade. Talvez a exceção seja a Lei dos Pobres inglesa, promulgada em 19 de Dezembro de 1601, pela Rainha Isabel I, que tinha como princípios- “a) a obrigação do socorro aos necessitados; b) a assistência pelo trabalho; c) a taxa cobrada para o socorro aos pobres (poor tax); d) a responsabilidade das paróquias pela assistência de socorros e de trabalho” (GUEDES apud GRAÇA, 2000, p. 24). Com o fracasso dessa política e com as lutas sociais, criaram-se demandas de outras políticas que se configuraram como questão social.

Questão social foi uma expressão que “começou a ser utilizada, por volta de 1830, e constitui-se em torno das grandes transformações econômicas, sociais e políticas, ocorridas na Europa e desencadeadas pelo processo de industrialização” (COUTINHO *et al*, 2004, p. 27).

No que se refere às políticas sociais, é possível caracterizar a atuação do Estado em três momentos. O primeiro é o do Estado Liberal, a partir de meados do século XVIII, onde a

participação da sociedade no governo era restrita, e o governo usava a política do *Laissez Faire*, deixando o mercado livre para se guiar. Essa política foi fortemente defendida pelos precursores da Escola Econômica Clássica, que teve como fundador Adam Smith. Segundo Brue (2006), Smith era grande defensor da ordem natural e da liberdade, o que incluía a defesa do livre mercado. Para Smith o papel do Estado na economia.

[...] devia de ser reduzido, sendo esta confiada à auto regulação do mercado. O Estado deve limitar-se a facilitar a produção privada, a manter a ordem pública, fazer respeitar a justiça e proteger a propriedade. Smith defende ainda a concorrência entre os privados, num mercado livre, acreditando que os seus interesses naturalmente se harmonizariam em proveito do coletivo (RABELLO, 2012, p. 25).

Assim segundo a teoria dos Sentimentos Morais de Adam Smith, quando um participante da economia busca seus interesses pessoais, esse indivíduo estaria melhorando a vida de toda população, por isso não haveria necessidade da interferência do governo no mercado. Só no ano de 1880 apareceram as primeiras ideias do Estado de Bem-Estar¹, com o Estado começando a intervir na produção e distribuição de bens. Este é um período de expansão desses modelos de política social, que ganharam força após 1945, no período da segunda guerra, fase que “está conectada a disseminação das ideias de John Maynard Keynes, que pregava o crescimento econômico num contexto de intervenção estatal no sentido de melhor distribuir a renda nacional” (ROCHA, 2011, p. 365).

Em seguida, por volta de 1970, tem-se o terceiro momento de caracterização da atuação do Estado, no qual aparece o Neoliberalismo que tem como característica o predomínio dos interesses financeiros, a desregulamentação dos mercados, as privatizações das empresas estatais e o distanciamento do Estado de Bem-Estar Social, para a redução do endividamento público, consequência dos gastos públicos com as políticas sociais.

O Estado do Bem-Estar Social surgiu como forma de implantação e expansão de políticas sociais. Dois modelos foram predominantes na história mundial: o modelo bismarckiano e o modelo beveridgeano. Ambos serviram de fonte para a criação e expansão das ações governamentais para atender as demandas sociais de seus habitantes, principalmente daqueles com baixo nível de renda.

¹ Não há um modelo único de Estado de Bem-estar. A literatura sobre o tema, em geral, apresenta algumas tipologias de funcionamento e fundamentação do Estado de Bem-estar. Uma dessas tipologias frequentemente apresentada é a elaborada por Esping-Andersen (1991). Segundo este autor, há três tipos de regimes: o regime liberal, onde predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social; o regime corporativista, onde predomina a preservação das diferenças de status, sendo os direitos ligados a classe e ao status; e o regime sócio-democrata, que buscava promover a igualdade com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas.

O modelo Bismarckiano foi criado na Alemanha Imperial durante a década de 1880, e é considerado o marco inicial do Bem-Estar Social contemporâneo. Esse modelo tinha um cunho seletista, pois “no princípio, seus únicos beneficiários eram os operários industriais, considerados como uma categoria social que compartilhavam os mesmos interesses” (FARIA, 2007, p. 55).

Tal tipo de proteção era fundamentada no argumento de que esses operários eram os financiadores do sistema social do país. O Brasil empregou esse modelo na área de saúde, quando estava sob o domínio da Ditadura Militar, no qual quem tinha o direito de utilizar os serviços públicos de saúde era o trabalhador que contribuísse com a previdência social, direito que se expandia para seus dependentes.

Atualmente, no Brasil, em áreas como a de saúde e educação, predomina um sistema universal de política pública para os habitantes do país, não importando se este possui algum vínculo empregatício ou não. Esse é o modelo beveridgeano que “concebia um Estado de Bem-Estar cuja principal função seria compensar os indivíduos pela perda de salários” (FARIA, 2007, p. 58), um modelo que proteja o cidadão da destruição ou interrupção da capacidade de possuir renda. Tal modelo sugere a introdução de benefícios e serviços para os cidadãos sem qualquer tipo de discriminação.

Esse modelo despontou no pós-guerra, tendo como autor o Inglês Sir William Beveridge, que sempre mostrou interesse pelos estudos nas áreas sociais, com preocupação pela classe menos favorecida e pela questão do desemprego. Beveridge era servidor público e trabalhou na reforma dos mecanismos de seguridade social do Estado inglês desde a criação dos primeiros programas de seguro contra a doença e o seguro desemprego (FARIA, 2007).

Seguindo esta tendência social, ele tecia críticas ao modelo vigente (o modelo bismarckiano) antes do fim da Segunda Guerra Mundial. Uma das principais razões para a defesa da ampliação da atuação do Estado era evitar a decadência da Inglaterra no pós-guerra, proporcionando condições mínimas de sobrevivência para a população, amparando-a nos períodos de grandes taxas de desemprego, altas taxas de mortalidades, além das enfermidades provocadas pela guerra.

A proposta beveridgeana estava amparada em três pilares: os serviços de saúde, o pleno emprego da mão de obra e o abono das famílias. O objetivo era assegurar a formação de sistema uniforme e universal de seguridade social, que propunha

[...] a inclusão de todos os cidadãos, classificados por grupos segundo as causas da instabilidade econômica a que estavam sujeitos em um sistema uniforme e universal

de seguro social [...] As pensões teriam valor fixo e uniforme e a exigência de comprovação de carência deveria ser abolida (FARIA, 2007, p. 58-59).

Apesar de se iniciar na Inglaterra, o modelo se expandiu para outros países, inclusive para o Brasil, sendo hoje um dos direcionadores das políticas sociais nacionais. Pode-se perceber esta influência nas políticas realizadas dentro do território brasileiro, como a criação do Sistema Único de Saúde, que deixa de privilegiar alguns grupos, como era no passado, e passa a ser universal. Com essa mudança, o sistema passou a amparar todos os habitantes do país. E seguindo esse modelo até o presente momento, o Brasil está tentando alcançar plenamente a universalidade dentro do sistema de saúde, com a “Descentralização da Saúde” que se encontra em curso atualmente.

Para conseguir planejar políticas de bem-estar a sua população, o governo tem de pensar em alguns padrões mínimos, que seria uma renda mínima, uma alimentação básica, condições adequadas de saúde, habitação e educação para os seus cidadãos, permitindo, assim, que a população consiga desenvolver suas atividades cotidianas e profissionais. A oferta de tais ações é um direito político do cidadão. Esses direitos não são tão respeitados pelos governantes, pois esses preferem uma população que dependa de “favores políticos” em troca de votos nas eleições, mantendo assim a população em seus domínios, reforçando a ideia de que as poucas ações que são realizadas não passam de grandes favores destes para a sociedade.

O modelo de Estado do Bem-Estar começou a apresentar dificuldades para continuar se desenvolvendo no mundo, por não encontrar condições para financiar tal tipo de política. O Estado começa a entrar em crise, devido a fatores que permeiam o contexto mundial. Para alguns, esses fatores estão relacionados a aspectos demográficos como o aumento da expectativa de vida e a diminuição da natalidade, o que contribuiu para um envelhecimento da população mundial. Consequentemente, houve redução no financiamento das ações do Estado, principalmente no que se refere ao sistema previdenciário, pois são os trabalhadores que financiam parte desse sistema, que passa a ter mais compromissos, com um maior número de aposentadorias, se endividando. Esta situação foi agravada, ainda pelas crises na economia mundial, como os choques do petróleo ocorridos nos anos 1970, que abalaram a economia dos países e a capacidade de financiamento dos Estados.

Com isso, entre as décadas de 1970 e 1980, o cenário político-econômico internacional sofreu grandes alterações. O Neoliberalismo ganha espaço, tendo como principais percussores Margaret Thatcher, no Reino Unido, no ano de 1979 e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, em 1980, além da Alemanha com Helmut Kohl, em 1982. As ideias neoliberais também

alcançaram principalmente as nações menos desenvolvidas, como o Brasil e iniciando pelo Chile.

O Neoliberalismo surgiu como uma provável solução para as crises econômicas do sistema capitalista de produção. Essa corrente de pensamento incumbia ao mercado o controle econômico, demonizando o Estado e colocando-o como o grande culpado das crises, por existir uma ineficiência por parte deste em comandar o mercado e gerir suas finanças. Com isso, o pensamento liberal é resgatado e as ações individuais, nas quais cada um busca seus interesses, se fazem de modo espontâneo, sem a supervisão do processo pelo Estado. Tais ações são comandadas pela oferta e procura de seus participantes e “o mercado passou a desempenhar o papel principal na coordenação das atividades econômicas e sociais dos países capitalistas”. (FUHRMANN; 2004, p.113).

Os maiores impactos das políticas neoliberais se viram nas ações sociais, porque “o neoliberalismo impõe um conjunto de fórmulas que têm por objetivo sanar a crise fiscal dos Estados e retomar a acumulação do capital em escala internacional” (DEMO 1995 *apud* FUHRMANN; 2004, p.113). Para isso, propõe o desmonte dos Estados de Bem-Estar Social, deixando as políticas sociais em constante declínio, principalmente com relação às políticas direcionadas para a população de menor poder aquisitivo, incluindo aí as políticas na área de saúde.

No Brasil, como em todo mundo, essa política provocou grandes perdas para as áreas sociais, sendo um grande golpe para as políticas públicas sociais, provocando perdas para a população que não tinha condições de pagar por serviços privados. Segundo Menicucci (2003), houve divisões dos atendimentos nos hospitais públicos, que passaram a atender a clientela dos serviços privados. O sistema de saúde brasileiro tem se caracterizado:

[...] como um sistema misto, no qual os setores públicos e privados coexistem no financiamento e provimento desses serviços. De um lado, tem-se o sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS), cuja oferta é integral, universal e gratuita. De outro, tem-se os serviços financiados pelo setor privado, onde o acesso ocorre mediante desembolso direto ou através de algum plano ou seguro saúde (NORONHA, 2005 p. 2)

Desta forma, há geração de recursos de fontes privadas, provocando uma restrição nas vagas que eram destinadas aos pacientes do SUS, deixando as pessoas que precisam desses serviços com grandes dificuldades em conseguir vagas quando necessitam. Assim, o mercado privado se tornou cada vez mais presente no cotidiano do brasileiro, presença esta

proporcionada pela abertura desse setor ao capital privado que tem sido financiado pelos convênios com o SUS.

As ações políticas nacionais do Brasil, durante os anos de 1980 ressaltaram uma peculiaridade das políticas de Saúde Pública do final desse período. Enquanto crescia no mundo e no Brasil um modelo que tem como foco a eliminação da participação do Estado na economia, com vista a diminuir seu investimento em qualquer ação que possa interferir no mercado, o país formulava uma política de Estado de Bem-Estar na área da saúde para atender a população sem condições financeiras para arcar com os diversos tratamentos. Dá-se início então ao Sistema Único de Saúde, o SUS

1.2 Formação do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

A formação do Sistema Único de Saúde no Brasil foi influenciada pelo debate mundial sobre a saúde de 1978, ano que foi realizada uma conferência internacional, na cidade de Alma-Ata na extinta União Soviética, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a participação de 134 países. Nessa conferência foi estabelecida uma meta mundial que era “Saúde para Todos no Ano de 2000”, visando que todos os países tivessem uma Atenção Primária à Saúde, até o ano de 2000. Por Atenção Primária À Saúde entende-se:

[...] os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, s.p).

Na época da reunião, o Brasil estava vivendo a influência do II PND (Programa Nacional de Desenvolvimento), que implantou uma política econômica contracionista, com redução dos gastos públicos sociais. Essa política objetivava a industrialização do Brasil, mesmo que fosse em detrimento das políticas sociais. O país estava sob o regime militar, que segundo Aleixo (2002, p. 2), “privilegiava um modelo setorial na saúde centralizada no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais”. Este modelo era financiado pelos trabalhadores formais com recursos provenientes da carteira de trabalho assinada. A assinatura da carteira era o pré-requisito necessário para o atendimento dos titulares e dependentes, deixando os demais cidadãos a mercê de uma minúscula oferta de

serviços privados, até então existentes, com o Estado praticamente se isentando das políticas públicas de saúde. Por isso o Brasil não participou da reunião, que visava uma saúde universal. Mas, para não ficar de fora do contexto político internacional, procurou adotar essa nova proposta de política de saúde.

Na área da saúde, as ações são muito complexas por conterem externalidade positiva, que surge quando a ação de uma das partes beneficia a outra. Para Pindyck e Rubinfeld (2002, p. 631.) as externalidades “podem surgir entre consumidores, entre produtores e entre consumidores e produtores”. No caso da saúde, a maior dificuldade é que a qualidade da saúde do indivíduo não depende só dele, mas também do comportamento dos outros componentes da sociedade, como no caso de epidemias, por exemplo.

Devido a essa dificuldade apontada no oferecimento de serviço do setor privado na área de saúde, Santos (2008) destaca que há necessidade de ações do Estado para garantir o acesso da população a um bom sistema, não podendo assim, as ações de saúde, serem delegadas somente ao setor privado.

Atuando de modo exclusivo, o mercado privado não era capaz de fornecer eficientemente os serviços de saúde, devido à presença de falhas de mercado. Santos (2008) mostra algumas destas falhas, que são: informação assimétrica, que é a inexistência de informações corretas e suficientes para orientar a decisão dos agentes econômicos, o que limita sua capacidade de agir de modo eficiente, sendo fonte de mau funcionamento dos mercados e provocando perda de bem-estar; risco moral dos assegurados, pois uma pessoa assegurada por um plano de saúde pode querer utilizá-lo sem controle; e o risco moral do provedor de serviços, já que, por receber pelo número de consultas, o provedor de serviços tende a realizar um número de consultas e procedimentos maior do que o necessário. Para Pindyck e Rubinfeld (2002), essas falhas poderão ser corrigidas com incentivo às empresas que trabalhem na área de saúde para que aumentem sua eficiência, com acréscimo ou redução de taxaço, por exemplo.

Em 1982, durante o governo de João Figueiredo, a política monetária implantada, que era restritiva, gerou uma recessão, o que contribuía para reduzir a intenção de criar políticas sociais. Mesmo assim, foi dado o primeiro passo para a criação da Atenção Primária no Brasil, com a criação do Programa de Ações Integradas (PAI), seguido pela criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs um modelo de proteção social que garantisse o direito à saúde integral para a população, proporcionando, em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Instituído pela Constituição Brasileira de 1988, o SUS se mantém vigente até hoje. Sistema que está amparado em três princípios básicos: a universalidade do acesso aos serviços por todos os cidadãos brasileiros, a descentralização em direção aos estados e municípios e a participação popular na definição das políticas populares. A criação desse sistema foi fruto do movimento chamado de Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento

[...] nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 2010, p. 1).

Com essa mudança, a saúde se torna, de fato, um direito que todo o cidadão tem garantido pela Constituição Brasileira, formando o sistema de Proteção Social juntos com a Assistência Social e a Previdência Social. O Estado tem o dever de realizar ações para que o indivíduo consiga alcançar esse objetivo, criando assim condições para a população ter acesso a saúde, já que a mesma,

[...] 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 (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988, Artigo 196).

Na busca para conseguir oferecer à população um conjunto de ações estratégicas mínimas para a resolução de problemas mais frequentemente encontrados no território brasileiro, o Sistema Único de Saúde implementou uma política pública que trabalhasse diretamente com a população. Essa política foi a Atenção Básica à Saúde, que é uma estratégia do governo federal para a saúde pública brasileira, visando garantir ao cidadão o direito a ter acesso à saúde igualitária. Além disso, trata-se de uma política que objetiva o atendimento primário à população, promovendo:

[...] a universalização da seguridade social e do sistema público de saúde, adotada na Constituição Federal de 1988, que desvinculou o título meritório antes restrito apenas à condição de contribuinte, estendendo o seguro, a assistência social e o acesso aos serviços de saúde a outra parcela da população, antes não contemplada. (NERI; SOARES; 2008, p.1846).

Esta estratégia se constitui em um conjunto de ações que abrange a promoção e proteção da saúde, dirigido sob a forma de trabalho em equipes direcionadas para uma

população bem delimitada. A Atenção Básica é o primeiro lugar onde o cidadão deve procurar atendimento quando é acometido por alguma enfermidade. Ela é formada por três programas: o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde Bucal (PSB).

As políticas de saúde tem se expandido ao longo do tempo no Brasil, e com elas surgem dificuldades de planejamento de ações específicas para todas as regiões, já que se trata de um país grande e que possui tanta diversidade socioeconômica em seu território, precisando assim de políticas direcionadas para cada município. Assim, há necessidade de se ter ações planejadas localmente, para atender todas as especificidades de cada população. Com esse objetivo é que foi instituída a política de Descentralização da Saúde no país.

1.3 A Descentralização da Saúde no Brasil

Quando do início de sua implantação, o Sistema Único de Saúde brasileiro se caracterizava pela centralização das suas ações. Assim o governo federal efetuava transferências para os estados, que repassava para os municípios, de modo que havia poucas ações diretas dos municípios. Na tentativa de descentralizar as ações, foram criadas diversas normas, mas só em 1997 entrou em vigor a Norma Operacional Básica (NOB/96) que propunha regular os repasses financeiros e modificar o modelo de Atenção à Saúde. Com a NOB/96, “é reafirmado o papel das comissões inter-gestoras no processo de articulação entre os gestores além de estabelecer tetos financeiros para todas as esferas do governo” (CARVALHO *et al*, 2009, p.4).

Em 1997, foi criado um mecanismo de financiamento do SUS, que alterou a forma de financiamento existente. Segundo o Ministério da Saúde (2003), com essa nova sistemática, os municípios recebem diretamente do Fundo Nacional de Saúde (repassa fundo a fundo) um montante, calculado com base em um valor - per capita, assumindo a responsabilidade pela atenção básica à saúde da população de seu território. Este mecanismo foi dividido em: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB FIXO), voltado para o custeio das ações básicas de assistência à saúde; PAB Variado (Piso de Atenção Básica Variado); que financia alguns programas específicos como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Fração Assistencial e Especializada (FAE) para o custeio das ações especializadas e das ações de custo/complexidade e Renumeração de Internamento Hospitalar. O FAE consiste de valores que se destinam ao pagamento das internações hospitalares, com base na Autorização de Internamento Hospitalar (AIH).

O teto dos repasses para o município é definido com a realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre municípios, com a participação do gestor do Estado. Essa política

[...] norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir o princípio da equidade. Contempla a alocação dos recursos e explicita as responsabilidades de financiamento de custeio da assistência das três esferas de governo, a fim de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios que ofertam o serviço mediante encaminhamento formalizado e negociado entre os gestores respectivos (CONASS, 2009, p.36).

Para que se encontre viabilidade na integralização do sistema de saúde, foram criados os fóruns de negociação que são formados pelos gestores das esferas municipal, estadual e federal, constituindo a Comissão Inter-gestores Tripartite (CIT), além da Comissão Inter-gestores Bipartite (CIB) que é formada pelos gestores estaduais e municipais. Por meio dessas comissões e dos conselhos de saúde, que são formados por representantes do governo e da população do município, são definidas as ações a serem realizadas na área de saúde.

Segundo a NOB/96, o município poderá se habilitar em duas formas de gestão, sendo: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município assume a responsabilidade de:

- gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS;
- elaboração da programação pactuada e integrada;
- autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
- controle e avaliação da assistência básica.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal – o município assume a responsabilidade por:

- gestão de todas as ações e serviços de saúde no município (ambulatoriais e hospitalares);
- gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS;
- controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município;

- operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
- elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- administração da oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais era referência.

A descentralização da saúde apesar de ter sido um importante salto para a melhora da saúde pública, trás contigo algumas criticas relacionadas ao modelo, como a transferência do poder das ações de saúde para os municípios, não levado em consideração a capacidade técnica dos municípios e estados para exerce às atribuições que lhes são conferidas. Assim Em muitos casos a habilitação ocorreu de forma cartorial. Onde “o processo de habilitação dos estados nem sempre apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de exercer todas as suas funções gestoras” (SOUZA, 2002, p. 27), o que não assegurou a qualidade em todos os municípios.

Havendo, de fato, a descentralização apenas do financiamento, que se mostra caracterizada com escassez de recursos, sendo a relação “entre esferas de governo pautada em mecanismos como o pagamento por serviços prestados e o instrumento convênio estreita ainda mais as possibilidades de essa descentralização ser capaz de minimamente responder às necessidades administrativas e gerenciais do nível municipal” (ELIAS, 1996, p. 31). O sistema de saúde ainda estar longe de conseguir a descentralização da saúde, pois as políticas públicas que norteia o sistema são do âmbito federal.

Mesmo enfrentando dificuldades na questão do financiamento ainda nos anos iniciais de sua implantação, o SUS se desenvolveu e no ano de 1994 emergiu uma política que dá ênfase a Atenção Básica, o Programa Saúde da Família. A principio, este programa era concentrado na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste. Depois ele foi ampliado e hoje atende quase todo território brasileiro, estruturando a Atenção Primaria à Saúde do Brasil.

Com a insuficiência dos recursos até então existentes para o financiamento das políticas sociais na área de saúde, e em virtude de irregularidades nos repasses para esta política, em 1996 foi criada a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), taxando todas as movimentações que eram feitas nos bancos pelos usuários do sistema bancário.

A CPMF foi criada mediante a Emenda Constitucional 12/1996, que a principio definia que a receita proveniente dessa arrecadação financeira todas as ações de saúde no Brasil, sendo que todo o valor arrecadado seria utilizado neste sistema. Ela foi fortemente

combatida, por ter sua incidência sobre as pessoas mais ricas, pois são elas que fazem maiores movimentações bancárias, sofrendo assim o maior impacto financeiro, além de não serem usuários do SUS, pois geralmente estão associados aos planos de saúde privado.

A partir de 1999, a receita da CPMF foi dividida pela Emenda Constitucional 21, que destinou os recursos para além da área de saúde, direcionando-os também para a previdência social e para o programa de erradicação da pobreza. Isso descaracterizou o real sentido de criação da contribuição, que era exclusivamente para o financiamento das ações de saúde no território brasileiro. Essa contribuição chegou ao fim no ano de 2007, quando foi rejeitada, pelo Senado Federal, a proposta de prorrogação até o ano de 2011.

Apesar dessas dificuldades e das grandes diferenças ainda existente no Brasil, quando se trata de ações de saúde pública, o desempenho dessas políticas tem alcançado grandes mudanças no retrato da saúde no país, com expansões do serviço, atendendo cada vez mais pessoas e, conseqüentemente, aumentando a participação dos habitantes nesse sistema. De acordo com o DATASUS/ IPEA, a partir da Constituição Federal de 1988, há uma mudança do foco do objetivo da política que, a principio, atendia uma parte da população e que passa a atender todos sem distinção, alcançando o atendimento universal dos programas na área de saúde.

Essa expansão só foi possível com a formulação de políticas que pudessem identificar e resolver os problemas de saúde de cada comunidade isoladamente. No Brasil, a existência de diferenças regionais proporciona demandas diferentes para cada comunidade e não permite a criação de políticas únicas que alcancem todo território brasileiro, obrigando a criação de políticas que estejam próximas da população.

Com as mudanças ocorridas na forma de políticas do Bem-Estar Social da população ocorrida em todo mudo, houve uma mudança nas políticas de saúde no Brasil, que foram alteradas com a criação do Sistema Único de Saúde. Políticas que tem incentivado cada vez mais a municipalização da saúde, transferindo assim as responsabilidades para os municípios, mas ainda não se conseguiu extrair o principal objetivo dessa política que é a melhoria da qualidade de vida da população. Hoje a descentralização da saúde no Brasil é concretizada com a criação do Programa de Saúde da Família, que por ter atuação direta na comunidade, consegue mais facilmente identificar e criar soluções para os problemas de saúde pública da população local.

CAPÍTULO 2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS CARACTERÍSTICAS

Com a descentralização da saúde foi criado o Programa de Saúde da Família que visa atender aos anseios da população. Na tentativa de entender o que é o programa e os motivos dessa criação, esse capítulo faz uma apresentação demonstrando suas características e seus financiamentos. Ao final é exposto como tem se desenvolvido o programa no Estado da Bahia.

2.1 O Programa de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma política do governo federal implantada em 1994, que visa a cobertura de áreas em que a população possuía maior risco social, à princípio no Nordeste e em alguns municípios do Sudeste, e aos poucos foi se constituindo em uma estratégia estrutural para o Ministério da Saúde, se tornando um modelo essencial para a Atenção Primária à Saúde em todo o território brasileiro. A sua estrutura atende aos princípios básicos do SUS.

Esse programa tem sido o principal instrumento da descentralização do Sistema Único de Saúde, que determinou um financiamento específico da União através de transferência fundo a fundo de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, transferência que é feita automaticamente independente da existência de convênios. Os valores devem ser aplicados na saúde, em programas do SUS e também abrangem recursos da Atenção Básica.

O Programa de Saúde da Família tem um caráter multiprofissional, com uma equipe formada “por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde” (SCOREL *et al*, 2007, p.165), que trabalha em uma área espacial delimitada, com um número que varia entre 2400 e 4500 habitantes, e que atende entre 600 e 1000 famílias. Estes números são definidos de modo a possibilitar aos profissionais conhecimentos sobre as famílias com o objetivo de melhor identificar seus problemas. Essa forma de trabalho vem da

Conversão do modelo de atenção básica à saúde, que se operacionaliza por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de práticas convencionais de assistência e a incorporação de novas práticas voltadas para a família e a comunidade, com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade. Um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia Saúde da família. (SCOREL *et al*, 2007, p.169;170).

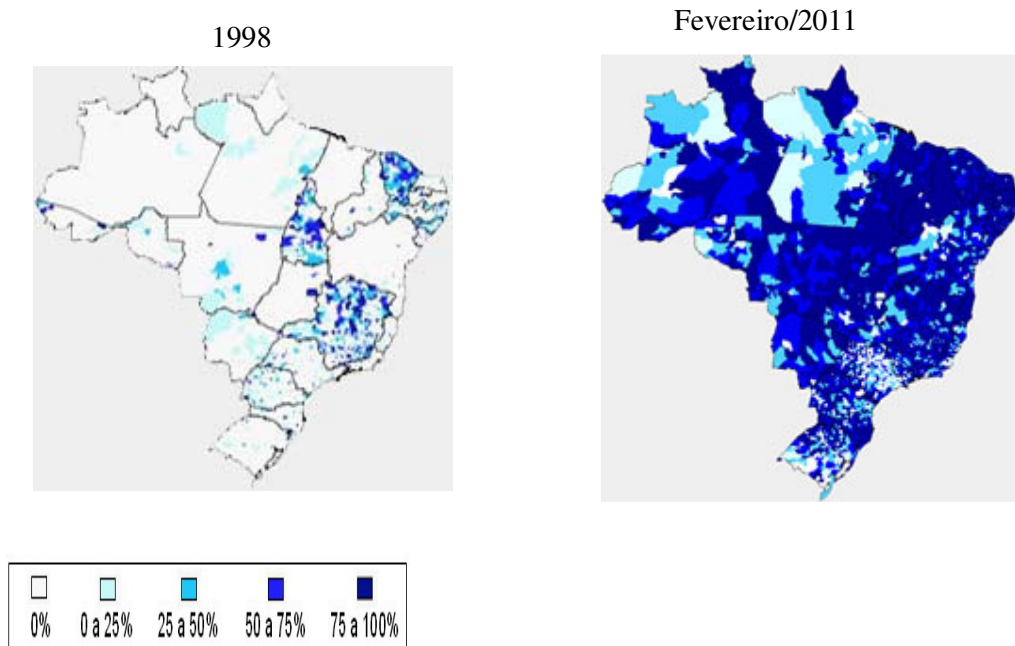
O Ministério da Saúde tem no PSF a forma de atender ao indivíduo e à família de forma integral e contínua. Com isso, pode desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população local. O PSF objetiva a mudança do enfoque da assistência à saúde, que era até então centrada no hospital, tornando este enfoque centrado na família em seu ambiente físico e social, ou seja na prevenção e não no processo de cura.

O PSF funciona com a intenção de prevenir doenças, evitando o internamento desnecessário e melhorando a qualidade de vida da população. Provoca assim uma redução da procura dos pacientes aos hospitais, melhorando o atendimento à população como um todo, tanto aos pacientes locais como aos pacientes de outras cidades.

Esse programa vem aumentando a sua cobertura gradativamente em todo território brasileiro. Em um comparativo de 1998 até fevereiro de 2011, observa-se que houve uma grande expansão do programa, que no princípio contava com um número pequeno de municípios, chegando até o presente momento a uma cobertura bem extensa no território brasileiro, atendendo a uma maior população. Na figura 1, o mapa do Brasil mostra os municípios atendidos pelo PSF no ano de 1998, e aqueles atendidos no mês de fevereiro de 2011 de acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011a).

A figura 1 mostra que em 1998 a maior parte dos municípios do Brasil não estava coberta pelo PSF, estando a maioria das cidades com 0% de cobertura, além de estar concentrado nas regiões do Sudeste e uma pequena parte do Nordeste. Situação bem diferente quando se observa o ano de 2011. Apesar de serem dados de fevereiro, já se nota uma cobertura bem ampla do território, tanto no que se refere ao número de municípios – o programa passou a atender a todas as regiões do país - quanto à elevação da cobertura na maioria das cidades para 50% a 100% de equipes.

Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família
BRASIL - 1998 e fevereiro de 2011.



Fonte: Ministério da Saúde (2011- a)

Na tentativa de melhorar a gestão do programa, o Ministério da Saúde impôs responsabilidades para as três esferas do governo no Programa Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). A esfera federal tem a responsabilidade, de:

- elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
- co-financiar o sistema de Atenção Básica;
- ordenar a formação de recursos humanos;
- propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da Atenção Básica e;

- manter as bases de dados nacionais.

Para as Secretarias Estaduais ficam as responsabilidades de

- acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
- regular as relações intermunicipais;
- coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos;
- co-financiar as ações de atenção básica e auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Para o município ficam as maiores responsabilidades frente a esse programa que são:

- definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;

- contratuar o processo de trabalho em Atenção Básica;
- manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
- co-financiar as ações de atenção básica;
- alimentar os sistemas de informação e;
- avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

2.2 O Financiamento do Programa de Saúde da Família

Para financiar a prestação de serviço de saúde para a população, os municípios contam, além de sua receita com alguns impostos de sua competência, com transferências feitas pela União e pelo Estado, repasses que podem ser divididos em três tipos: o constitucional, o legal e o voluntário.

As transferências constitucionais são recursos estabelecidos pela constituição, como as transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). As transferências legais são recursos previstos em leis específicas e podem se dividir em duas categorias: as automáticas, que consistem no repasse de recursos financeiros sem a utilização de convênio, ajuste, acordo ou contrato, mediante o depósito em conta corrente específica, aberta em nome do beneficiário, geralmente usada na área de educação, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE); e as fundo a fundo, que são um instrumento de descentralização de recursos disciplinado em leis específicas que se caracterizam pelo repasse diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios, estando aí o financiamento para a atenção básica à saúde. A lei nº 8.142/1990, art. 4º, limita os repasses dessa modalidade para os municípios que possuam:

- Fundo de Saúde;
- Conselho de Saúde;
- Plano de saúde;
- Relatório de gestão;
- Contrapartida de recursos nos respectivos orçamentos; e
- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Já as voluntárias são transferências, entre municípios a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira.

Desde 2004, o município é obrigado a repassar no mínimo 15% de sua receita, para as ações e serviços públicos de saúde. A receita sobre a qual incide esse percentual é composta pela soma das seguintes receitas, extraindo-se 15% em cima do valor encontrado:

- Receitas de Impostos Municipais
- Receitas de Transferências da União,
- Impostos de Renda Retidos na Fonte,
- Receitas de Transferências do Estado.

Este valor é o limite mínimo de gasto do governo municipal com a saúde pública, retirando desse montante o financiamento para a promoção da saúde pública local.

Essa alteração financeira e estratégica provocou a criação de programas que auxiliam na prevenção e tratamento de doenças, dentre tais aparece o Programa de Saúde da Família.

No início do Programa de Saúde da Família, o governo federal assumiu a maior parte do financiamento, o que mudou no decorrer do tempo, passando grande parte para os municípios. Para Marques e Mendes (2002), isso foi provocado pelas políticas adotadas pelo Sistema Único de Saúde, que passou para os municípios um maior domínio da gestão desses programas, com a municipalização da saúde. Ainda segundo esses autores, os recursos financeiros de origem do governo federal apresentaram mudanças substanciais a partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB/96 (um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema de saúde, que incrementa as transferências diretas fundo a fundo no campo da Atenção Básica).

Ocorreram mudanças nas políticas de saúde, como a descentralização da saúde, que levaram o governo federal a reduzir, drasticamente, suas transferências para as políticas de saúde.

[...] alterações na sistemática da participação do governo federal no financiamento da saúde pública ocorreram em parte como resultado da continuidade da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como é sabido, o avanço do SUS resultou em maior participação dos municípios no financiamento da saúde e, portanto, na queda relativa dos recursos da União, muito embora eles continuem, de longe, a ser a principal fonte de receita. Para se ter uma ideia, no período 1980-1990 o governo federal contribuía com 77,7% dos recursos gastos em saúde pública e os municípios com 9,5%, esses percentuais já haviam sido alterados em 1994 para 60% e 17% respectivamente (MARQUES; MENDES, 2002, p. 404).

Isso demonstra uma queda da participação do governo federal e de aumento da participação da esfera municipal com uma abstenção da esfera estadual.

Essa mudança no financiamento do Programa de Saúde da Família se iniciou a partir da década de 1990, com a reforma do Estado e a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites para os gastos públicos na esfera federal.

Couto (2004) afirma que a descentralização da saúde tem objetivado uma participação mais ativa dos municípios no financiamento de algumas ações públicas, mas gerou muitas contradições, pois alguns municípios não estavam preparados para assumir tais responsabilidades, o que não permite uma macroestrutura homogênea do sistema.

Toda essa mudança foi prejudicial para o desenvolvimento do Programa devido ao baixo dinamismo das prefeituras para conseguir esses recursos, pois suas receitas estão limitadas às arrecadações de alguns impostos municipais, como: Imposto Sobre Serviço (ISS), Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) e Imposto Sobre Transição de Bens Imóvel (ITBI), cobrados sobre a população, além de transferências feitas pela União e pelo Estado para o município na área de saúde.

Nesse contexto de mudanças o município foi prejudicado e se tornou ainda mais fragilizado por acordos políticos feitos pelo governo federal,

A partir do final da década de 1990, o município, entre todas as esferas de governo, é aquele mais atingido pela crise das finanças públicas. Os acordos estabelecidos com o Fundo Monetário Internacional para o controle do déficit público e o consequente monitoramento do governo federal sobre as esferas estaduais e municipais determinaram significativa contenção de gastos (MARQUES; MENDES; 2002, p. 412).

Para Santos (2008), esses acordos foram feitos na tentativa de estabilização econômica visando o crescimento sustentado do país, e somado ao alto endividamento dos países em desenvolvimento, como é caso do Brasil, ocasionando uma necessidade cada vez maior de contenção de gastos. Isso limitou ainda mais os recursos públicos, provocando um menor financiamento para o PSF.

Marques e Mendes (2002) não veem essas reduções de gastos como o único problema que afligiu o financiamento do PSF. Para eles, outro fato criou ainda mais dificuldades para o programa, que foi a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), dificuldade que ganhou proporção maior nos anos 1990, provocada pela crise nas finanças que os municípios passavam, tornando a fonte municipal de recursos problemática e insuficiente.

Essa política impôs limite maior para as contratações, pois a LRF exigia que estas fossem incluídas no limite das despesas com pessoal (54% da receita corrente líquida do município). Para tentar amenizar as críticas que eram feitas em cima dessas limitações, ao

final de 2001, o Ministério da Saúde realizou um seminário com técnicos dos Tribunais de Contas do país e,

[...] ali os participantes indicaram uma solução, de curto prazo, que garante a realização do PSF, ressaltando que não se faça apenas uma interpretação literal do texto da LRF. Entenderam que a LRF, que regulamenta os artigos 153 a 159 da Constituição Federal de 1988, não pode constringer a efetivação do direito à saúde, incluída no art. 6º como direito social fundamental (MARQUES; MENDES; 2002, p. 412).

Devido a essa escassez de recursos, o governo municipal geralmente reduz suas participações nesse programa, mesmo que isso provoque uma queda na sua qualidade em função da redução dos financiamentos federais, que é um contrassenso às reais obrigações do poder executivo, levando esses programas a não obtenção de seus objetivos. Assim,

[...] se por um lado o governo tem a obrigação de fornecer bens e serviços com o objetivo de garantir as condições necessárias para o desenvolvimento socioeconômico do país, por outro, deixou de ser viável ampliar sistematicamente os gastos para atingir tais objetivos (SANTOS; 2008, p. 4).

Apesar de, historicamente, haver uma redução da participação do governo federal no PSF, percebe-se um aumento dos gastos públicos com esse programa. De acordo com os números do Ministério da Saúde (2011b), houve, nos últimos dez anos, uma expansão do PSF, que hoje atende um número expressivo de municípios. Em 2003, havia 19.000 equipes implantadas em todo país, que atendia a 35,7% da população, com um investimento anual por equipe de R\$ 87.515,79. Nesse ano, o investimento foi de R\$ 1.662,80 milhões na estratégia saúde da família. Em 2009, chegou-se a 30.328 equipes implantadas, atendendo à 50,7% da população brasileira, com o investimento anual bem superior, no valor nominal de R\$ 5.698,00 milhões, sendo R\$ 187.879,19 por equipe.

Já as transferências feitas pelo governo federal especificamente ao PSF, apresentam consideráveis acréscimos, com valores nominais que passaram de R\$ 2.119.676.382,80 no ano de 2004 para R\$ 5.862.649.983,27 em 2011. (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2011a), um aumento de bem superior a inflação acumulada nesse período que foi de 57,25% (IBGE, 2012e).

O PSF vem sendo prejudicado pelas políticas federais, que reduzem drasticamente sua participação no financiamento do programa, havendo uma transferência para os municípios que a cada ano tem o seu peso financeiro aumentado. Acrescenta-se a isso o fato de que o município está limitado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, tornando o financiamento do

PSF muito reduzido em relação as reais necessidades, dificultando o alcance do seu objetivo que é a melhoria de vida da população mais pobre, grande beneficiária do programa.

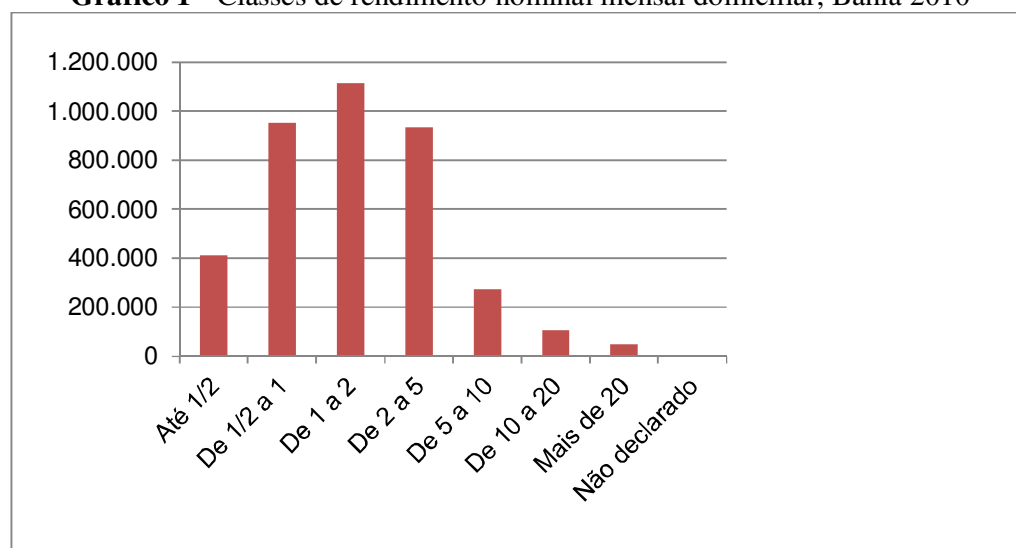
2.3 O Programa de Saúde da Família na Bahia

O Estado da Bahia se localiza na região Nordeste do país, região que tem se mostrado de grande preocupação para as políticas públicas nacionais devido a fatores climáticos e históricos. Tais fatores contribuíram para tornar essa região uma das mais pobres do Brasil, reforçando a necessidade de uma atenção maior nas ações da Atenção Básica à Saúde, e a necessidade de maiores investimentos.

O estado possui uma população, em 2010, de 14.016.906 habitantes (IBGE, 2012a), divididos em 417 municípios, dos quais se destacam: Salvador, que é a capital; Feira de Santana, a maior cidade do interior do estado; e Vitória da Conquista a principal referência para as outras cidades da região Sudoeste. Juntos, esses municípios possuem aproximadamente 25,2% do total da população estadual.

As famílias baianas possuem baixo rendimento domiciliar, de acordo com o PNAD de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O gráfico 1 mostra esse rendimento nominal domiciliar em 2010. Como se observa a ampla maioria das famílias baianas ganha entre 1 e 2 salários mínimos, o que equivale à realidade para um total de 1.113.835 domicílios.

Gráfico 1 - Classes de rendimento nominal mensal domiciliar, Bahia 2010



Fonte: IBGE (2012b).

A situação mais preocupante é o número de famílias que tem rendimentos abaixo de um salário mínimo, um total de 1.364.140 famílias nesta situação. Situação que se torna mais preocupante por se tratar de um salário incapaz de proporcionar ao trabalhador e sua família, conforme determinado na Constituição Federal (CF), a capacidade de

[...] atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, reajustado periodicamente, de modo a preservar o poder aquisitivo, vedada sua vinculação para qualquer fim (Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV).

Direito que é garantido por lei e tem sido negado à população, deixando o trabalhador com baixo poder aquisitivo. Atualmente o salário mínimo é de apenas R\$ 622,00, um valor bem abaixo do valor ideal, não atendendo às necessidades básicas dos trabalhadores e de sua família, deixando-os amplamente dependente de ações públicas para suprir suas necessidades básicas. Para o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico - DIEESE (2012) o salário mínimo sempre foi inferior ao salário necessário².

A tabela 1 mostra os valores do salário mínimo vigente e o valor do salário necessário, para atender o que estabelece a CF, calculados pelo DIEESE, para o início e fim de cada ano, desde 2005, e a renda média dos baianos nesse período. Como se observa, o valor do salário mínimo é bem inferior ao calculado pelo DIEESE em todos os anos. Em Janeiro de 2012 o valor do salário deveria ser de R\$ 2.398,82, quando não passa de R\$ 622,00. Apesar de estar levemente acima do salário mínimo, a renda média dos baianos também é preocupante, pois sempre foi inferior ao valor do salário necessário.

²Foi considerado em cada Mês o maior valor da razão essencial das localidades pesquisadas. A família considerada é de dois adultos e duas crianças, sendo que estas consomem o equivalente a um adulto. Ponderando-se o gasto familiar, chegamos ao salário mínimo necessário” (DIEESE, 2012, s.p).

Tabela 1- Valores nominais do salário mínimo e valor do Salário mínimo necessário e Renda domiciliar per capita baiana de 2005 a 2012.

Mês/ Ano	Salário mínimo		Renda domiciliar per
	nominal	Salário mínimo necessário	capita baiana
Jan/05	R\$ 260,00	R\$ 1.452,28	R\$ 341,50
Dez/05	R\$ 300,00	R\$ 1.607,11	R\$ 341,50
Jan/06	R\$ 300,00	R\$ 1.496,56	R\$ 386,12
Dez/06	R\$ 350,00	R\$ 1.564,52	R\$ 386,12
Jan/07	R\$ 350,00	R\$ 1.565,61	R\$ 403,05
Dez/07	R\$ 380,00	R\$ 1.803,11	R\$ 403,05
Jan/08	R\$ 380,00	R\$ 1.924,59	R\$ 438,87
Dez/08	R\$ 415,00	R\$ 2.141,08	R\$ 438,87
Jan/09	R\$ 415,00	R\$ 2.077,15	R\$ 463,82
Dez/09	R\$ 465,00	R\$ 1.995,91	R\$ 463,82
Jan/10	R\$ 510,00	R\$ 1.987,26	-
Dez/10	R\$ 510,00	R\$ 2.227,53	-
Jan/11	R\$ 540,00	R\$ 2.194,76	-
Dez/11	R\$ 545,00	R\$ 2.329,35	-
Jan/12	R\$ 622,00	R\$ 2.398,82	-

Fonte: DIEESE (2012) / IPEADATA (2012).

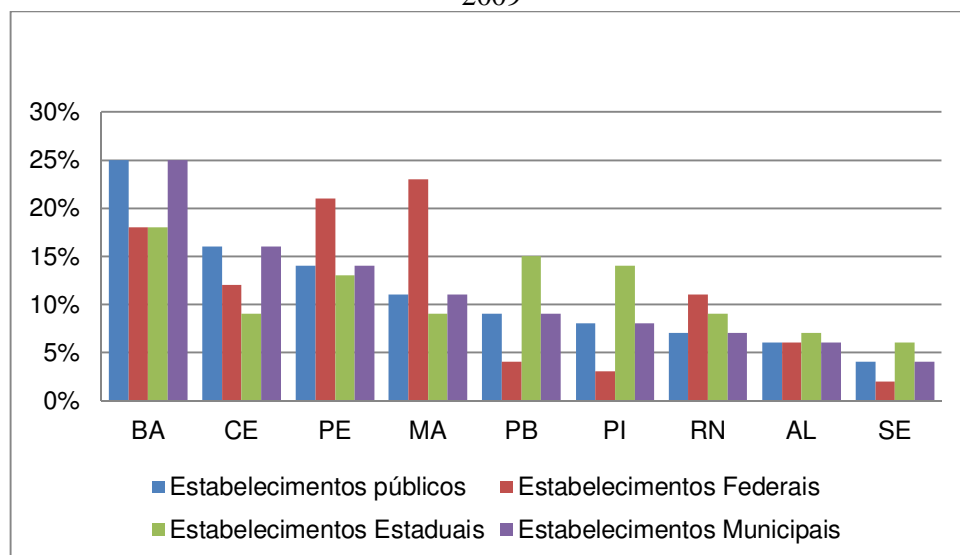
Nota: Não foram encontrados os valores da renda per capita dos baianos dos anos 2010 a 2012.

No que se refere aos indicadores sociodemográficos, a Bahia apresenta melhoria significativa quanto à expectativa de vida de sua população, superior ao índice de toda região Nordeste, em 2009. Os nordestinos tinham uma expectativa de viver 66,9 anos, enquanto os baianos nesse mesmo ano tinham a expectativa de vida por volta dos 69,4 anos, superando em mais de 2 anos a média regional. A Bahia também é o Estado com maior expectativa de vida em comparação com os outros estados nordestinos, com uma diferença de quase um ano para o segundo colocado, Sergipe, que possui uma expectativa de 68,3 anos (DATASUS, 2012a).

A Bahia também acumulava o maior número de estabelecimentos públicos de saúde do Nordeste em 2009, representando 25% do total de toda região. O gráfico 2 apresenta a participação dos estados nordestinos nos serviços de saúde pública, proporcionalmente. Nota-se que além de possuir maior proporção de estabelecimentos públicos, a Bahia também tem maior participação em estabelecimentos estaduais e municipais, o que se justifica pelo tamanho do Estado, que é o maior da região.

Ainda nota-se que há uma menor participação da esfera federal entre os estabelecimentos públicos de saúde no estado da Bahia (18%), tendo maior concentração desses estabelecimentos nos estados do Maranhão (com 23%) e Pernambuco (com 21%). Essa situação pode refletir a possibilidade de haver um nível mais avançado da política de descentralização da saúde pública na Bahia com relação aos outros estados nordestinos.

Gráfico 2 - Participação dos estados no serviço de saúde pública, no Nordeste em 2009



Fonte: IBGE (2012c)

Com a criação da lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a gestão do SUS, o poder estadual passa a ter um papel fundamental na coordenação, avaliação e no apoio técnico e financeiro aos municípios nas suas ações de saúde. Com essa nova realidade, os municípios passaram a ter um grande poder sobre as políticas de saúde em seu território, provocando uma grande concentração das instituições sobre o poder dos municípios. Essa concentração pode ser vista na tabela 2, onde se percebe que a grande maioria das instituições de saúde pública baianas é da esfera municipal, com uma participação pequena de instituições estaduais (apenas 1,44%) do total do estado. Em se tratando da esfera federal, a participação é ainda menor, chegando a apenas 0,5% do total.

Tabela 2: Estabelecimentos públicos de Saúde Pública na Bahia- 2010

Esfera	Nº de estabelecimentos	Participação no estado
Federal	25	0,52%
Estadual	69	1,44%
Municipal	4.686	98,04%

Fonte: IBGE (2012c)

A municipalização de saúde provocou também a divisão dos recursos que são destinados para o sistema de saúde pública brasileiro. Antes os recursos eram repassados para os estados que só depois repartiam entre os municípios. Essas transferências agora são feitas da união para os municípios diretamente, facilitando a realização de ações nesta área. Só em 2011³, houve a transferência de R\$ 43.911.737.062,43 para todo o setor de saúde brasileiro. Nesse mesmo período, o estado da Bahia recebeu R\$ 19.950.471.248,44 para esse mesmo fim (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2011b).

No âmbito nacional, nos últimos anos, o governo brasileiro tem feito transferências para auxiliar no financiamento da Saúde Básica no país, valores que vem aumentando gradativamente durante os anos, conforme pode ser observado na tabela 3. Esta tabela mostra as transferências feitas pelo governo federal para a aplicação da política de Atenção Básica em Saúde, a principal política nacional na área de saúde.

Tabela 3: Transferência de Recursos do Governo Federal para Atenção Básica em Saúde no Brasil de 2004 a 2010

Ano	Transferências em R\$
2004	4.356.025.477,86
2005	4.208.594.051,20
2006	6.343.367.309,32
2007	7.659.152.749,92
2008	8.644.307.449,80
2009	8.479.497.365,19
2010	9.600.256.743,38

Fonte: Portal da Transparência (2012c)

São valores que estiveram crescimento acima da inflação desse período, que foi de 47,66% segundo o IBGE (2012e). Um crescimento real que, no entanto tem se mostrado ineficiente para acompanhar a crescente necessidade da população pelas ações de saúde, evidenciando as más condições no atendimento das Unidades Básicas de Saúde, alvo de

³ Dados atualizados em Novembro 2011

muitas crítica pelos seus usuários, que é considerada como a principal ferramenta da política de Atenção Básica.

Na Bahia houve grandes variações no Programa de Saúde da Família desde sua criação, com aumento do número de equipes implantadas em todo território estadual. A tabela 4 apresenta o número de equipes desde a implantação dessa estratégia no estado, em 1998, até a última atualização do Ministério da Saúde, que é o ano de 2011. Além disso, a tabela apresenta também da participação do programa baiano no âmbito nacional e o valor das transferências do governo federal para o programa estadual.

Na tabela 4 é possível acompanhar o crescimento do programa no Estado. Esse crescimento foi acompanhado pelo aumento também dos repasses federais para os municípios. Como se pode ver em 2004 a Bahia possuía 1307 equipes do PSF, que correspondia a 6,15% do número de equipes instaladas no país, com transferência anual de 6,12% dos repasses nacionais para os municípios (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2012b).

Tabela 4: Número de Equipes e Participação do PSF Baiano no PSF Nacional em relação às Transferências Realizadas pela União para o PSF baiano, Bahia 1998 a 2011.

Ano	Nº de equipes de PSF	Participação do PSF baiano no Brasil	Valor transferências da união para o estado da Bahia, em (R\$)	Proporção das transferências
1998	10	0,49%	–	–
1999	82	1,99%	–	–
2000	249	2,93%	–	–
2001	597	4,54%	–	–
2002	862	5,16%	–	–
2003	1.093	5,73%	–	–
2004	1.307	6,15%	129.747.057,00	6,12%
2005	1.888	7,69%	180.835.315,00	8,48%
2006	2.180	8,15%	308.097.200,00	9%
2007	2.135	7,81%	403.505.592,00	9,12%
2008	2.392	8,16%	453.367.322,00	9,37%
2009	2.489	8,21%	465.967.226,00	9,32%
2010	2.683	8,47%	548.656.713,00	9,51%
2011	2.748	8,51%	549.101.684,00	9,37%

Fonte: Ministério da Saúde (2012a) / Portal da Transparência (2012b)

Nota: Não foram encontrados os valores de transferências anteriores a 2004.

Em Dezembro de 2011, o número de equipes implantadas chegou a 2748, alcançando 8,51% do número nacional (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011b, s.p), e recebendo 9,37% de todos os repasses feitos pela esfera federal para o programa (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2012b).

Todas essas transferências foram feitas pela União diretamente para os municípios, sendo uma das responsabilidades da esfera federal frente à Atenção Básica, e tem servido para ajudar no financiamento do Programa de Saúde da Família, além de incentivar a todas as prefeituras a implantarem o programa em sua cidade.

A implantação e manutenção desse programa dependem de um alto investimento das prefeituras, que precisam contratar profissionais da área. A contratação desses profissionais se torna difícil para alguns municípios, por estarem localizadas distantes dos grandes centros do Estado. Outra dificuldade enfrentada é o fato de algumas Unidades Básicas de Saúde estarem localizadas nas periferias das cidades, regiões que apresentam, não raro, alto índice de violência. Tais fatores provocam rejeição dos profissionais de saúde a atuarem nestas localidades.

Com toda essa dificuldade os profissionais querem não só maiores salários, eles exigem algumas vantagens para trabalhar, como alojamentos e transportes. São condições que tornam muito caro a contratação desses profissionais pelo município.

Todos esses empecilhos dificultam a manutenção do programa pelo município, que em alguns casos não tem receita suficiente para suprir tal necessidade. Sem a ajuda do Governo Federal, não há incentivo para criação do programa por algumas prefeituras. E com essas transferências, o governo procura incentivar a criação do programa em todas as cidades do país, com o desejo de um maior acesso da população carente ao atendimento médico.

No entanto, devido em grande parte à má gestão desses recursos, não é isso que tem se observado na prática, pois se depara com Unidades de Saúde Básica sem estrutura, com poucos médicos para atender a população que precisa desse serviço, além da demora no atendimento, situações facilmente encontradas em todo o Estado.

Para Copque e Trad (2005), apesar dos usuários estarem satisfeitos pela proximidade da relação social do programa com a população, demonstram também uma grande insatisfação com a qualidade do seu atendimento. A baixa qualidade pode estar relacionada também ao contexto político. Para Rosa e Labate (2005), a mudança periódica de prefeitos tem provocado alterações no quadro dos profissionais do PSF, comprometendo todo trabalho que está sendo implementado, impedindo o avanço das ações e a relação entre a equipe e a comunidade, foco principal do programa. Nesse sentido,

[...] parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitoreiras (ROSA; LABATE, 2005, p.1033).

Baixa qualidade do atendimento pode ser delegada a questão da distribuição das responsabilidades pelas esferas, que precisam se interagir, tendo maior participação de todas, na melhoria das finanças e da gestão do programa, não passando quase toda responsabilidade aos municípios. Assim, eles não conseguem manter a qualidade do PSF em seu território, reforçando

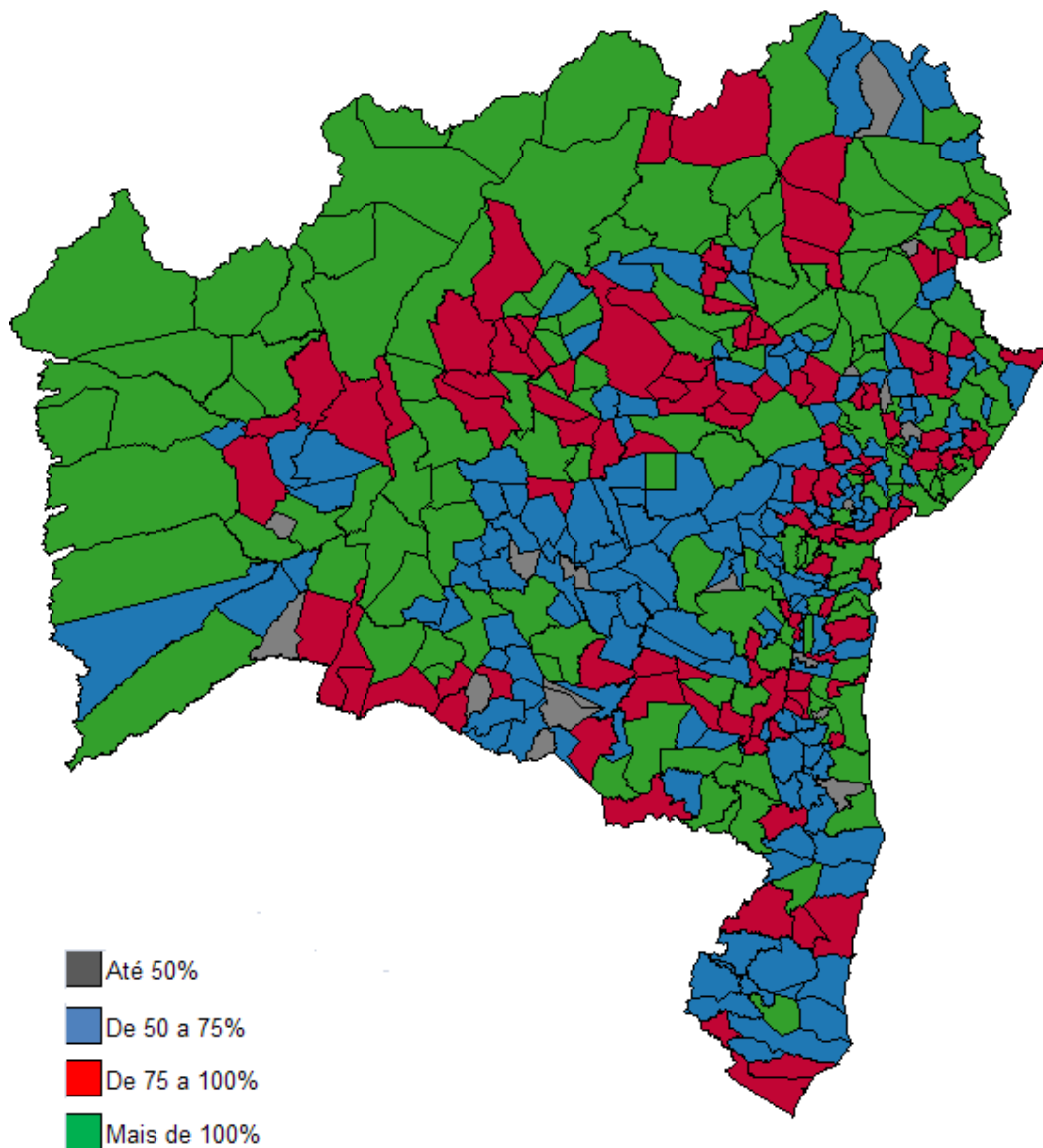
[...] a ideia de que o empenho pessoal dos gestores em garantir recursos financeiros e humanos para a consecução das ações e atividades pretendidas é importante, mas não suficiente para viabilizar a expansão de PSF e sua adequada manutenção. Nesse sentido, é indiscutível a necessidade de apoio financeiro e tecnológico das instâncias gestoras estaduais e federais (COPQUE; TRAD, 2005, p. 231).

Na tentativa de aumentar os incentivos aos municípios baianos, na criação de equipes de Saúde da Família, o Estado trabalha com uma linha de apoio para a estratégia, denominada como “Saúde da Família de Todos Nós”. Nessa linha, o governo estadual “assume um papel importante no fortalecimento da Atenção Básica, garantindo apoio institucional e financeiro aos municípios para que possam expandir e qualificar a Estratégia de Saúde da Família em seu território” (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA, 2011, s.p).

Com a implantação dessa estratégia, em 2010 foram repassados para os municípios baianos cerca de R\$ 39 milhões, com valor médio mensal de R\$ 1.500,00 por equipe implantada (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA, 2011, s.p). Essas transferências têm ajudado na criação de equipes, provocando mudança na cobertura do PSF. Ao final de 2011, o estado contava com 413 municípios trabalhando com o programa, o que representa quase a totalidade dos municípios, situação bem diferente da existente no ano de 1998, onde só havia 6 municípios realizando esse trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Apesar desse aumento, a cobertura da população ainda é pequena e concentrada em algumas cidades, as maiores do estado. A figura 2 mostra proporção de cobertura da população por equipe, comparando com a média de cobertura do Estado. Existem muitos municípios com cobertura acima da média estadual igual a 4122 pessoas atendidas por equipe. Situação preocupante, pois a maioria das cidades baianas possui menos equipes do que o necessário para atender a população local.

Figura 2 - Cobertura populacional por equipe do Programa de Saúde da Família dos Municípios baianos em 2011.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2012b)

A figura 2 mostra que poucas cidades possuem o número de equipes equivalentes ao número da população, com média inferior a 50% da média estadual. Situação que só acontece em cidades menores que possuem poucos habitantes como Adustina, pequena cidade localizada no Nordeste baiano, possui a média de 15.702 habitantes por equipe, bem inferior a do estado. Mas, em contra partida só possui uma equipe de PSF na cidade, cobrindo toda população. Situação diferente da cidade de Vitória da Conquista com 38 equipes trabalhando,

tendo uma média bem superior à média estadual. Assim a maioria dos municípios do Estado está com déficit de equipes, situação que precisa ser mudada.

Concentração que é visível quando se compara o número de agentes trabalhando no programa. Existem 19.774 agentes, em 2012, de várias especialidades, trabalhando no Programa de Saúde da Família, atendendo a população baiana, com 664 desses profissionais trabalhando em Salvador, a maior cidade do Estado; 658 trabalhando em Feira de Santana; e 340 trabalhando em Vitória da Conquista. Os outros 18.112 profissionais estão divididos nas outras cidades do estado, mostrando grande concentração nos grandes centros (DATASUS, 2012b).

Em se tratando de cobertura da população atendida por essa estratégia no estado da Bahia, desde a sua criação houve um acréscimo substancial. A tabela 5 apresenta essa evolução, que iniciou em 1998 com uma cobertura estimada de 0,27% da população baiana, chegando a 2011 com a estimativa de 61,91% da população coberta. A tabela 5 apresenta apenas em um ano não houve crescimento, que foi 2007, mas sim uma pequena redução de cobertura, e após 2008 voltou à expansão do Programa no solo baiano. Crescimento que vem se mantendo até o ano de 2011.

Tabela 5: Cobertura estimada da população pelo Programa de Saúde da Família, Bahia de 1998 a 2011.

Ano	Cobertura do PSF
1998	0,27%
1999	2,23%
2000	6,56%
2001	15,41%
2002	21,75%
2003	27,24%
2004	32,20%
2005	46,13%
2006	51,15%
2007	50,05%
2008	54,98%
2009	55,09%
2010	58,60%
2011	61,91%

Fonte: Ministério da Saúde (2011b)

Toda a estrutura da área de saúde baiana vem se ampliando, mas não tem significado grandes melhorias de vida para os cidadãos, pois junto com essa ampliação ocorre o crescimento da população local, aumentando ainda mais a demanda por esses serviços.

Toda essa alteração na estrutura de saúde pública do Estado, que apresenta um crescimento quantitativo, não deixa de ser de extrema importância, mas está na hora de se pensar também em um crescimento qualitativo, melhorando substancialmente as condições de trabalho dos profissionais de saúde para que se proporcione melhor atendimento à população. Na procura dessa melhoria tem de se pensar, também, em desconcentrar os estabelecimentos de saúde, que se encontram atualmente centralizados em algumas cidades “centros”, que recebem toda a demanda das cidades próximas, atendendo a todos os pacientes dessas cidades.

A cidade de Vitória da Conquista é um exemplo dessa concentração na área de saúde no Estado. A cidade atende a todos os municípios circunvizinhos provocando uma grande procura pelos serviços de saúde nas instituições locais, superlotando essas instituições, dificultando o acesso da população local ao serviço de saúde público, deixando os moradores da cidade dependentes das ações do PSF de seu bairro, que não está preparado para atender todos os casos de emergências e de média e alta complexidade.

CAPITULO 3 - O SISTEMA DE SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA

O estudo do Programa de Saúde da Família do Parque Conveima é o principal objetivo desse capítulo. Para tentar entender o contexto em que está inserido o programa, é realizado um breve estudo do município de Vitória da Conquista, mostrando algumas de suas características socioeconômicas e geográficas. Em seguida demonstra-se o Programa de Saúde da Família do município e concluindo o capítulo tem-se um estudo das características da unidade no qual o programa está lotado.

3.1 Características Socioeconômicas e Geográficas do Município

Vitória da Conquista localiza-se na região sudoeste do estado da Bahia, onde assume o posto de capital regional. Situa-se há 510 km da capital, sendo a terceira maior cidade baiana, com uma população, de 306.866 habitantes (IBGE, 2012d), que se encontra distribuída em 147.677 habitantes do sexo masculino, e 158.697 do sexo feminino,. Grande parte da população está na faixa etária entre 25 e 39 anos de idade, chegando à percentagem de 25,8% da população local.

Vitória da Conquista se mostra como uma cidade urbana, por ter a maioria da sua população vivendo no meio urbano, aproximadamente 89,7% da população, um total de 274.739 habitantes. A população rural é de apenas 32.127 habitantes, correspondendo a aproximadamente 10,3% de toda população local, que residem em 284 povoados que se encontram no seu território, que é de aproximadamente 3.406 km².

Vitória da Conquista tem como peculiaridade seu clima, isso porque está localizada bem acima do nível do mar, chegando a alguns pontos, como a serra do Peri-Peri, há atingir mais de 900 metros, se diferenciando do clima das outras cidades do estado, com temperaturas mais frias, chegando a menos de 10° C no inverno, além de haver constantes ocorrências de neblinas intermitentes.

Segundo o censo 2010 do IBGE a cidade tem um rendimento médio mensal domiciliar per capita nominal de R\$ 484,00. Os moradores da zona urbana têm um rendimento médio per capita de R\$ 517,00 mensais. Já os moradores da zona rural têm um rendimento nominal menor chegando a apenas R\$ 194,00 mensais.

Os índices sociais da cidade, principalmente aqueles relacionados à educação, são um ponto de muita preocupação para as políticas municipais, por apresentarem baixos níveis, dificultando a inserção de alguns moradores ao mercado de trabalho, por não estarem bem

preparados para entrar nesse competitivo mercado. Já que para Almeida e Menezes (1996) a inserção tecnológica vem mudando o mercado de trabalho, com novas tecnologias incorporadas ao processo produtivo, assim o trabalho tem se tornado mais complexo exigindo uma estrutura ocupacional com novos padrões de qualificação dos trabalhadores. Cria-se a necessidade do trabalhador possuir em seu currículo cursos de formação ou aperfeiçoamento.

Em contradição a essa necessidade de possuir maiores estudos, Vitória da Conquista encontra-se hoje em situação preocupante, de acordo com o IBGE (2012d), 13,3% população com mais de 15 anos não sabem ler nem escrever, situação que dificulta sua inserção no seu mercado de trabalho.

A necessidade de melhoria na educação tem sido constante, pois é preciso ter uma boa educação para entrar e se manter no mercado de trabalho. Já que as empresas passam a exigir que o trabalhador tenha flexibilidade para dominar uma linguagem técnica e capacidade intelectual para utilizar equipamentos e materiais sofisticados. As empresas exigem que o trabalhador, além disso, tenha “boa comunicação oral e escrita, boa base matemática, conhecimentos em informática, mais cultura” (ALMEIDA; MENEZES, 1996, p.46). Tudo perpassando pela educação.

Apesar desse índice alarmante o município se tornou uma referência em educação superior e conta hoje com varias instituições universitárias: uma universidade estadual, uma extensão da Universidade Federal da Bahia, um Instituto Federal de Tecnologia, além de várias faculdades privadas, com ensino presencial e também com ensino à distância. Ainda existe a oferta de muitos cursos técnicos para a formação de profissionais. Na educação básica há 281 estabelecimentos de todas as esferas, incluindo os estabelecimentos particulares.

Além disso, por ser uma rota que liga as regiões do Brasil através de várias rodovias federais, como a BR 116, e estaduais, que cortam o município ligando o Norte-Sul e Leste-Oeste do país, a cidade se tornou uma grande ofertante de serviços nas áreas de saúde, educação e no comércio. Tal fato deve-se ao fluxo dessas rodovias, que propicia um índice considerável de migração e movimentação de pessoas de várias cidades da região sudoeste e de outros estados, sendo que a BR 116, em especial, tem uma grande importância para o desenvolvimento econômico e social da cidade.

Essa migração força a cidade a atender a demanda de toda a região circunvizinha, além do Norte-Nordeste do Estado de Minas Gerais. Vitória da Conquista chega a atender a uma população de mais de dois milhões de pessoas, divididas em cerca de 80 municípios, se tornando um polo dessa região, principalmente nas áreas de educação e saúde, onde se encontra uma estrutura com várias entidades, tanto públicas quanto privadas.

Até a década de 1940, a cidade tinha sua economia baseada na agropecuária, com sua agricultura centrada no trabalho familiar que apenas se direcionava para a subsistência. A partir dos anos 1970 houve uma mudança na economia local quando despontou nacionalmente na cultura do café. Isso porque em 1972 foi favorecida com o Plano de Renovação e Revigoramento de Cafezais (PRRC) do governo do General Médici, que visava à ampliação das áreas de café plantadas, plano que oferecia subsídios a quem se interessasse pelo cultivo do café. Todo esse esforço provocou um crescimento extraordinário na produção local, devido ao clima favorável a essa cultura (ALMEIDA; MENEZES, 1996).

Em razão do esgotamento das fontes de financiamentos e dos baixos preços, no período de 1981-1985, houve um desincentivo para a plantação de pés de café, estagnando a produção. Só em 1985 houve uma mudança nesse quadro, com uma expansão da lavoura, que durou pouco, já que em 1987 voltou a cair, com abandono por alguns produtores, que estavam frustrados com as constantes estiagens e baixa dos preços.

Apesar do aumento dos preços em 1994, não foi suficiente para provocar uma nova corrida ao plantio. Em 1995 a colheita atingiu apenas 250 mil sacas de café, apenas um quarto do colhido em 1987 (ALMEIDA; MENEZES, 1996).

Apesar de continuar tendo importância para a economia conquistense, por razão do emprego temporário que gera, o café perdeu grande peso dentro dessa economia que atualmente está concentrada no comércio e serviço, sendo esses os setores locais que mais se desenvolvem movimentando quase toda economia local.

O município possuía um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 3.142,680 milhões em 2009, sendo PIB per capita a preço corrente de R\$ 9.854,71, Esse dado torna o município o 6º maior do estado em termos de Produto Interno (SEI, 2012a).

O setor industrial em Vitória da conquista não tem historicamente participação significativa no PIB da cidade, e só ganhou impulso em 1990, devido à política nacional que visava à redução das desigualdades regionais existentes no Brasil. Nesse ano foi fundado o Centro Industrial dos Imborés, instalado a 5 km do centro da cidade, às margens da BR 116. O Distrito Industrial abriga empreendimentos dos segmentos metalúrgico, de minerais não metálicos, moveleiro, químico, plástico, alimentos, bebidas e serviços. Mas devido a fatores regionais, como o baixo nível de instrução da mão de obra local e a falta de recursos naturais, e a ausência de política industrial – seja no âmbito municipal, estadual ou federal não houve grande desenvolvimento no setor industrial na cidade.

A indústria ainda apresenta uma pequena participação na economia local, com algumas poucas empresas de grande porte. Num comparativo com o setor de serviços nota-se

o tamanho da diferença desses setores. O setor industrial em 2009 teve o valor adicionado bruto a preços correntes de apenas R\$ 399,30 milhões, enquanto o setor de serviços adicionou um valor bruto a preços corrente de R\$ 2.224,320 milhões, neste mesmo ano (SEI, 2012a).

A SEI (2008) aponta que Vitória da Conquista ocupava o 15º lugar no ranking do Índice de Desenvolvimento Econômico do estado no ano de 2006. Já o Índice de Desenvolvimento Social aponta a cidade como a 4ª do estado nesse mesmo ano. Esses Índices mostram que a cidade se encontrava em uma razoável situação socioeconômica em relação aos demais municípios do estado, mas ainda há necessidade de melhorias dos investimentos e políticas para alavancar o desenvolvimento local, procurando assim melhor crescimento e, principalmente, desenvolvimento socioeconômico.

Além do segmento educação, outro segmento que se destaca na economia conquistense é o setor dos serviços de saúde, que se tornou referência na região, com diversos serviços prestados. O município conta com uma grande estrutura, formada por empresas particulares e entidades públicas, que atendem a demanda existente no município. Além das características demográficas da cidade, por ter uma população feminina maior do que a masculina e serem as mulheres que mais se preocupa com a saúde, as ações de saúde tem uma grande procura.

Desde 1997, a cidade ganhou vários prêmios, conquistados pela criação de vários projetos nessa área, criando uma estrutura pioneira no interior baiano, com inclusão de vários programas até então não utilizados no estado, como o Resgate Médico de Urgência, que foi uma das bases para a criação do SAMU 192 pelo governo federal e que se expandiu para todo país. O município tem atendimento que vai desde a Atenção Básica até a alta complexidade, com vários equipamentos especializados.

3.2 Estrutura Física do Setor de Serviços de Saúde Conquistense

O município de Vitória da Conquista tem como fontes de financiamento das ações de saúde pública os repasses feitos pela União, pelo Estado e a arrecadação de tributos e impostos municipais, como já abordado anteriormente. Além disso, o município conta com uma fonte alternativa de absorção de recursos através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), na qual o município que tem melhor estrutura de saúde pública presta serviço de saúde para pacientes dos municípios circunvizinhos com menores condições para atender aos seus pacientes.

Em troca, a cidade recebe recursos através das Autorização de Internamento Hospitalar (AIHs) disponibilizadas pelos municípios que enviam seus pacientes para os hospitais localizados no município ofertante, sendo os valores transferidos pela União.

Gomes (2004) aponta a necessidade da gestão desses recursos ser melhor alocada, para que tais recursos possam alavancar a economia local, de modo a “investir em atividades que possam além de atender as necessidades imediatas da população cedente de saúde, possa de alguma forma gerar renda” (GOMES, 2004, p.56). Ainda para ela, a geração de renda é para a correção de uma distorção nos repasses feitos ao município, provocada pela relativa diferença entre o real número de moradores e os números que aparecem nos censos, que, no geral, são inferiores, tornando o repasse menor do que o necessário para a realidade da cidade. Essas diferenças são provocadas pelo número de pessoas que, apesar de não residir na cidade, passam temporadas para fazer tratamentos de saúde, fazer compras no comércio local ou estudar em algumas das instituições de ensino existentes no município.

As transferências da Fundação Nacional de Saúde para a cidade através da transferência fundo a fundo, que independem de convênios entre as parte e visam financiar as ações estratégicas da saúde. Alcançaram no ano de 2011 um montante de R\$ 59.688.200,91, valores que sofreram variações durante o passar do tempo (DATASUS, 2012c).

A tabela 6 mostra essas transferências realizadas pela União para o município de Vitoria da Conquista nos últimos sete anos, de 2005 a 2011. Nota-se que houve um crescimento nesses repasses, que se estenderam até 2009, com crescimentos acima da inflação (IBGE, 2012e), a partir dai há uma redução nos valores, situação diferente dos repasses para programas específicos, como PAB Fixo e Variado que tem crescido anualmente.

Tabela 6: Transferência Fundo a Fundo da União Para a Saúde Pública de Vitoria da Conquista de 2005 a 2011.

Ano	TOTAL
2005	R\$ 58.377.998,92
2006	R\$ 62.006.496,14
2007	R\$ 72.247.532,11
2008	R\$ 81.732.126,90
2009	R\$ 91.247.942,21
2010	R\$ 74.309.049,64
2011	R\$ 59.688.200,91

Fonte: DATASUS (2012c)

Em Vitoria da Conquista as ações de saúde se dividem entre o setor público e o setor privado, com maior peso para a esfera municipal. Em 2009, Conquista possuía apenas 3,7%

dos estabelecimentos de saúde do Estado, com 303 estabelecimentos, número pequeno para uma cidade que é a terceira maior do estado e atende a população de toda região Sudoeste da Bahia. Desses estabelecimentos, 102 são privados, e em virtude dos convênios firmados entre o SUS e as instituições privadas, em 2009, 37 dessas instituições mantinham convênio com o SUS, atendendo a população de baixa renda (IBGE, 2011d). De todas as 303 instituições existentes em Vitória da Conquista, apenas 13 disponibilizam leitos para internação, sendo que só 3 hospitais estavam sob a responsabilidade do poder público e 10 estavam em poder das instituições privadas. Esses hospitais têm 1.068 leitos à disposição da população de todas as classes. Esse valor correspondia há aproximadamente 3,3% da oferta de leitos em todo estado, nesse mesmo ano. São leitos que abrangem todas as especialidades, desde a baixa até a mais alta complexidade (IBGE, 2011f).

Contrastando com o número de estabelecimentos, que no setor privado é maior do que no setor público, encontra-se mais leitos no setor público do que no âmbito privado. Apesar de serem poucos os hospitais públicos, estes possuem uma maior estrutura, por haver maior demanda aos seus serviços, como o Hospital Regional situado na cidade, sendo o único hospital público de grande porte da região.

A composição dos estabelecimentos de Saúde Pública no município está apresentada na tabela 7, que mostra que a estrutura do setor de saúde pública conquistense é deficitária quando relacionada à Bahia. Como pode ser visto o sistema de saúde de Vitória da Conquista, em 2009, tinha 201 estabelecimentos de saúde públicos, dos quais 2 da esfera estadual, com uma participação modesta de 2,89% dos estabelecimentos do Estado. Já os estabelecimentos municipais tinham maior participação, com 199, apenas 4,20% com relação ao Estado. A esfera federal não dispunha da gestão de nenhum estabelecimento de saúde na cidade (IBGE, 2011f).

Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde Pública no Município de Vitória da Conquista – 2010

Esfera	Nº de estabelecimentos	Estabelecimentos Estaduais	Participação do município no estado
Federal	0	25	0
Estadual	2	69	2,89%
Municipal	199	4.686	4,25%
Privado	102	3.408	2,99%
Total	303	8.188	3,70%

Fonte: IBGE (2011f)

Esses números mostram o tamanho da participação do município na saúde pública, uma vez que o maior número de estabelecimentos de saúde pública em seu território está sob a gestão municipal, com as outras esferas praticamente se isentando da prestação desse serviço. Situação que foi provocada pela política de descentralização do SUS, que incentivou a municipalização da saúde em todo país. O município de Vitória da Conquista assumiu esse processo após

[...] a ativação do conselho municipal de saúde em 1997, onde foram definidas, como prioridades: a expansão de oferta de serviços e a municipalização do sistema. Após um intenso período de negociação, o município assumiu a gestão plena da Atenção Básica do sistema único de saúde (SUS) em fevereiro de 1998. (OLIVEIRA; GUSMÃO; 2004, p. 66,67).

Após a municipalização da saúde local o município criou diversos convênios seguindo o programa de Atenção Pactuada Integrada do SUS, realizando convênios com os setores estadual, federal e municipal e o setor privado, garantindo atendimento à população do município e de outros municípios também.

Vitoria da Conquista possui hoje uma ampla disposição de equipamentos para exames de todas as complexidades. A tabela 8 mostra a quantidade de equipamentos por especialização existente no município. A especialização que se destaca entre todas é o setor de equipamentos para a manutenção da vida que são compostos por Berço Aquecido, Desfibrilador, Marcapasso Temporário entre outros equipamentos, tendo o maior número de equipamentos são 543 em uso. A audiologia aparece como o setor que possui menor disposição de equipamentos aos pacientes, com apenas 5 equipamentos.

A tabela 8 mostra também que existem alguns equipamentos que não são usados, dificultando ainda mais a vida dos pacientes, que às vezes precisam esperar meses para a realização de um exame, tempo que poderia ser reduzido se todos os equipamentos fossem utilizados constantemente.

Esses equipamentos se encontram disponíveis em várias instituições do município, alguns em instituições privadas e outros em instituições públicas. Uma das instituições públicas onde se encontra alguns desses equipamentos é o Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), que segundo a Secretaria Municipal de Saúde atende a 27 especialidades médicas, prestando serviço à região e contando com 250 mil usuários cadastrados.

Tabela 8: Equipamentos especializados existentes e em uso, em Vitoria da Conquista - 2011.

Especialização	Existentes	Em Uso
Audiologia	5	5
Equipamentos de Diagnostico Por Imagem	226	223
Equipamentos de Odontologia	515	505
Equipamentos Para Manutenção da Vida	549	543
Equipamentos Por Métodos Gráficos	51	49
Equipamentos Por Métodos Ópticos	70	70
Outros Equipamentos	150	148

Fonte: DATASUS (2012d).

Em 2000, a prefeitura inaugurou o Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (CEAD), que em 2002 foi transformado no CAPS AD, e instalado o CAPS II neste mesmo ano, muito importante para a saúde pública que ajuda no combate ao uso de entorpecentes.

Desde a municipalização da saúde o município tem implantado diversas Unidades Básicas de Saúde, onde trabalham os agentes do Programa de Saúde da Família.

3.3 Programa de Saúde da Família de Vitória da Conquista

Inserido no modelo de descentralização das políticas de saúde desde 1998, quando foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) no município, Vitória da Conquista vem conseguindo nesses 13 anos de implantação do Programa, alcançar parcela cada vez maior da população.

Houve um crescimento da cobertura populacional, como mostra a tabela 9 que apresenta o número de equipes implantadas e a proporção estimada de cobertura pelo PSF conquistense.

Em 1998, existiam apenas 5 equipes na cidade que atendiam aproximadamente 17.250 pessoas. Já em 2011, o número de equipes implantadas chegou a 37, atendendo aproximadamente 127.650 pessoas. O ano de maior ascensão foi em 2000, quando houve um salto no número de equipes, que passou de 5 equipes no final do ano de 1999 para 28 equipes em 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

O crescimento apontado anteriormente, apesar de representar um avanço significativo na cobertura do programa, não foi suficiente para atender a demanda da região. A tabela 9 mostra que houve um crescimento na proporção de cobertura da população que era de 7,0 % em 1998 passando para 41,60% da população em 2011. No entanto, parcela representativa da população ainda permanece sem

apesar de 100% dessa população serem cobertas (SECRETARIA MUNICIPAL atendimento, e se consideramos o fluxo de pessoas de outras cidades e Estados, essa demanda tem superlotado os estabelecimentos de saúde no município, principalmente os hospitais que possui atendimento de emergência.

Assim, além da população conquistense não conseguir vagas nos hospitais que estão cheios, estima-se que 58,40% da população também não estão cobertos pelo PSF, deixando mais da metade dos moradores sem condições de acesso ao tratamento da saúde pública.

Dificuldade que se mostra maior quando se tem uma população carente, sem condições de pagar por um atendimento particular, sendo dependente dessas políticas públicas. O crescimento do programa tem se mostrado insuficiente para aumentar a sua eficiência, deixando muitos habitantes sem atendimento, perdendo o sentido dos objetivos do programa que é a melhoria de vida da população.

A situação se agrava para quem mora na zona rural da cidade, cerca de 10% da população do município, que DE SAUDE, 2012), as pessoas encontram dificuldades para ter acesso ao programa, uma vez que precisam andar longas distâncias para conseguir chegar às Unidades Básicas de Saúde, pois essas são instaladas em pontos estratégicos, com o objetivo de atender ao maior número de povoados possível. Pesa aí a estrutura dessas unidades que são, em alguns casos, precárias, não oferecendo conforto nem para os trabalhadores das unidades nem para a população atendida.

Tabela 9: Número de Equipes e Porcentagem de Cobertura do PSF, Em Vitória da Conquista - Bahia de 1998 a 2011

ANO	EQUIPES (PSF)	Estimativa da População Coberta	Proporção de Cobertura Populacional Estimada (%)
1998	5	17.250	7,0
1999	5	17.250	7,0
2000	28	96.600	38,09
2001	30	103.500	38,74
2002	31	106.950	40,03
2003	32	110.400	40,83
2004	36	124.200	45,23
2005	37	127.650	46,48
2006	37	127.650	44,54
2007	37	127.650	43,91
2008	38	131.100	45,10
2009	38	131.100	41,68
2010	38	131.100	41,03
2011	37	127.650	41,60

Fonte: Ministério da Saúde (2012c)

O crescimento do Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista, mostrado na tabela 9, resultou na ampliação no financiamento desse programa, com maiores custos de manutenção para o município. O governo federal, dentro de suas obrigações aumentou também suas transferências para o município. São recursos direcionados ao programa, e que tem reduzido os gastos das receitas municipais com esse programa. A tabela 10 mostra justamente esse crescimento dos valores de transferência da União para o município, além de mostrar a proporção das transferências do município relacionada às realizadas para o Estado.

O crescimento no volume dos recursos não significa necessariamente ampliação no número de equipes do PSF trabalhando na cidade. A tabela 10 mostra que no ano de 2004, Vitória da Conquista recebia R\$ 3.092.440,00 para a manutenção de 36 equipes (tabela 9), e passou a receber R\$ 8.307.110,00 no ano de 2011. Apesar de haver um crescimento nominal de R\$ 5.214.670,00, só houve o acréscimo de apenas uma equipe, chegando a 37 Equipes implantadas no ano de 2011. Em se tratando do total das transferências feitas pela União para o Estado da Bahia, Vitória da Conquista tem uma pequena participação, que vem se reduzindo desde 2004, quando a cidade recebia 2,38% dos repasses vindo para o estado, chegando em 2011 a 1,51%. Participação muito baixa para a importância da cidade dentro do Estado.

Tabela 10: Transferências Realizadas Pela União Para O PSF Conquistense E Proporção de Participação No Estado de 2004 A 2011.

Ano	Valor transferências da união para o município	Proporção das transferências no estado
2004	R\$ 3.092.440,00	2,38%
2005	R\$ 3.725.292,00	2,06%
2006	R\$ 4.925.346,00	2,72%
2007	R\$ 6.383.016,00	1,58%
2008	R\$ 6.996.006,00	1,54%
2009	R\$ 7.847.115,00	1,68%
2010	R\$ 8.812.382,00	1,61%
2011	R\$ 8.307.110,00	1,51%

Fonte: Portal da Transparência (2012a)

O Programa de Saúde da Família foi bem avaliado em uma pesquisa realizada no município no ano de 2001⁴. Dentre todos os procedimentos do Programa de Saúde da Família, o serviço de vacinação foi o melhor avaliado, obteve 79,7% de aprovação, seguido pelo atendimento médico com 71,9% de aprovação. Esse estudo mostrou que alguns serviços atingiram proporções de mais de 65% de não avaliação pela população entrevistada. Segundo Teixeira (2004) tal fato “pode não estar relacionada ao desconhecimento do serviço e sim ao fato de o usuário nunca ter sido atendido pelo mesmo, não sabendo, portanto, avaliar” (TEIXEIRA, 2004, p. 83).

Ainda de acordo essa pesquisa os serviços que tiveram alto índice de não avaliação são: o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), com 90,6% das entrevistas, Pré-Natal, 83,3%; Inalação, 83,2%; Planejamento Familiar, 77,8%; Exame do pezinho (Fenilcetonúria), 77%; Curativos, 75,4%; Preventivo de Câncer Ginecológico, 73,1%; Crescimento e Desenvolvimento da Criança, 72,3% e Atendimento Odontológico, 66%. Apesar de não serem muito avaliados todos os serviços tiveram bons índices de aprovação pelas pessoas que conheciam (TEIXEIRA, 2004).

3.4 Estrutura do Programa de Saúde da Família do Conveima.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Parque Conveima localiza-se, desde primeiro de Dezembro de 1999, no bairro Parque Conveima, que apresenta baixos níveis sociais, com a maioria da população tendo rendimentos mensais de apenas um salário mínimo por família, além do alto índice de desemprego existente. Situação financeira que impede o acesso dos

⁴ Não foi encontrado pesquisa recente de avaliação do programa no âmbito municipal.

moradores a saúde através de desembolso imediato ou através de plano de saúde, tendo apenas a saúde pública como opção quando precisam de tratamento médico (WILL, 2008, p. 8).

A área que o Programa de Saúde da Família do Parque Conveima abrange se caracteriza pela ausência de saneamento básico, pois as residências não possuem acesso à rede geral de esgoto, o que facilita a proliferação de doenças. Essa área é composta pela população de quatro bairros, Conveima I, Vila da Conquista, Antônio Brito, e uma parte dos moradores do bairro Kadija.

O PSF do Parque Conveima possui em seu quadro funcional 36 profissionais que atendem à população de todas as idades, com atendimento ambulatorial de baixa e média complexidade. A tabela 11 mostra todas as áreas e o número de profissionais que trabalham em cada área. Apesar da diversidade de áreas atendidas, o número de profissionais não é suficiente, não conseguindo atender a população. Essa carência de profissionais se agrava em algumas especialidades tais como o Professor de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia, que só prestam serviço em alguns poucos dias dificultando o atendimento da população, que em muitos casos tem a doença agravada por não conseguir o tratamento imediatamente. Situação provocada pela demora no atendimento, sendo que as pessoas não podem esperar tanto tempo por esse atendimento.

Tabela 11: Número de Profissionais que Trabalham na Unidade Básica de Saúde do Parque Conveima, 2011.

Especialidades	Nº de profissionais
Agente Comunitário de Saúde	18
Medico	2
Enfermeiro	2
Odontólogo	1
Professor de Educação Física	1
Nutricionista	1
Fisioterapeuta	1
Psicólogo	1
Técnico em Enfermagem	5
Técnico em Higienização	1
Auxiliar Administrativo	3

Fonte: Unidade de Saúde do Parque Conveima (2011)

Os profissionais com presença mais frequente são os médicos, os enfermeiros, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e os Técnicos em enfermagem que estão constantemente na Unidade atendendo à população. Destaque para os ACS que tem seu trabalho concentrado nas residências, onde passam a maior parte do dia, em visitas.

Existe um importante acompanhamento desses profissionais às pessoas que necessitam de atenção especial, como os Idosos, os hipertensos, as gestantes, os diabéticos e as pessoas portadoras de Tuberculose, entre outras doenças que necessitam de acompanhamento constante.

Esses Profissionais se dividem em duas equipes que, juntas, atendem a 3.613 famílias, número que é multiplicado por 4,5, a média de pessoas por família estimulada pelo SUS, chegando-se a um valor aproximado de 16.258,5 pessoas cadastradas no PSF do Parque Conveima. Esse número é bastante representativo dado a estrutura da Unidade de Atenção Básica onde está lotado o programa.

A Unidade só consegue atender uma média de 120 pacientes ao dia, que são selecionados pela gravidade do seu estado através de uma triagem. Se a situação é de urgência, o atendimento é imediato; não sendo, é agendada uma consulta, que demora no mínimo oito dias, tempo que pode ser considerado elevado em se tratando da saúde. E, em muitos casos, o cidadão não consegue atendimento, provocando, não raro, a perda do dia de trabalho, ocasionando o desincentivo a procurar a Unidade Básica de Saúde quando acometido por alguma doença (UNIDADE DE SAÚDE DO PARQUE CONVEIMA, 2011).

A estrutura da Unidade, que é pequena para atender a demanda existente provoca um número relativamente baixo de consultas e demora no agendamento. A tabela 12 apresenta as informações sobre as instalações ambulatoriais e a quantidades de salas disponíveis para o atendimento à população. É possível perceber que a UBS só possui 2 consultórios médicos para atendimentos à população, que pode também ser realizado por duas enfermeiras em outros dois consultórios (clínicas indiferenciado). Somando-se as outras salas, o total é de 9 salas. Não existem leitos para internamento ou repouso nessa unidade dificultando o atendimento de emergência.

Os únicos equipamentos existentes na Unidade são os equipamentos odontológicos, tendo um total de 7 equipamentos, que são um Amalgamador, um Aparelho de Profilaxia Com Jato de Bicarbonato, uma Caneta de Alta Rotação, uma Caneta de Baixa Rotação, um Compressor Odontológico, uma Equipe Odontológica e um Fotopolimerizador, que se encontra à disposição do odontólogo. A quantidade existente é a mínima, por possuir apenas um profissional dessa especialidade trabalhando na Unidade (DATASUS, 2012e).

Tabela 12: Estrutura Ambulatorial da Unidade Básica de Saúde do Parque Conveima, em 2012

Instalação:	Nº de Consultório:	Leitos:
Clínicas Básicas	2	0
Clinicas Indiferenciado	2	0
Odontologia	1	0
Sala de Curativo	1	0
Sala de Enfermagem (Serviços)	1	0
Sala de Imunização	1	0
Sala de Nebulização	1	0

Fonte: DATASUS (2012e)

A população depende de outro serviço oferecido pela Unidade a marcação de exames para os usuários. Em 2011 foram marcado uma média de 250 exames de diversas especialidades por mês (UNIDADE DE SAÚDE DO PARQUE CONVEIMA, 2011), que foram realizados nos estabelecimentos de saúde da cidade filiados ao SUS. Também é um número baixo para alcançar a satisfação completa das necessidades dos pacientes, pois sempre há pessoas esperando para conseguir fazer os exames que são necessários para a realização de tratamentos. Uma situação que leva algumas pessoas a pagarem pelos exames necessários, comprometendo ainda mais o baixo rendimento.

Além das consultas e marcação de exames, o PSF realiza outros procedimentos para a comunidade, como curativo, teste do pezinho em bebês (que é um exame que pode detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas ou infecciosas que poderão causar doenças irreversíveis ao bebê, proporcionando o tratamento precoce). As Vacinas e aplicações de injeções também fazem parte dos procedimentos do Programa, sendo uma ação preventiva no caso da vacina e curativa no caso da aplicação de injeções, além de teste de Glicemia e aferição da pressão arterial, que se mostra muito importante para as ações de saúde públicas.

Mas o Programa de Saúde da Família também tem participado na vida de seus usuários com a distribuição de alguns remédios em uma farmácia existente na própria Unidade, onde ocorre a entrega de alguns medicamentos gratuitos, precisando apenas da

receita assinada pelo médico. Apesar de haver muitas reclamações dos usuários por ser limitada a oferta desses remédios, essa ação tem ajudado as pessoas que não disponibilizam de dinheiro para pagar pelos remédios que precisam, principalmente quando se pensa na grande vilã das últimas décadas, a hipertensão arterial, doença que necessita de vários remédios em seu tratamento. Não existindo a distribuição, muita gente não teria condições financeiras de comprar esses remédios.

A formação consciente da família tem sido uma das preocupações do PSF, se materializando na política de planejamento familiar que para o Art. 2º da Lei 9263/96, é um conjugado de ações de regulação da fecundidade de modo a garantir direitos iguais de constituição, restrição ou aumento da prole pela família. Assim o planejamento familiar tem como objetivo

[...] ampliar o acesso das mulheres, homens e casais às informações sobre os métodos anticoncepcionais e a técnica de utilização dos mesmos, além de prevenir a gravidez indesejada e os abortamentos que levam muitas mulheres ao processo de adoecimento, resultando em tratamentos de alto custo, causando com isto um impacto na economia do País (FERREIRA, 2009, p. 8).

Essa ação tem reduzido bastante o número de gravidez indesejáveis na comunidade, reduzindo assim a gravidez de alto risco e abortos ilegais que provocam males para a saúde da mulher. Ações que são realizadas através de educação em saúde, distribuição de métodos anticoncepcionais e principalmente acompanhamento médico.

Para Teixeira (2004), no ano de 2001, esse serviço ainda era desconhecido pelos usuários do programa e a causa desse desconhecimento seria a desmotivação dos médicos e enfermeiros, provocada por ausência de métodos contraceptivos nas Unidades de Saúde da Família. Situação que se reverteu e, hoje, é uma ação amplamente conhecida pela população.

Além dos serviços apresentados anteriormente, o Programa de Saúde da Família do Parque Conveima possui outros como o Combate às Carências Nutricionais (PCCN), o Pré-Natal, a Inalação, o Preventivo de Câncer Ginecológico e o Crescimento e Desenvolvimento da Criança. São ações de grande importância para a população.

O Programa de Saúde da Família do Parque Conveima tem trabalhado com todas essas ações em frente à população local. São atividades que não conseguem atender as expectativas da comunidade, situação que tem provocado perda da confiança da população nessa política, mas não se pode considerar como uma exceção, pois tais situações se encontram em várias outras unidades de saúde da cidade, mostrando a necessidade de se melhorar a qualidade dos serviços e estrutura dessas unidades.

Diante do exposto, nota-se que o Programa de Saúde da Família é importante para a comunidade porque sem essa política os moradores estariam praticamente excluídos do sistema de saúde. As comunidades pobres se vêm cada vez mais dependentes desse programa, para realização de suas necessidades de saúde, tanto na prevenção quanto na busca de tratamento de alguma doença. O programa procura assim a melhoria de vida da população, com a conservação de sua saúde, podendo proporcionar maior desenvolvimento no trabalho, e um aumento da renda.

CONCLUSÃO

Com a formação do Sistema Único de Saúde o Brasil, passou a criar políticas que atendem a toda a população, tendo como um dos seus principais princípios a universalização dos serviços de saúde. Essa mudança propiciou a inserção de muitos cidadãos aos serviços de saúde, pessoas que até então eram excluídos desse sistema, por não possuírem vínculos empregatícios, requisito básico para a utilização do sistema até então.

O SUS provocou outra mudança de grande importância para a população brasileira que foi a descentralização das políticas de saúde em direção aos municípios, o que tornou mais fácil a identificação dos problemas existentes em cada sociedade, já que é difícil fazer políticas universais que atendem a todas as regiões, por se tratar de um país que possui muitas diferenças regionais. São diferenças nos âmbitos social, geográfico e econômico.

A municipalização da saúde se tornou a única forma de conseguir soluções que resolvessem o problema de cada comunidade, com política específica para a realidade local. A criação do PSF foi o meio para alcançar esse objetivo, porque trabalha diretamente com a população. Por estar inserido dentro desta, conhece todas as dificuldades e necessidades da comunidade facilitando o diagnóstico para os problemas dos cidadãos em sua área de abrangência e ter um caráter multiprofissional facilita a solução dos problemas da comunidade.

O Programa de Saúde da Família foi o foco desse estudo. O setor de saúde é uma das áreas que tem alavancado a economia local, principalmente o setor privado. O PSF estar diretamente direcionado para a população se torna mais eficiente por está inserido na comunidade, o permite o conhecimento das necessidades da população e a realização de ações que tenham influência direta sobre a comunidade atendida.

O financiamento do programa é realizado pela União através de transferência feita diretamente para o município. Os repasses são feitas através do PAB Variado (Piso de Atenção Básica Variado), valores que são depositados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, na tentativa de ajudar os municípios que possuem uma receita limitada, que não garante a autonomia do município nesse financiamento.

Em Vitória da Conquista, esse programa tem ajudado a população da cidade, principalmente a população carente local que tem apenas esse recurso para conseguir acesso ao serviço de saúde, pois essas pessoas não dispõem de condições financeiras para pagar por uma consulta em uma instituição privada, além de não terem acesso ao plano de saúde.

Apesar da ampliação no número de atendimentos é fato que tem de se pensar na melhoria da qualidade desse atendimento. A estrutura atual ainda é pequena e não suporta a demanda existente deixando muita gente sem atendimento.

O PSF em Vitória da Conquista teve um crescimento substancial desde a sua implantação. Conseguiu reduzir a média de população atendida de 49.282 habitantes por equipe em 1998, para 8.293 habitantes por equipe em 2011. Esse crescimento precisa ser mantido, para que se consiga uma redução dessa média, facilitando o trabalho dos profissionais e melhorando o acesso da população as ações oferecidas por este programa.

O Programa de Saúde da Família do Conveima também se mostrou com uma estrutura insuficiente para atender o número de pessoas que o procuram. Desta forma, não se tem conseguido atender as necessidades dos seus usuários. Essa estrutura é constituída por poucos funcionários, com uma equipe médica pequena, apresentando um número de famílias que recebem acompanhamento, bem acima do que o Ministério da Saúde prevê. Esse número grande de famílias atendidas por equipe dificulta a aproximação dos profissionais que trabalham no programa com a população. Assim tem se perdido o foco do programa, que é o conhecimento de todos os anseios da população.

O Programa de Saúde da Família tem se mostrado muito importante para a população que é atendida, isso se torna mais perceptível quando analisamos as ações preventivas, pois há a disponibilidade de diversos serviços para a população que ajudam no controle de determinadas doenças, como hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e câncer ginecológico. São doenças que se não controladas, levam as pessoas para os hospitais, que já se encontram superlotados. Ou seja, a prevenção e o controle dessas enfermidades permitem a redução dos gastos com custosos tratamentos, melhorando a situação financeira do sistema de saúde local.

Outra linha de atuação do PSF do Parque Conveima consiste nas ações de planejamento familiar, com orientações sobre o uso de métodos contraceptivos e saúde da mulher. Essas ações ressaltam a importância do programa para o bem-estar da população atendida, que reside em uma área composta principalmente por famílias de baixa renda, que não tem condições de pagar pelos métodos anticoncepcionais.

Assim além do crescimento numérico expressivo tanto no financiamento quanto no número de programas, faz-se necessário a melhoria do atendimento do Programa de Saúde da Família a fim de ampliar os efeitos benéficos produzidos pelas ações deste programa. Não é raro ouvir um usuário reclamar desse atendimento, que tem deixado a desejar, excluindo diversas pessoas, sendo esta uma das principais queixas dos pacientes.

O programa ainda possui muitos serviços que não são de conhecimento da população. A divulgação dos serviços é geralmente realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, sendo eles o elo mais forte da comunidade com o PSF. Em alguns casos, a população só consegue enxergar o PSF como sendo formado pelos Agentes Comunitários de Saúde, que também tem deixado a comunidade insatisfeita com seus serviços.

Diante do exposto no decorrer deste estudo, é aceita a hipótese de que este programa tem realizado grandes avanços na questão de saúde pública, apesar da necessidade da melhoria e ampliação dos serviços prestados. É possível concluir que o Programa de Saúde da Família apesar de importante para o Bem Esta da população atendida, se mostrou ainda ineficiente para alcançar plenamente os objetivos do programa. Dificuldade que se apresenta pela falta de medicamentos, pela demora do atendimento e principalmente pela estrutura que é pequena para atender a demanda da população que é extensa.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, José Lucas Magalhães, **A Atenção Primária á saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio**, 2002;

Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf>>. Acesso em 26 de nov. de 2010.

ALMEIDA, Paulo Henrique, MENEZES, Antonio Wilson. **Sudoeste da Bahia**- Perfil Sócio-econômico. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 1996. 122 p.

AROUCA, Sergio, **Reforma Sanitária**, 2010; Disponível em:

<<http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 01 de Dez. de 2010.

BLUE, Stanley L.; **Historia do Pensamento Econômico** (tradução Luciana Penteano Miquelino). São Paulo, Thomsom Learning, 2006, pag. 63 a 85.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**; Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 25 de set de 2010.

CARVALHO, Brigida Gimenez; MARTIN, Gilberto berguio; CORDONI, Luiz Jr; SOUZA, Regina Kazue Tanno de. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil**, 2009, disponível em: <<http://www.ccs.uek.br/nesco/regesus/arquivos/txt%.pdf>>. Acesso em 10 de dez de 2010.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: 2009.

COUTINHO, Beatriz Sierra; SOUZA, Cilene de Oliveira; SANTOS, Ediléia Fernandes dos; SILVA, Joselaine R. Sakai da: **Questão Social, Estado No Capitalismo E As Políticas Sociais**, 2004; Disponível em:

<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/view/317/307>>. Acesso em 12 de mar.

COUTO, Polliana Alves: **Alcances e Limitações de Municipalização da Saúde**: experiência de Vitória da Conquista. UESB, 2004.

COPQUE, Helen Lúcia Freitas; TRAD, Leny Alves Bomfim: **Programa Saúde da Família**: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia, 2005; Disponível em:

<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n4/v14n4a03.pdf>>. Acesso em 1 de mar de 2012.

DATASUS, **Indicadores Demográficos**, (Esperança de vida ao nascer), Brasília, 2012a: Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/a11mb.htm>>. Acesso em 1 de mar de 2012.

DATASUS: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, Brasília, 2012b: Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp>. Acesso em 2 de abr de 2012.

DATASUS: Fundo Nacional de Saúde (consulta de pagamento, transferência fundo a fundo), Brasília, 2012c: Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/Consultafundoafundo.asp>>. Acesso em 18 de Abr de 2012.

DATASUS: **Consulta de Equipamentos**, Brasília, 2012d: Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=29&VMun=293330;%2019%20de%20Abr%20de%202012%20as%2021h50min>. Acesso em 18 de abr de 2012.

DATASUS: **Consulta Estabelecimento** - Módulo Conjunto - Equipamentos/Rejeitos, Brasília, 2012e: Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2933302486490>. Acesso em 20 de abr de 2012.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICO - DIEESE (2012); **Salário Mínimo Nominal e Necessário**; Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>>; acesso em 29 de mar de 2012.

SCOREL, Sara; GIOVANA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro. **O Programa de Saúde da Família E A Construção de Um Novo Modelo Para A Atenção Básica No Brasil** (2007); Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em 02 de Dez de 2010.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p.85-116, 1991.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Uma Genealogia das Teorias e Tipologias do Estado de Bem Estar Social**. In: DELGADO, Mauricio Godinho; PORTO, Lorena Vasconcelos (Orgs). **Estado de Bem Estar Social o Século XXI**. São Paulo, Editora LTR, 2007, p. 31-87.

FERREIRA, Josmara Carmem de Lima, 2009; **Planejamento Familiar Na Unidade Básica de Saúde de Queimadas, Horizonte (CE)**: Proposta de Uma Nova Estratégia de Atendimento em Anticoncepção. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/index.php?>>. Acesso em 03 de maio de 2012.

FUHRMANN, Nadia Lucia **Neoliberalismo, Cidadania e Saúde**, 2004: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil, Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/49/173>> Acesso em 04 de nov de 2011.

GOMES, Fabiana Fernandes; **Economia da Saúde**: A Questão do Financiamento no Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia (1999 a 2001). Vitória da Conquista, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2004. 105 p.

GRAÇA, Luiz: **Industrialização Pública, Saúde Pública E Controle Social na Inglaterra do Século XIX**, 2000; Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos24.html>>. Acesso em 05 de mar de 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; **Estados** – (Síntese, Bahia) 2012a: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em 03 de fev de 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2010** (Rendimentos), 2012b: Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/painel/>>. Acesso em 04 de abr de 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; **Serviço de Saúde, Bahia**, (Estabelecimento de Saúde total, segundo a Grande Região) 2012c: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ba&tema=servicossaude2009>>. Acesso em 30 de mar de 2012 as 15h40min.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; **IBGE Cidades**, Vitória da Conquista – BA, 2012d: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em 14 de fev de 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística; **Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor** (séries históricas) 2012e: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultseriesHist.shtm> Acesso em 13 de jun de 2012.

IPEADATA; **Renda Domiciliar Per Capita** – Média (Nordeste) (2012): Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acesso em 17 de abr de 2012.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 13 de jun de 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquilos. **Atenção Básica e Programa de Saúde de Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?** (2002); Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid>>. Acesso em 18 de mar de 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves: **Implementação da Reforma Sanitária**: a formação de uma política, 2003: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>>. Acesso em 03 de out de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003: **Gestão Financeira de Sistema Único de Saúde**: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. Brasília, 2003: Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/documentacao/Manual%20FNS.pdf>>. Acesso em 25 de Set de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Atenção Básica** (Saúde da Família), Brasília 2011a: Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 27 de jul de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Atenção Básica** (Saúde da Família), Brasília, 2011b: Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 27 de jul de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Atenção Básica** (Saúde da Família), Brasília, 2012: Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 18 de Abr de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em 30 de nov de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE ; **Programa Atenção Básica (PAB)**: parte fixa; 2. ed. rev. e atual. – Brasil, 2002.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner Lopes. **Estimando o impacto de renda de saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil** (2008): Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/11.pdf>>. Acesso em 10 de jul de 2010.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza. **A Relação entre o estado de saúde e desigualdade de renda no Brasil** (2005): Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/economia/teses/2005/Kenya_Valeria_Micaela_Souza_Noronha.pdf>. Acesso em 10 de jul de 2010.

OLIVEIRA, Jussara Barros; GUSMÃO, Stael Cristine: **A Experiência de Saúde da Família no Estímulo À Participação Social no Município de Vitória da Conquista - Ba**. In: SECLÉN, Juan; FERNANDES, Afra Suassuna (orgs.). **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p.63- 74.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia** -5ª ed. São Paulo, Prentice Hall, 2002, pags. 630 – 643.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA: **Transferência de Recursos por Programa** (Total Destinado ao Programa Atenção Básica em Saúde), 2011a: Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaTRProgramaPesquisaUF.asp?exercicio=2011&codigoPrograma=1214&nomePrograma=Aten%E7%E3o%20B%E1sica%20em%20Sa%FAde&textoPesquisaPrograma=&textoPesquisaAcao=&codigoFuncao=10&nomeFuncao=Sa%FAde&codigoSubfuncao=301&nomeSubfuncao=Aten%E7%E3o%20B%E1sica&codigoAcao=20AD&nomeAcao=Piso%20de%20Aten%E7%E3o%20B%E1sica%20Vari%E1vel%20-%20Sa%FAde%20da%20Fam%EDlia>>. Acesso em 30 de jan de 2011.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA: **TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS POR PROGRAMA**, (Total destinado à ação Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família), 2011a: Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaTRProgramaPesquisaAcao.asp?Exercicio=2011&textoPesquisaPrograma=&codigoPrograma=1214&nomePrograma=Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20em%20Sa%C3%ADe>>. Acesso em 30 de jan de 2011.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA: **Transferência de Recursos por Estado/Município** (Total destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios): 2011c: Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaUFs.asp?Exercicio=2011>>; acesso em 28 de nov de 2011.

RABELLO, Silas D.; **Pastor e O Mundo Contemporâneo** (2002): Disponível em: <http://www.nazarenopaulista.com.br/estudos/pr_contemporaneo.pdf>. Acesso em 06 de mar de 2012 as 15h16min

ROCHA, José Francisco Furlan; **A Renda dos Beneficiários Previdenciários e a Proteção Social do Trabalhador** (2011): Disponível em: <<http://seer.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/viewFile/421/523>>. Acesso em 08 de mar. de 2012.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi; 2005; **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA:** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em 19 de mar de 2012.

SANTOS, Everton Ferreira de Abreu dos. **Uma Avaliação Comparativa da Eficiência dos Gastos Públicos Com Saúde Nos Municípios Brasileiros**, (2008): Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12138/tde-13012009-152753/>>. Acesso em 25 de maio 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA: **Relatório de Gestão SESAB – 2010**, Salvador, 2011: Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag_2010_final.pdf>. Acesso em 29 de fev. de 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA: **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, 2012: Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/secretaria/163/Saude-.html>>. Acesso em 10 de maio de 2012.

Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia: **PIB Municipal** (tabelas), Salvador, 2012: Disponível em: <www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=537&Itemid=28> Acesso em 22 de mar de 2012.

Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia: **Índice de Desenvolvimento Econômico e Social**. Salvador, SEI, 2008: Disponível em; <http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=110> Acesso em 15 de fev de 2012.

TEIXEIRA, Simone Andrade, 2004: **Avaliação dos Usuários Sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia- Brasil**. In: SECLLEN, Juan; FERNANDES, Afra Suassuna (orgs.). **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004, p.77-100.

UNIDADE DE SAÚDE DO PARQUE CONVEIMA: **Dados Gerais Sobre Atendimento, Funcionamento E Estrutura**: informações primárias. : Vitória da Conquista, 2011.

WILL, Mara Silvia Santos, 2008: **Os Agentes Comunitários de Saúde E A Atuação em Saúde Mental**: Construindo Uma Intervenção No PSF Conveima I De Vitória Da Conquista – BA. Disponível em: <WWW.marasilviasantoswill.files.wordpress.com/2008/08/meu-trabalho.doc> Acesso em 08 de jun de 2012.