

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro começou a sofrer um processo de mudança, com base nos princípios de universalidade, resolutividade, descentralização e participação comunitária. O Sistema Único de Saúde – SUS consagra o direito universal de acesso à saúde, reconhecendo que os cidadãos têm igual acesso às ações de saúde e aos serviços de todos os níveis de complexidade. Além disso, o SUS estabeleceu o papel de cada instância governamental (municipal, estadual e federal) no provimento, financiamento e gerenciamento dos serviços de saúde; esse sistema se edificou como um sistema de saúde nacional.

Nesse contexto, medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado ganham força e a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, preconizando a eficiência e a equidade, aparecem como elementos centrais. Dentro dessas medidas, surge o Programa de Saúde da Família – PSF, como um modelo que permite o melhor uso dos recursos disponíveis para a saúde pública.

A demanda por serviços de saúde apresenta aspectos peculiares que a difere de outras áreas da economia. Uma singularidade dessa demanda se configura do fato de o indivíduo não ter como determinar quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica, o que afeta o comportamento racional do indivíduo. Por isso, a melhor forma de se entender como são alocados os recursos da saúde consiste em analisar o comportamento da demanda e da oferta dos serviços de saúde nas múltiplas e complexas características do sistema de saúde.

Em função dessa dinâmica própria do sistema, aumenta a responsabilidade do governo na gestão e no uso racional dos recursos públicos investidos em saúde, no sentido de aplicá-los de forma a se obter resultados positivos nos indicadores de saúde. Por isso, as Secretarias de Estado da Saúde – SES têm incentivado a implantação do PSF, uma vez que esse programa se constitui na principal estratégia para o fortalecimento do nível de Atenção Básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada, visando melhorar o impacto das políticas e programas públicos.

Nesse contexto, o presente estudo tem como desafio responder à seguinte questão: A implantação do PSF em Vitória da Conquista – BA contribuiu para o desenvolvimento econômico e social do município, no período de 1998 a 2006?

Para auxiliar o desenvolvimento da pesquisa acima mencionada foi formulada as seguintes hipóteses: a) a implantação do PSF no município de Vitória da Conquista – BA, condicionada pela descentralização e a melhor aplicação dos recursos públicos, contribui para melhorar os indicadores da saúde da população no período de 1998 a 2006; b) a melhoria da qualidade de vida da população, enquanto resultado das ações do PSF, contribui para o desenvolvimento local, no que tange a redução dos gastos públicos com a saúde, no médio e longo prazos, incluindo a menor utilização do sistema médico-hospitalar.

Os conceitos inovadores da pesquisa são: Economia da Saúde, Programa de Saúde da Família, Indicadores de Qualidade de Vida, Gastos Governamentais, Saúde Pública e Prevenção de saúde.

A escolha dessa pesquisa ocorreu em função da importância exercida pelo setor de saúde, em particular com a atuação do PSF, na economia do município ao ponto que as suas equipes em Vitória da Conquista já foram objeto de estudo¹ da UESB, Fiocruz/MG, Unicamp e UNB. Reconhece-se também, que embora a economia da saúde já se constitua como uma importante área das ciências econômicas, deve-se continuar realizando novas investigações objetivando a aproximação e consolidação desses dois campos de interesses e objetivos muitas vezes ainda considerados de natureza diversa, e por vezes contraditórios, pois são raros os economistas que se interessam pelo setor saúde, como também são poucos os profissionais de saúde que entram no campo econômico.

Contudo, o que pode parecer um fator de conflitos pode, do mesmo modo, quando convenientemente gerido, assumir-se também como uma fonte de energia de renovação e de mudança. Instrumentos e técnicas da Economia da Saúde constituem seguramente um dos principais alicerces da desejada reforma do sistema de saúde.

Desse modo, o estudo da Economia da Saúde, sob aspecto público, se justifica pela sua importância sócio-econômica e pela sua dimensão em discutir muitas das controvérsias existentes no setor. Uma das principais é a que se refere à relação existente entre o nível de saúde da população e o processo de desenvolvimento econômico.

Assim, espera-se que o resultado desta pesquisa possa constituir numa base de reflexão e de informações para futuras pesquisas sobre o tema, visto que um estudo sobre os impactos econômicos resultantes da melhoria dos indicadores de saúde coletiva, na

¹ Também foram feitas pesquisas, no município, das equipes para avaliação da implantação do PSF em municípios com mais de 100.000 habitantes, e a política de capacitação de recursos humanos deste programa, solicitada pelo Ministério da Saúde.

perspectiva aqui proposta, é ainda pouco explorado na literatura acadêmica. Além disso, esse estudo poderá contribuir para subsidiar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos financeiros frente às necessidades da sociedade. Desta forma, eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, a melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração segurança, eficácia e efetividade.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo introduz as questões consideradas relevantes e pertinentes em relação ao tema escolhido, a motivação para o estudo realizado, a explicitação dos objetivos da pesquisa, assim como a justificativa da sua relevância. Além disso, esclarece os procedimentos metodológicos necessários para a realização do trabalho.

O segundo capítulo aborda o papel do Estado contemporâneo e sua relação com a economia, a questão da alocação do gasto público dentro da dinâmica da economia da saúde no Brasil. As variáveis trabalhadas vão demonstrar os alcances dos gastos públicos conforme suas políticas adotadas e sua relação com a melhoria dos indicadores de saúde no Brasil.

As políticas públicas sociais, em particular de saúde no Brasil, compreendendo uma abordagem dos alcances do SUS, da Atenção Básica em Saúde e o PSF são tratados no terceiro capítulo. Trabalha-se com variáveis que buscam um melhor conhecimento da atuação do PSF e da prevenção de saúde.

Finalmente, o quarto capítulo é dedicado ao estudo do processo de implantação do PSF do município de Vitória da Conquista – BA, e da análise acerca dos principais resultados obtidos nos indicadores de saúde no período compreendido entre 1998 e 2006, levando à conclusões sobre os efeitos positivos na economia local.

1.1 Revisão Bibliográfica

1.1.1 Estado da arte:

A análise da relação entre a implantação do PSF em Vitória da Conquista – BA, a melhoria dos indicadores de saúde e o desenvolvimento econômico local foi realizada a partir

da consulta, análise e crítica de um referencial teórico amplo, incluindo autores da análise clássica do Estado aos estudiosos recentes da economia da saúde.

Brue (2005) e Hunt (2005) expõem de forma bastante ampla a história do pensamento econômico numa visão crítica e detalhada. Discutem sobre a evolução das idéias econômicas de Adam Smith aos mais recentes como neo-institucionalistas dando ênfase às teorias e seus respectivos autores.

Keynes (1982) desenvolve em sua teoria um instrumental metodológico para o sistema econômico como um todo. Com sua teoria, promove uma nova roupagem à macroeconomia, defendendo a intervenção governamental na economia na perspectiva de promover um Estado de Bem-Estar Social por meio das suas políticas públicas.

Nero (2002) enfatiza os fundamentos teóricos que explicam o papel das atividades econômicas no contexto do setor de saúde. Neste sentido, aborda a contribuição da economia para demonstrar a eficácia do serviço de saúde prestado, seja suprindo as necessidades dos usuários, ou reduzindo os gastos governamentais com saúde. Dessa forma, o autor enfatiza a importância da economia da saúde.

Hochman (2005) e Polignano (2002) realizam um estudo sobre as políticas públicas de saúde no Brasil sob a ótica da renda e do emprego. Em suas obras demonstram o tamanho das “conquistas” da população em relação ao acesso da saúde pública.

Couto (2004) estuda o processo de municipalização da saúde em Vitória da Conquista – BA. Explica o papel da municipalização em relação aos serviços oferecidos em saúde, fez referências ao crescimento e eficiência dos gastos enquadrando-os numa maior participação dos municípios, como estratégia de racionalização dos serviços de competência pública e num contexto de formação do Sistema Único de Saúde.

1.1.2 *Conceitos norteadores*

Para analisar o modelo da prestação de serviços públicos de saúde em Vitória da Conquista – BA, a partir do desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, discute-se os seguintes conceitos:

Economia da Saúde: Ao decorrer do estudo sobre o assunto, o que se pôde constatar é que este conceito se diversifica muito dentre os autores como: economia da saúde é um

ramo da economia que é reportado para o estudo da forma de organização, funcionamento e financiamento da saúde, segundo a Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP, 2000, p.1); o conhecimento econômico posto em prática no campo da saúde; parte da economia que objetiva a otimização das ações de saúde (PIOLA; VIANNA, 2002, p.29); é o estudo de uma melhor escolha, na distribuição e uso, dos recursos escassos designados à saúde (VIANNA; MESQUITA, 2003, p.2); a economia da saúde colabora multidisciplinarmente com intuito de “entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda” (NERO, 2002, p.7); um modo de pensar da consciência da escassez com intuito de melhorar a repartição final dos recursos disponíveis ao setor da saúde. Assim, este trabalho está fundamentado a partir destes pressupostos visando comprovar as conjecturas levantadas.

Programa de Saúde da Família – PSF: Conforme Mendonça e Sousa (2005, p.11) o PSF tem a responsabilidade de estruturar e organizar a Atenção Básica nos municípios e para isso tem as características, em suas unidades básicas, de ter uma população delimitada, o papel de intervir sobre os fatores de riscos aos quais a comunidade está exposta e realizar educação e promoção da saúde à população. Neste trabalho será abordada a contribuição deste programa no setor de saúde para a análise das mudanças de comportamento dos indicadores.

Indicadores de qualidade de vida: Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a qualidade de vida é um conceito ligado ao desenvolvimento humano. Não significa apenas que o indivíduo ou o grupo social tenham saúde física e mental, mas que estejam bem com eles mesmos, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio. O avançado crescimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Com isso, passou a ser necessária a avaliação das condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado à necessidade de acrescentar "vida aos anos" (OMS, 1998, p.1).

Gastos públicos: A preocupação com a atuação dos gastos públicos na economia é recorrente, com os impactos deles sobre o desenvolvimento econômico da nação. A população espera melhor utilização dos recursos, pois existem limites para a expansão das receitas que financiam o aumento dos gastos per capita. Nos países em processo de

estabilização econômica, nos quais o ajuste fiscal é fundamental da política macroeconômica a necessidade de aumento da produtividade dos gastos públicos é ainda maior. O aumento da produtividade dos gastos, seu principal objetivo, passa pela formulação de uma política de avaliação microeconômica dos programas (IPEA, 2001, p.1-3). O estudo dos gastos governamentais será utilizado para que seja feita auxílio da avaliação econômica do programa para o município.

Saúde pública: Para Ayres (1997), a saúde pública são questões éticas e metafísicas (que resultaria, nas noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade, por exemplo). Há dispersões entre o conceito de saúde pública do sanitarista, pois, compreende o estado de saúde das populações e seus determinantes (apud ALMEIDA FILHO, 2000, p. 4).

Prevenção de saúde: Considera-se que medidas preventivas simples devam ser tomadas se puderem evitar conseqüências graves ou de difícil reparação. O risco deve incluir não apenas a probabilidade de uma doença ou condição a ser evitada, mas também todo o potencial impacto que esta doença terá para o paciente, e mais, nem todas as medidas preventivas, mesmo que eficazes, são realizadas, seja por serem de difícil implementação prática ou porque o risco do evento que destinam a prevenir é baixo (SAPIENZA, 2007, p.1). Percebe-se que a prevenção da saúde pode ser adquirida através de medidas básicas como rede de esgoto, diminuindo doenças como as verminoses, as diarreias e conseqüente desidratação; e uma medida básica de saúde importantíssima é a vacinação de crianças e adolescentes.

1.1.3 Teoria de base

John Maynard Keynes foi considerado o economista mais influente do século XX. No plano teórico, sua vasta obra tem como livro mais importante A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda, publicado em 1936, o qual pode ser considerado um marco na moderna teoria macroeconômica, tendo alterado decisivamente os rumos da teoria econômica.

Keynes defende a idéia da intervenção do Estado na economia para estimular os investimentos privados e elevar o nível de atividade, a partir da constatação de que o sistema capitalista apresenta tendência a se equilibrar abaixo do pleno emprego, devido a insuficiências de demanda agregada.

Conforme Keynes, o “amor pelo dinheiro” propulsionaria a geração de riqueza, no qual esta só se justificaria socialmente se promovesse melhoras nas condições materiais da

sociedade como um todo. É bem verdade que aquela motivação pode também criar patologias, sempre que o desejo de reter dinheiro implicar redução na demanda efetiva e, portanto, na geração de desemprego. Nestas circunstâncias, o Estado atua com intuito de recuperar o nível de atividade.

Portanto, para Keynes, a Economia só pode ser compreendida enquanto uma ciência moral, – já que os seres humanos são “sujeitos ativos e reativos” das suas próprias decisões – o “bem comum”. Sendo assim, o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) tem seu início marcado na garantia de direitos universais conforme programas de seguro social já no final do século XIX, com políticas de educação, saúde, proteção a idosos, mulheres, incapacitados etc. Assim, promovendo à população políticas no sentido de ampliar o Estado de Bem-Estar, seja na saúde, educação, lazer, esporte, cultura, o Estado automaticamente promove um maior desenvolvimento econômico.

Este trabalho está fundamentado, conforme a teoria econômica, nas concepções da intervenção governamental, conforme defende Keynes, pelo fato do PSF se tratar de uma política pública. A economia infere nas políticas públicas através, principalmente, da alocação dos recursos nos financiamentos de políticas sociais.

1.2 Metodologia

Este é um trabalho de caráter bibliográfico e documental, onde através de vários autores, busca-se subsídio teórico para a reflexão do tema com suas questões atuais. Organizar este trabalho e refletir sobre a relação entre saúde e economia foi possível através do diálogo estabelecido com os autores a partir de suas obras.

Procurou-se analisar o funcionamento do PSF no município em seus aspectos operacionais e financeiros, os quais foram cruzados com informações constantes em relatórios de gestão, buscando uma avaliação dos seus impactos sobre os indicadores de saúde do município e seus possíveis impactos sobre o desenvolvimento econômico local.

Na metodologia desenvolvida para a coleta de dados utilizou-se de pesquisa em documentos, revistas, livros, artigos, publicações estatísticas, internet, sendo que a análise documental consiste em estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais pode estar relacionada. Todo material

recolhido recebeu um tratamento analítico e foi submetido a uma triagem, a partir da qual foi possível estabelecer um plano de leitura.

Os dados foram colhidos na Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista – BA, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – BA, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Unidades Básicas de Saúde – USB, Ministério da Saúde; Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

A teoria foi desenvolvida a partir de levantamento bibliográfico fundamentado nos pressupostos teóricos da teoria de Keynes. O estudo prático utilizou-se da metodologia desenvolvida, a partir dos instrumentos de coleta de dados extraídos da Secretaria de Saúde do município de Vitória da Conquista – BA. As informações constituem-se em números de atendimentos e especificidades dos serviços prestados que foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde. A apresentação dos resultados dos dados questionários e observações diretas foram demonstrados em tabelas, gráficos, seguida de considerações acerca da forma de obtenção.

O método utilizado baseou-se no hipotético-dedutivo, onde a área enfocada na pesquisa foi avaliada sob a ótica econômica e social, servindo de incremento para a comprovação das hipóteses levantadas, visando sustentar a análise final sobre a dinâmica dos serviços públicos de saúde prestados em Vitória da Conquista – BA, traduzidos em melhores indicadores de saúde da população e seus efeitos sobre a dinâmica do desenvolvimento local.

2. INTERVENÇÃO DO ESTADO E OS GASTOS PÚBLICOS

2.1 Contexto histórico da intervenção governamental

Com o advento da revolução industrial, ocorrida entre os séculos XVIII e XIX, a sociedade sofreu transformações bastante significativas. O desenvolvimento da indústria têxtil em larga escala, representada pelo aumento da produção e baixa dos custos, impulsionou o aparecimento de várias atividades produtivas. As características socioeconômicas do modo de produção capitalista, então estruturado, substituíram as práticas mercantilistas predominantes até essa época, beneficiando em muito o livre comércio internacional.

Devido às novas condições de oferta e demanda de mão-de-obra, surge uma força de trabalho livre, porém mal remunerada, com condições de trabalho precárias. Isso fazia com que os produtores se tornassem mais adeptos a livre iniciativa do mercado na economia (*laissez-faire*²), haja vista que essa situação favorecia aos lucros crescentes dos empresários (HUNT, 2005, p.37; BRUE, 2005, p.48).

Adam Smith, fundador da escola clássica, demonstra com clareza a dissolução da velha estrutura econômica e do poder político em sua obra “A Riqueza das Nações” (1776). Afirmava que a economia funcionaria de forma autônoma, sem a participação do Estado, através da iniciativa privada; e ainda que ao procurar seu próprio interesse, o indivíduo estaria promovendo a realização do interesse social, ou seja, ao almejar o aumento dos seus rendimentos e das suas satisfações materiais, trabalhariam para aumentar a riqueza da coletividade, já que a perfeita distribuição das riquezas entre os indivíduos se daria conforme os princípios do ajustamento do mercado pela concorrência, da racionalidade do homem econômico e do *laissez-faire* (ROSSETTI, 1987, p.41). “[...] As intervenções, as concessões de monopólio e os subsídios especiais do governo – tudo isso tendia a alocar mal o capital e a diminuir sua contribuição para o bem-estar econômico” (HUNT, 2005, p.57).

O liberalismo foi tratado, dessa forma, como uma resposta à ameaça representada pelas críticas à sociedade capitalista e entre seus princípios fundamentais, a concepção utilitarista do valor “que rompe com a distinção clássica entre valor de uso e valor de troca,

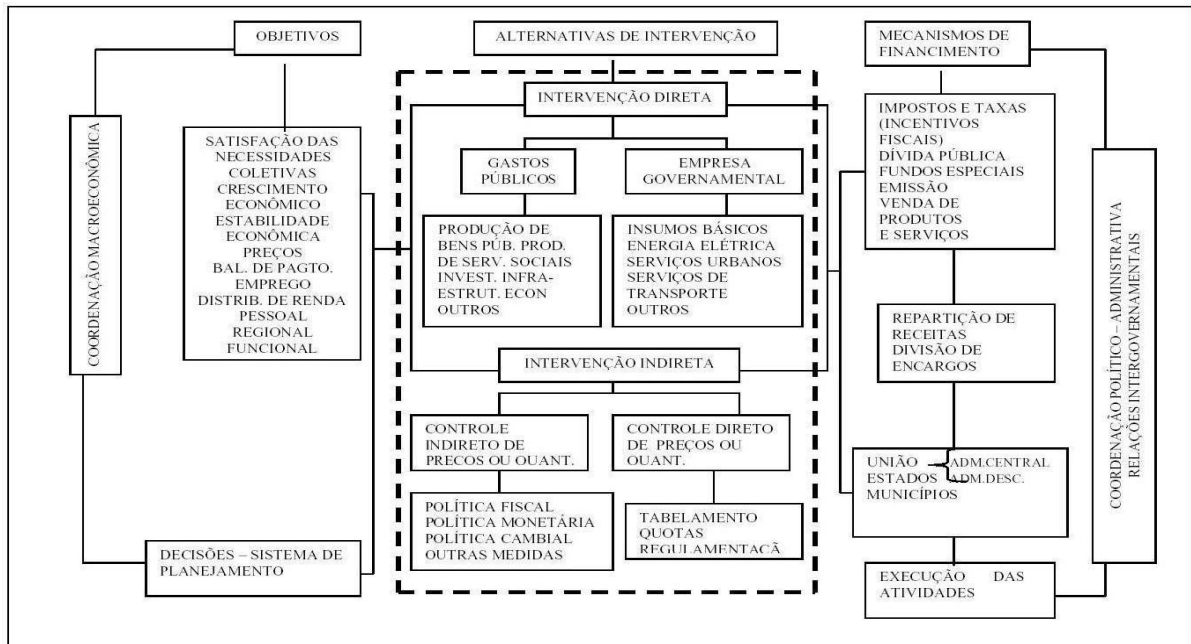
² Acreditava que ao deixar os indivíduos livres uma “mão invisível” garantiria o Estado de Bem-Estar de toda a sociedade.

passando a analisar a utilidade e desutilidade como indutor da psicologia do indivíduo” (ROSSETTI, 1987, p.36).

Entretanto, as teses liberais foram fortemente abaladas na década de 1930 com a quebra da Bolsa de Valores de Nova York e com a Grande Depressão, quando milhares de empresas foram à falência nos Estados Unidos, provocando assim o desemprego de milhões de trabalhadores, e transformando-se numa crise da economia capitalista mundial (VIOTTI, 1986, p.59).

Com isso, as teorias de intervenção do Estado ganharam força, principalmente com as idéias de Keynes, que, diferentemente do discurso liberal, propôs em sua obra “A Teoria geral do emprego, do juro e da moeda” (1936), a intervenção governamental na economia para garantir o pleno emprego e um favorável desenvolvimento econômico. Conforme Hugon, Keynes estabelece “uma teoria do funcionamento do sistema econômico em seu conjunto” e com isso estabeleceu uma visão macroeconômica, compreendendo que a procura é que determina a dinâmica do desenvolvimento da economia já que o emprego sofre as mutações do rendimento global. O Estado deveria exercer suas funções por meio do controle sobre a moeda e o crédito, aplicação da política tributária e do seguro social e do estímulo dos investimentos privados através de obras públicas (1980, p.408).

Em resumo, o principal objetivo de Keynes foi apresentar novas soluções aos problemas do capitalismo cuja generalização do Estado do Bem-Estar resultaria num conjunto de ações públicas, a fim de garantir a todo cidadão o acesso mínimo de serviços que melhorassem suas condições de vida. A coordenação macroeconômica efetivada pelo governo, objetivando, entre outros, a realização do crescimento econômico e a distribuição de renda, comporia um sistema de planejamento, compreendendo alternativas de intervenção direta e indireta, previsão de fontes de financiamento e desenvolvimento de programas e projetos, como representado no **Quadro1**:

Quadro1: Objetivos e alternativas da intervenção do governo na economia

Fonte: Adaptado:Rezende (2001, p. 43)

Abrahão afirma que a função da política pública na concepção Keynesiana é disponibilizar serviços que supram todas as necessidades de uma sociedade nos diversos setores. “São estratégias que visam dar respostas às principais questões que emergem a vida em sociedade, tais como, habitação, educação e saúde”. A autora exemplifica o papel das políticas públicas nos países que se adequaram ao *Welfare State*:

Nos países onde houve expansão do *Welfare State* (Estado de bem-estar social), encontramos políticas sólidas, de inclusão e de acesso da grande maioria da população aos bens e serviços gerados pelo Estado. Nos países em que essa política consiste em equilibrar as necessidades sociais ou não foi implantada, ou ocorreu de forma “úmida” ou parcial, como no caso do Brasil, iremos encontrar algumas estratégias que têm a tendência de incluir a população, mas apenas parcialmente (2006, p.1).

Offe complementa que o *Welfare State* se embasa em princípios como assistência à população carente, suprindo assim suas necessidades básicas; pacificar o neo-capitalismo pós-liberal e controlar as contradições sociais e suas conseqüências (apud SALGADO, 2003, p.6).

No entanto, após importantes avanços nas políticas inspiradas nos postulados keynesianos, a crise do modelo econômico na década de 70, atribuída ao excesso de intervenção do Estado, fez com que a maioria dos países capitalistas sofressem com os altos níveis de inflação, desemprego e deficiência de crescimento. Como resposta a essa crise, os teóricos do liberalismo econômico propuseram criar um novo Estado, neoliberal, como a

tentativa de adaptar os princípios do liberalismo econômico às condições do capitalismo moderno e oferecer explicações para a crise e uma alternativa para o fracasso do Keynesianismo. Nesse sentido, Anderson descreve as pretensões do neoliberalismo:

[...] manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com o bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho de quebrar os sindicatos [...] reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas [...] (1995 p.11).

As idéias neoliberais foram expostas ainda no final da Segunda Guerra Mundial, na qual pretendia, entre outros aspectos, combater qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, que era tida como uma ameaça letal à liberdade econômica e política. Os neoliberais desse período defendiam a desigualdade como um fator positivo e até imprescindível em si, contrariando o consenso oficial da época e afirmavam que “o novo igualitarismo, promovido pelo Estado de Bem-Estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos”³.

Ainda conforme o autor, o neoliberalismo se concretizou através dos governos da Organização Européia para o Comércio e Desenvolvimento – OCDE, dentre os quais Inglaterra e Estados Unidos⁴ saíram na frente, pondo em prática o programa neoliberal, que se propagou rapidamente em outros países.

Resumidamente, a privatização, a aniquilação do Estado do Bem-Estar Social e a diminuição dos impostos e tributos sobre o capital fazem parte da proposta de reestruturação do Estado, tornando-o submisso às leis de mercado, na qual este deveria ser o único determinante dos salários e capital.

Höfling aborda o pensamento neoliberal em função das políticas públicas nas quais as ações do Estado, numa tentativa de equilibrar os contrastes gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista, se tornam entraves ao desenvolvimento de um país. Portanto, a

³ Anderson. op. cit., 1995, p.10

⁴ Margareth Thatcher, em 1979, assegurou para a Inglaterra o pioneirismo na Europa na efetivação da receita neoliberal enquanto que Ronald Reagan marcou o início desta prática nos Estados Unidos. Com a ascensão da dupla Thatcher-Reagan ao poder, o neoliberalismo conquista o cerne do capitalismo mundial nos anos 1980.

intervenção do Estado se tornaria uma ameaça aos interesses individuais, pois bloquearia os mecanismos que o próprio mercado gera ao buscar sua estabilidade (2001, p.8).

No Brasil, historicamente o Estado tem assumido um importante papel no processo de desenvolvimento da economia. Juntamente com o capital privado nacional e estrangeiro, a participação do Estado brasileiro na composição dos investimentos em infra-estrutura, na denominada indústria de base, insumos industriais (p.ex. via implantação dos pólos petroquímicos etc), foi determinante no processo de industrialização e acumulação, em diferentes períodos da história econômica recente. A partir de 1950, foram observados sucessivos planos de desenvolvimento, que caracterizam uma presença constante e decisiva do Estado na sua função alocativa/desenvolvimentista no processo de desenvolvimento brasileiro. Isso não obstante curtos períodos nos quais o Estado se aproximou de políticas de corte neoliberal, a exemplo da denominada Era Collor⁵, como também a adoção de princípios e políticas clássicas no campo da política fiscal e monetária.

Assim, desde os anos 1950 o Estado aumentou progressivamente a sua participação em relação ao Produto Interno Bruto – PIB, conforme pode ser observado no **Gráfico 1**. Esse processo esteve legitimado pela realização de compromissos com diferentes grupos sociais, a exemplo do Governo João Goulart, defensor de reformas na base social, ou dos militares, vinculados ao grande capital, inclusive os investidores estrangeiros. Saliente-se que há uma contradição, expressa no crescimento das demandas sociais, com a decrescente capacidade de o Estado atrair recursos, em um contexto de crises na economia, acompanhadas do aumento do endividamento do Estado brasileiro, da inflação e da estagnação econômica nos anos 1980.

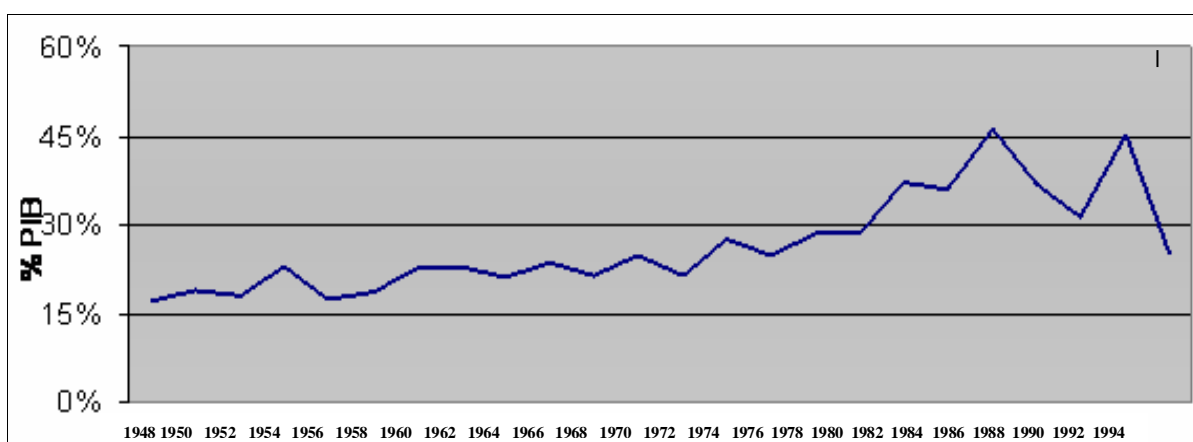


Gráfico 1: Participação da despesa total do setor público brasileiro no PIB – 1948/1994

Fonte: Adaptado: Rezende (2001, p.24)

⁵ Nos dois anos em que ficou à frente da Presidência da República, Fernando Collor de Mello adotou diversas medidas liberalizantes, como a abertura comercial, privatizações etc.

A partir da década de 80, tem-se observado uma crescente preocupação do Estado brasileiro com descentralização fiscal e com o uso de instrumentos de regulação; em particular na área da saúde, o Estado tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo, como veremos no item 3.1. As mudanças nas atribuições de arrecadação e de gastos incluídas na Constituição Federal de 1988 deram maior autonomia aos estados e municípios. Atualmente, o Governo vem empreendendo medidas e esforços no sentido de estabelecer regras mais claras de captação e utilização dos recursos públicos, a fim de conter o crescimento dos gastos públicos e dos déficits dos estados e municípios, na perspectiva de melhorar os indicadores de saúde da população e, conseqüentemente, de promover o desenvolvimento sócio-econômico do país.

2.2 Gasto Público com a saúde no Brasil

O debate sobre finanças públicas tem se destacado em sua significância para a determinação das formas de financiamento das políticas sociais e, principalmente no setor da saúde, por buscar bases fiscais adequadas ao financiamento das suas políticas, e determinar os parâmetros adequados para a formação do orçamento e as atividades que cabem efetivamente ao Estado nesse campo (MEDICI, 1995 p.2).

No Brasil, os gastos governamentais com a saúde, ou seja, o financiamento das políticas públicas do setor é uma prática que vem se destacando, do ponto de vista econômico, há pouco tempo, sobretudo a partir das décadas de 60 e 70, momento no qual esse tema ganhou destaque no debate sobre as relações da saúde com o desenvolvimento econômico e social. A importância desse debate ganha mais ênfase no final da década de 70, numa perspectiva de ampliação dos serviços, sua extensão e cobertura para os mais amplos contingentes de população.

De acordo com os dados do **Gráfico 2**, o grande destaque foi para a participação dos gastos em Seguridade Social nos anos de 1995 a 1998, no governo de Fernando Henrique Cardoso, no qual passou de 50%. No setor da saúde, entre os anos avaliados, o período de 1990 a 1994 teve maior participação, apesar de ter sido em 1998 que o SUS se consolidou efetivamente.

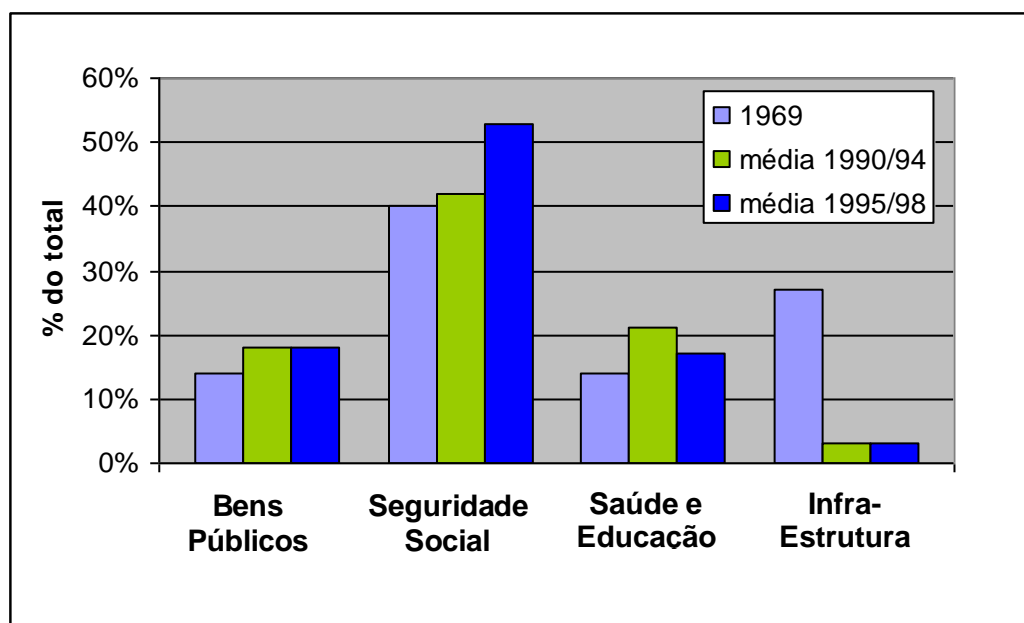


Gráfico 2: Participação das funções nos gastos federais não financeiros

Fonte: Adaptado: Rezende (2001, p.73)

Para Médici, nesse período a participação do governo no financiamento da saúde, basicamente, resumia-se em ações de saneamento e combate a endemias; com isso:

[...] os mecanismos de assistência médica, que em geral consomem a maior parte dos gastos com saúde, não estavam propriamente no aparelho do Estado, na medida em que eram financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos (MEDICI, 1995, p.2).

No Brasil, no que se refere a gastos públicos com saúde, para além desse cenário de reforma do Estado e de controle do gasto público, evidencia-se as inovações introduzidas nas duas últimas décadas como conseqüências também de fatores internos ao próprio setor, potencializados por sua dinâmica própria e pela implementação do SUS.

Cohn assevera que os gastos federais com saúde vêm se evoluindo consideravelmente nos últimos anos devido à mudança do patamar do gasto *per capita* a partir de 1995; a uma melhoria no perfil das prioridades da política alocativa federal; a distribuição, ou cooperação, financeira da União para estados e municípios não se expressa em transferências globais de livre uso pela esfera recipiente e a persistência de iniquidades espaciais na alocação dos recursos financeiros (2000, p.9).

Como pode-se observar no **Gráfico 3** entre os anos 1980 e 1996 os municípios tiveram sempre maior participação na execução dos gastos no setor de saúde e saneamento se

comparados à previdência e assistência social e à educação e cultura, apesar de não superar a participação da União nem do estado, neste período. A União tem participação significativa na execução dos gastos na previdência e assistência social e na saúde devido a maioria dos municípios brasileiros não terem um regime previdenciário próprio. Os estados têm maior participação no setor de educação e cultura, pois mantém, por obrigação constitucional os institutos de ensino médio, porém na realidade, acaba arcando também com despesas do ensino fundamental e superior que são obrigação dos municípios e União, respectivamente.

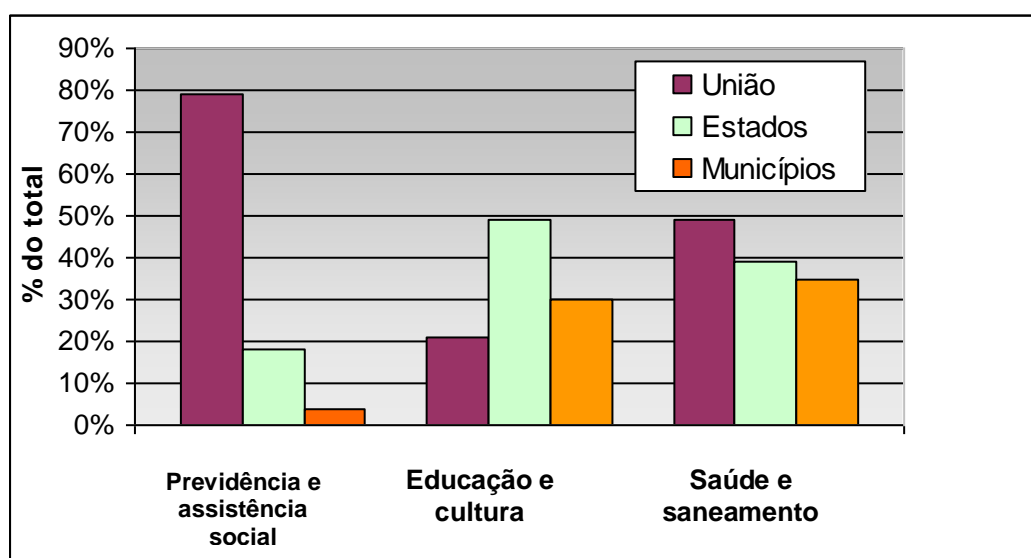


Gráfico 3: Participação na execução dos gastos sociais por áreas selecionadas e esferas do governo de 1980 a 1996

Fonte: Adaptado: Rezende (2001, p. 327)

Como já vimos na seção anterior, a crise da década de 30 propiciou uma avaliação do tamanho da participação do governo e conseqüentemente, o Estado interveio no sistema econômico consideravelmente, principalmente para combater a inflação e amenizar o problema da mão-de-obra desempregada, já que sua responsabilidade baseava-se na prestação de serviços essenciais à população.

As falhas que o mercado apresenta é a justificativa da necessidade de uma maior participação do Estado nas quais são determinadas pela existência de assimetrias das informações; dos bens públicos; do poder que tem o mercado e das externalidades. Com essas novas atribuições do Estado, as políticas sociais no país tiveram como foco principal o perfil dos gastos no setor e o processo de descentralização, características da década de 90.

A renda distribuída equitativamente na ampliação das atividades de assistência social e previdenciária representa um novo modelo que o Estado está adotando, objetivando expandir o atendimento às necessidades das classes menos favorecidas. Para tal, há,

inevitavelmente, um significativo aumento nos gastos públicos e conforme a Lei de Wagner “à medida que cresce o nível de renda em países industrializados, o setor público cresce sempre a taxas mais elevadas, de tal forma que a participação relativa do governo na economia cresce com o próprio ritmo de crescimento econômico do país” (WAGNER apud REZENDE, 2001, p.21). Isso devido, principalmente, ao crescimento das funções de segurança e administrativas advindos da industrialização e ao crescimento da promoção do bem-estar social, destacando a educação e a saúde.

Os recursos federais vêm progressivamente sendo repassados a estados e municípios, por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Segundo Dourado (2002, p.54) os recursos financeiros que são destinados aos diferentes níveis de governo, seguem alguns critérios, conforme determina a Lei de nº 8.080/90, que instituiu o SUS; para que tais valores sejam definidos a fim de serem transferidos, é feita uma análise técnica dos projetos e dos programas, nos quais são avaliados:

- perfil demográfico da região;
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo;
- perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.

Além disso, é de responsabilidade do governo federal não somente a definição de programas de ações básicas de saúde, como também estabelecer padrões e mobilizar recursos financeiros. Porém, a execução e o controle destas podem ter como responsáveis as esferas inferiores de governo, mediante convênios. “O controle dos recursos sugere que a definição de diretrizes básicas e a fixação de padrões de atendimento deverão permanecer a cargo das instituições federais do setor” (REZENDE, 2001, p.58). Apesar do que, quando se trata de atribuições federais, não cabe só a União a responsabilidade das decisões; tanto os Estados como municípios devem participar.

Apesar dos gastos públicos com saúde terem avançado, atualmente é necessário que o processo de alocação equitativa dos recursos para custeio seja devidamente associado com

programas de investimento com intuito de equilibrar inter-regionalmente a oferta de serviços de saúde. Para isso, o governo vem procurando implantar uma estratégia política de redução das iniquidades existente na alocação dos recursos federais, inclusive com mais recursos para reduzir as resistências políticas à sua implementação (COHN, 2000, p.20). Porém, a escassez dos recursos é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo setor, pois o volume de recursos implica diretamente na proporção adequada dos atendimentos necessários à população.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS foi registrado em 2006 um gasto de R\$ 320,00 por pessoa durante o ano, o que evidencia que o “financiamento público não é suficiente para atender às necessidades do SUS e essa restrição compromete de forma mais expressiva a gestão municipal”. Ainda destaca que no Brasil os gastos públicos destinados para a saúde são muito inferiores, comparados a países desenvolvidos e até mesmo aos países da América Latina. A **Tabela 1** apresenta dados comparativos entre a União, os estados e os municípios em relação a cada habitante e ao PIB, no período entre 2000 a 2004 (2006, p.5).

Tabela 1: Gastos do setor da saúde das três esferas administrativas de governo, no período de 2000 a 2004

ANO	UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS		TOTAL	
	R\$ por habitante	Em % do PIB	R\$ por habitante	Em % do PIB	R\$ por habitante	Em % do PIB	R\$ por habitante	Em % do PIB
2000	119,85	1,85	37,18	0,57	43,60	0,67	200,64	3,09
2001	130,37	1,87	47,97	0,69	53,77	0,77	232,11	3,34
2002	141,65	1,84	57,71	0,75	67,34	0,87	266,70	3,46
2003	153,67	1,75	69,11	0,79	80,39	0,91	303,17	3,45
2004	182,59	1,85	84,33	0,85	90,12	0,91	357,04	3,61

Fonte: Conasems, 2006, p.2.

Nota-se, através dos dados da tabela, que os recursos dos municípios para a saúde são reduzidos. A municipalização da gestão da saúde tende a proporcionar maior autonomia na administração, porém, esse fato irá confrontar maior responsabilidade financeira com as restrições no financiamento. Ou seja, a municipalização promove uma inversão de responsabilidade mas não acompanhada por um financiamento consistente. Dados do

CONASEMS indicam que um número cada vez mais expressivo de municípios tem comprometido em saúde percentuais superiores a 20% de sua receita e, mesmo assim, não se evitam problemas de gestão decorrentes do baixo financiamento, que se expressam de diferentes formas: (1) dívidas com prestadores de serviço com risco de gerar desassistência; (2) crescimento da demanda reprimida na média e em áreas da alta complexidade e (3) dificuldades no custeio e na qualificação das ações básicas (2006, p.6).

Os principais fatores que explicam o crescimento gradual das despesas com saúde são o aumento da esperança média de vida; o envelhecimento dos indivíduos; a expansão das tecnologias médicas, tanto terapêuticas como de diagnósticos e a expansão das ações e serviços de saúde. Esses fatores são observados tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento e se explicam também pela busca incansável por uma maior expectativa de vida. Deve-se ressaltar que a pesquisa científica, voltada basicamente para o desenvolvimento de novos equipamentos e medicamentos, atualmente marcados pela interdisciplinaridade (medicina, engenharia genética etc.), representa “um fator impulsionador do crescimento de gastos” (COUTO, 2004, p.26), refletindo diretamente nas políticas de gastos públicos do setor. Obviamente, para garantir uma melhoria nos diagnósticos e aumento da qualidade na prestação de serviços, são requeridos mais recursos, pois, além da tecnologia, se exige mão-de-obra cada vez mais especializada.

Essa melhoria implica também no aumento (tanto da quantidade como da qualidade) de medicamentos, exames complementares, entre outros, para que o cumprimento do tratamento seja completo e eficaz.

Os gastos crescem em razão de esses tratamentos requisitarem equipamentos mais sofisticados para diminuir os riscos das cirurgias mais complexas e aliviar o sofrimento de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, em que devido à dimensão do agravo, torna-se imprescindível a utilização de técnicas mais complexas (COUTO, 2004, p.26).

Diante do exposto, nota-se a importância da proposta conceitual e analítica da relação entre a melhoria dos indicadores de saúde gerada pela implantação do Programa de Saúde da Família e o desenvolvimento econômico local. Compreende-se que o sistema de Saúde Coletiva, representado pelo PSF, constitui um instrumento de validade na promoção da saúde e de sua interconexão com as perspectivas para o desenvolvimento econômico e social, sendo que a promoção da saúde é base para qualquer iniciativa nesse terreno.

Em Vitória da Conquista – BA, observa-se a tendência levantada por estudos e pesquisas, que demonstram que atualmente os municípios são os grandes contratadores de força de trabalho em saúde, diferentemente de períodos anteriores. Para demonstração disto, segundo o IBGE, em 2005 68,8% da força de trabalho em saúde é contratada pelo município, cabendo à União a responsabilidade por apenas 7,3% e aos Estados 23,9% (CONASEMS, 2006, p.9).

2.3 A dinâmica da Economia da Saúde no contexto brasileiro

Entre saúde e economia há uma distinção significativa, já que esta se fixa na ética do bem comum ou social enquanto a saúde na ética individual, ressaltando que saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço. Além disso, os economistas devem levar em consideração que os serviços de saúde não se tratam apenas de organizações distribuidoras de bens e serviços, a assistência à saúde tem o papel de auxiliar os indivíduos nos obstáculos que os impedem de ter uma melhor qualidade de saúde (NERO, 2002, p.2).

Para Piola e Vianna a economia da saúde estuda as condições ótimas, tendo os meios e recursos limitados, de disponibilização dos recursos da saúde com intuito de assegurar uma melhor assistência e um melhor estado de saúde para a população. Outro objeto de estudo são as condições de vida das populações e suas respectivas conseqüências sobre a saúde e com isso relacionar fatores sócio-econômicos e indicadores de saúde. Seu intuito é aplicar seus conhecimentos para criar instrumentos econômicos nas questões tanto estratégicas quanto operacionais do setor de saúde. Saes detalha mais um pouco o conceito de economia saúde a seguir:

Do conjunto de conceitos econômicos mais amplos, a economia da saúde passa a explorar tópicos relevantes para o seu campo de aplicação: o papel dos serviços de saúde no sistema econômico, no sistema de produção e distribuição dos serviços de saúde, o estudo de indicadores e níveis de saúde correlacionados a variáveis econômicas, o emprego e salários de profissionais de saúde e a oferta de mão-de-obra, a indústria de saúde no capitalismo avançado, o comportamento do prestador de serviço e suas relações com o consumidor, as análises de custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade de serviços ou bens específicos, além da análise das políticas de saúde em vários níveis (2000, p.27).

Assim, a economia da saúde tem estas análises, de custo-benefício⁶, custo-efetividade⁷, e custo-utilidade⁸, como um auxílio na tomada das decisões, pois procura responder alguns questionamentos como: o tamanho do gasto com saúde de uma determinada nação; as fontes de financiamento destes gastos; a melhor alocação de recursos humanos e tecnologia; as necessidades de saúde da população; as implicações da adoção de taxas moderadoras sobre a utilização dos serviços de saúde (VIANNA; MESQUITA, 2003, p.2). “A interpretação dos índices calculados pelas avaliações econômicas têm, no entanto, que ser considerados dentro de um quadro ampliado, onde outros fatores têm que ser levados em conta antes das decisões finais serem tomadas” (COSTA, 2000, p.4).

Através dos seus instrumentos, observa-se que a economia da saúde vem ganhando força em vários países, por auxiliarem tanto na análise como na resolutividade dos problemas do setor e assim torna-se parte indispensável na formulação e avaliação de políticas de saúde. Apesar da sua relevância, a economia da saúde no Brasil, ainda é pouco difundida e até mesmo desconhecida por muitos profissionais da saúde e conta com poucos profissionais atuantes (FSP, 2000, p.1).

Outra notável relevância da economia da saúde é que através da sua atuação, da vida econômica do setor saúde, este ramo da economia chega a detalhes específicos e técnicos de um determinado índice e com este conhecimento adquirido, investe adequadamente em melhores condições de saúde, possibilitando assim, uma base para um maior crescimento econômico futuro, aumenta o acesso da população aos serviços e contribuem para que a população possa viver mais e com saúde.

É de consenso comum entre os autores Nero, Piola e Vianna a relevante significância do estudo da função distributiva dos sistemas de saúde para a economia da saúde, no qual promove discussões sobre as desigualdades existentes nos serviços de saúde evidenciando as possibilidades de uma maior equidade. Também são destacados outros estudos da economia da saúde que são relevantes os quais demonstram o potencial do conhecimento econômico aplicado à saúde como:

[...] o impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde de uma população, ou ainda: a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde; estudos comparativos entre sistemas de saúde de vários países;

⁶ Utiliza-se para a avaliação de um custo dividindo-o pelo valor monetário de determinado benefício.

⁷ Mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não-monetária.

⁸ Serve para calcular o custo por unidade de utilidade, sendo que esta unidade está relacionada ao bem estar do indivíduo, ou seja, trata-se de uma forma mais detalhada de análise de custo-efetividade.

estudos sobre resultados de programas específicos de intervenção na comunidade; estudos sobre financiamento e gastos globais com saúde. Outro tipo de trabalho é a análise econômica de bens e serviços específicos, como, por exemplo, a análise do custo-efetividade de um novo medicamento, ou da viabilidade econômico-financeira de uma nova tecnologia médica (PIOLA; VIANNA, 2002, p.16).

O Estado possui uma responsabilidade muito grande quando se trata do “uso racional dos recursos públicos investidos em saúde”, pois ao destiná-los de forma eficaz, promove uma melhora significativa em determinados indicadores de saúde e com isso possibilita uma avaliação e aplicação mais precisa das políticas e programas públicos⁹. A intervenção governamental também é de fundamental importância “para explicar a evolução dos níveis de saúde como parte integrante da situação social, e não só pela sua intervenção no setor saúde — que pode resultar em benefício para a população e também apresentar maus resultados” já que atualmente a saúde também está sendo vista como parte do processo de desenvolvimento (NERO, 2002, p.3).

Pode-se considerar que a falta de participação de cada membro da população, por seus hábitos e modo de vida torna-se uma controvérsia quando se trata em direito à saúde, equidade, pois saúde não é um bem disponível independentemente das conseqüências das ações individuais. Para isso, a prevenção e educação na saúde pública são de extrema importância já que o objetivo principal destas ações é buscar solucionar problemas específicos e conseqüentemente modificar situações que interferem direta ou indiretamente no controle da saúde coletiva.

Nero faz uma ressalva à participação do setor privado no funcionamento geral do sistema para alguns países, porém expõe que para se atingir os processos produtivos do setor e a organização, é preciso promover alterações estruturais para causar um impacto no desempenho deste:

Alguns países admitem que o setor privado preencha os vazios tecnológicos e operacionais existentes nos sistemas oficiais, conferindo ao setor privado maior responsabilidade pelo funcionamento geral do sistema. Em outros, a privatização buscada parece ter o objetivo de livrar os governos do setor de saúde, da confusão e da miríade de problemas nele contidos (2002, p.5).

O que a economia da saúde, através das suas análises pôde constatar, dos serviços de saúde no Brasil, que não correspondem às reais necessidades da população, é que há, em alguns locais, uso excessivo de alta tecnologia médico-hospitalar para tratamentos que

⁹ Piola; Vianna. op. cit., 2002, p.17-28

poderiam ser preveníveis e falta de controle e desigualdade na distribuição dos recursos advindos da seguridade social, entre outros.

3 A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL E SUA EVOLUÇÃO COM O SUS

3.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A saúde de uma população é consequência, entre outras coisas, da relação entre a sociedade e o Estado, já que é de responsabilidade deste gerar políticas públicas para promover qualidade de vida à população. No Brasil, as ações atuais na saúde pública foram delimitadas “a partir da conjugação da verticalização das ações políticas e o foco em doenças endêmicas e infecto-contagiosas voltadas para a ‘saúde das populações’”, já que o tratamento de um caso individual não é interessante para a saúde pública a não ser que este disperse pela população (HOCHMAN, 2005, p.5).

Historicamente, não se registra ações de saúde para a população no Brasil, até o século XVI; à época da colônia, inicialmente predominava os curandeiros, que desenvolviam suas habilidades com os próprios recursos advindos da terra, como plantas e ervas, e, posteriormente, os boticários¹⁰, que tomavam o lugar dos médicos, devido à falta destes no país. Somente em 1850 foi criada no Rio de Janeiro, uma supérflua estrutura sanitária, devido a chegada da família real, já que não existia no país.

Na República, a primeira ação mais ampla do Governo ocorreu em 1903, no Rio de Janeiro, sob a coordenação do médico Oswaldo Cruz, recém nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. À época, a cidade que se encontrava numa situação desastrosa de epidemias de doenças graves devido à falta de estruturas sanitárias; as doenças se espalhavam pela população provocando assim sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores. Um exemplo desse impacto está nas relações econômicas internacionais, pois, com receio destas epidemias, os navios estrangeiros se negavam a atracar no porto do Rio de Janeiro prejudicando significativamente o comércio exterior¹¹ (2002, p.4).

Em 1920 Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde iniciando a educação sanitária e expandindo as atividades de saneamento para outros estados. Assim como nas grandes áreas urbanas, as áreas rurais também apresentavam a necessidade de erradicar suas endemias, principalmente com intuito de que o

¹⁰ São conhecidos atualmente como farmacêuticos e na época se responsabilizavam pela indicação e manipulação dos medicamentos.

¹¹ Polignano. op. cit., 2002, p.1.

comércio exterior não fosse prejudicado já que a economia brasileira era mantida pela monocultura do café, conforme descreve Roncalli:

[...] as primeiras preocupações do Estado brasileiro, de economia eminentemente agro-exportadora, era com os “espaços de circulação de mercadorias” e daí tem-se, como resultante, ações dirigidas ao saneamento dos portos, particularmente o de Santos e o do Rio de Janeiro. Era importante, ademais, que fosse fomentada a política de imigração, a qual abastecia de mão-de-obra a cultura cafeeira [...] (2003, p.3).

Portanto, nota-se que no Brasil o interesse governamental pela saúde coletiva teve relação direta com o apoio à economia nacional, principalmente com ênfase na economia cafeeira, carro-chefe das exportações do país. Assim, as ações públicas de saúde tinham como intuito conservar e atrair mais mão-de-obra de outros países, visando garantir a exportação e geração de divisas.

Conforme Paulus, Jr. e Cordoni, Jr., a assistência médica não era universal inicialmente e estava agregada aos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho (2006, p.2). Segundo Roncalli, as ações de assistência médica, principalmente, estiveram condicionadas “ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs” (2003, p.3).

As CAP's foram estabelecidas com a Lei Eloi Chaves (1923), considerada como o marco inicial da Previdência Social do Brasil; sua consolidação dependia do poder de organização e mobilização dos trabalhadores em prol da sua implantação. A Previdência deveria ser aplicada ao operariado urbano e eram organizadas por empresas, principalmente as que tinham importância estratégica. As CAP's eram administradas e financiadas pelos empregados, pelos seus consumidores e pelas instituições, sendo de responsabilidade destas o recolhimento mensal das contribuições¹² (DOURADO, 2002, p.49). As CAP's ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias, auxílio funeral e pensões, ou seja, além dos serviços de saúde, haviam os benefícios pecuniários. “A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações no início do século, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social”. No período de 1923 a 1933 foram criadas 183 CAP's, porém, segundo Polignano, foi na administração de Getúlio Vargas que de fato ocorreu à implantação da Previdência Social Brasileira (2002, p.8).

¹² Roncalli. op. cit., 2003, p.3

As CAP's foram substituídas, em 1933, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP's, desta vez organizados por ramos de atividade e com participação do governo. Eram criados de acordo com a importância da sua respectiva categoria, garantiam para os trabalhadores pensão, aposentadoria, assistência médica hospitalar e socorros farmacêuticos. Os IAP's foram considerados os indutores do desenvolvimento econômico do país por fazer com que os trabalhadores poupassem forçadamente através do seu sistema de arrecadação. "Havia, inclusive, financiamento de imóveis para os segurados, além de outros benefícios [...]. Os conjuntos residenciais dos bancários, dos industriários, dos comerciários, continuam de pé, como prova da solidez atuarial daquelas instituições" (ALMEIDA, 2003, p.3).

Em 1930, os Ministérios da Educação e Saúde Pública, do Trabalho e da Indústria e Comércio foram criados por Getúlio Vargas o que acarretou numa pulverização de ações de saúde a outros diversos setores, como para o Ministério da Agricultura e o Ministério do Trabalho na fiscalização de alguns produtos e na higiene e segurança do trabalho, respectivamente (POLIGNANO, 2002, p.4).

Para Hochman, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP representou a princípio apenas uma incorporação do Departamento Nacional de Saúde Pública que existia desde a década de 20 e acrescenta:

O marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública enquanto política estatal foi a gestão do Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde pública (1934-45), [...] Foi a reforma do Ministério que, proposta em 1935 e implementada por Capanema a partir de janeiro de 1937, definiu rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa e adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo (2005, p.2).

A Lei n. 378, de 13/01/1937 aprovou mais uma reforma na saúde pública, a qual dividiu o Brasil em oito regiões, contando com uma Delegacia Federal de Saúde, cada uma delas. A intenção do governo era ampliar o seu controle da saúde em todo o país. Além destas delegacias a reforma instituiu as Conferências Nacionais de Saúde - CNS, "que deveriam reunir periodicamente delegações de todos os estados em um fórum nacional e de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública". A CNS foi um vínculo que o governo federal criou com os estados facilitando assim a inserção das ações da saúde pública (HOCHMAN, 2005, p.3).

Em 1941, foram implantadas reformas na área da saúde sob a coordenação do médico João de Barros Barreto que incluíam, entre outros, a criação de órgãos para orientação da assistência sanitária e hospitalar, agir contra os surtos epidêmicos existentes, atenção às doenças degenerativas e mentais, construção de esgotos e o abastecimento de água. No ano seguinte, foi implantado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP com o objetivo principal de combate à tuberculose e malária (POLIGNANO, 2002, p.5).

Para Zanetti (1993) a industrialização contribuiu de forma efetiva com o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, pois o grande aumento de trabalhadores elevou a demanda por mais mecanismos de assistência aos trabalhadores. “Estes mecanismos tiveram uma lógica de implementação apenas condizente ‘com uma conjuntura econômica bem específica: a da escassez orçamentária e das limitações políticas’” (apud RONCALLI, 2003, p.2). Assim, a significativa ampliação do número de trabalhadores, aumentou consequentemente a demanda por serviços inclusive por reivindicações forçando o governo a desenvolver mais políticas públicas e melhorar as condições de trabalho.

O desenvolvimento industrial, a partir principalmente da segunda metade da década de 50, promoveu a aceleração da urbanização além do assalariamento de parcelas crescentes da população. Ao lado deste crescimento do número dos beneficiários, o governo se viu “impossibilitado” de atender toda essa população e para resolver este impasse, teve que ampliar o sistema de atendimento alocando os recursos públicos. Dourado complementa as consequências da industrialização em relação à saúde:

Nesse ciclo, ocorreu a expansão desordenada de alguns centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, que se desenvolveram com insuficiência de serviços urbanos como água tratada, saneamento básico, habitações precárias etc. Assim, diversas foram as ocorrências de epidemias como a febre amarela, cólera, varíola, além de outras endemias como tuberculose, lepra etc (2002, p.49).

A Lei Orgânica da Previdência Social foi implementada em 1960, no governo de Juscelino Kubistchek, associada a legislação referente aos IAP’s que promoveu a ampliação do leque de benefícios: assistência financeira para empréstimos simples, construção ou aquisição de imóvel, assistência alimentar, fiança para aluguel de residências; além de outros já existentes (ALMEIDA, 2003, p.2).

De acordo com Polignano, como a Lei Orgânica da Previdência Social veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, esta unificação dos IAP’s provocou uma revolta da classe dos trabalhadores que resistiram muito e chegaram a recusá-la

pelas radicais transformações que viria com a sua implementação, ou seja, ela representaria a abdicação dos direitos já conquistados e abrangeria somente os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, no qual os servidores públicos, empregados domésticos e trabalhadores rurais estariam excluídos. Desta mesma forma, agiria o governo militar em relação a abrangência dos beneficiados, mas só em 1967 é que a unificação da legislação destes IAP's se consolidou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

Os governos militares buscaram, como alternativa às restrições orçamentárias, investir nas instituições privadas, “com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia”. Esta ampliação se deu através de contratos e convênios com médicos e hospitais já estabelecidos¹³. Através deste incentivo¹⁴ do governo à atenção médica privada houve um grande aumento no número dos leitos hospitalares privados devido ao aumento significativo de contribuintes. O aumento da necessidade do governo em contratar os serviços particulares na saúde, através de convênios e contratos com instituições particulares se deu com a inclusão dos empregados domésticos, os trabalhadores rurais e os autônomos na Previdência Social.

A Previdência entrou em decadência no fim dos anos 70 devido à má aplicação dos recursos, como a modernização através do uso de tecnologias, aumentando os custos, o privilegiamento do crescimento do setor privado e a assistência que ficou predominantemente baseada no hospital. Como consequência, aumentou o número de movimentos sociais na época, em busca de soluções para a grande desigualdade, o saneamento precário e as péssimas condições de vida causadas pela ineficiência do sistema previdenciário (WARGAS, 2002, p.6).

Com a crise da Previdência, surge o movimento da reforma sanitária, que nasceu como forma de oposição ao regime militar, que para Vargas representou um conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, cujos principais objetivos assinalados são:

[...] universalizar o direito à saúde, integralizar as ações de cunho preventivo e curativo, desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência separadamente, inverter a entrada do paciente no sistema de atenção - ao invés de buscar o hospital quando já estiver doente, buscar a prevenção – do

¹³ Polignano. op. cit., 2002, p.7.

¹⁴ Os incentivos eram concedidos através de facilidades na disponibilização de recursos e financiamentos subsidiados para investimentos nas instituições privadas de saúde.

preventivo para o curativo - promover saúde, descentralizar a gestão administrativa e financeira e promover a participação e o controle social. Por outro lado, o movimento denunciava a forma de organização do sistema, a crise, os gastos excessivos, o privilegiamento da clientela e a concentração de renda. Faziam parte do movimento sanitário desde técnicos do setor saúde até acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde, associações da sociedade civil, etc (2002, p.11).

Nesse período é realizado o desmembramento do INPS, surgindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, em 1974, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com intuito de prestar atendimento médico aos trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes em seus próprios estabelecimentos, o que justificou a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e as contratações de serviços privados nas cidades que necessitavam de uma maior assistência devido ao grande número de beneficiários. Assim, o INAMPS aplicava recursos nos estados para suprir as necessidades dos seus usuários proporcionalmente ao volume de recursos arrecadados e da quantidade de beneficiários.

Como estratégias de reformulação do Sistema Nacional de Saúde foram instituídas as Ações Integradas de Saúde – AIS, conjugando todas as suas atividades, com todos os seus recursos, para assim responder às necessidades prioritárias da população, conforme descreve Polignano:

Em 1983 foram criadas as AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (2002, p.19).

A época da sua atuação coincidiu com o fim do milagre econômico, meados dos anos 70, ou seja, o INAMPS sofreu repercussões da crise do financiamento da previdência social, por isso teve que adotar diversas providências para racionalizar suas despesas. Apesar desta crise, o INAMPS criou o FUNRURAL para que os trabalhadores rurais tivessem acesso aos serviços de saúde equivalente ao prestado aos trabalhadores urbanos. Esta inclusão representou muito para a saúde coletiva do país, demonstrando assim, uma grande melhoria nas condições de acesso da população aos serviços de saúde (SOUZA, 2002, p.5).

O INAMPS, no decorrer dos anos 80, passou por muitas alterações com a universalização do atendimento, isso provavelmente representava uma tentativa de aplicação dos princípios apresentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (RONCALLI, 2003, p.1).

Nota-se, portanto, que o atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira. A exemplo desta universalização do atendimento a que se destaca é o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

3.2 A reforma do setor de saúde e a busca da melhoria na disponibilização dos serviços a partir da consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, como parte de um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, que tencionava a construção de uma rede única com intuito de disponibilizar a população um atendimento unificado e universalizado de saúde.

As Ações Integradas de Saúde – AIS e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS deram continuidade na década de 80 e a partir de 1990 a este processo que teve início na década de 70, na qual esta última denominação passou a ser nomeada de SUS (MELO, 1999, p.1). Vasconcelos destaca o artigo 192 da Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante medidas políticas sociais e econômicas que visem a 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 (2007, p.17).

Com base nesses princípios, o processo de construção do SUS busca diminuir as falhas ainda existentes entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde coletiva no Brasil. Além disso, a Constituição direciona, conforme suas diretrizes, todas as ações e serviços de saúde que são prestados a população, inclusive pelas instituições privadas, sujeitando-os aos seus princípios, ao controle do poder público, a sua fiscalização e aos seus regulamentos.

A instituição do SUS consistiu em desconstruir e substituir o modelo anterior de prestação de serviço à saúde, afinal, este era particularmente excludente, no qual suas políticas públicas eram direcionadas aos contribuintes da Previdência Social. Este novo modelo propõe promover a saúde, dando ênfase às ações preventivas, democratizando as

informações relevantes para que a população conheça os riscos à sua saúde. O SUS foi implantado de forma gradual com a finalidade de assegurar o acesso universal e igualitário da população às ações e aos serviços de saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer pessoa que apresentasse necessidade de consultas, exames, tratamentos nas unidades de saúde e internações que vão da menor complexidade até as mais complexas (SOUZA, 2002, p.6).

Porém, o SUS não atua isoladamente na disponibilização dos direitos básicos de cidadania. Faz parte da composição das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a Previdência e a Assistência Social; tem como objetivo precípuo diversificar a base de financiamento com caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade; universalizar a cobertura e o atendimento; tornar a participação no custeio mais igualitária; uniformizar e equivaler os benefícios e serviços a toda sociedade; seletar e distribuir a prestação dos benefícios.

Nota-se que após a promulgação desta Constituição, a saúde coletiva passou a protagonizar uma verdadeira transformação no processo democrático do país, tendo como objetivo primordial a continuação e o avanço do movimento da reforma sanitária para a concretização do SUS, conforme já foi mencionado anteriormente (JAEGER; CECCIM; MACHADO apud ALENCAR, 2006, p.23).

O SUS é composto por um conjunto de normas e instituições, a exemplo de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e o Instituto Vital Brazil, os centros, postos de saúde e hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue). Mas, à medida que as unidades públicas de saúde se tornam insuficientes para suprir as necessidades da população, o setor privado de saúde entra também com participação no SUS, através de contrato dos seus serviços particulares para com isso, garantir o atendimento a todos. Porém, estes serviços privados, conveniados ou contratados, são desenvolvidos conforme os princípios organizativos e doutrinários da Constituição Federal de 1988 (SESPA, 2007, p.3; BRASIL, 2007a, p.12).

É importante destacar que o processo da descentralização configura um importante fator de democratização do Estado, tanto por proporcionar uma maior participação da população como também por aproximar os estados e os municípios em suas decisões, conforme demonstrado no **Quadro 2**. Por outro lado, seguindo uma tendência desse final de século, o Estado foi reforçado em sua função de regulador em detrimento da função provedora, numa clara adesão aos postulados neoliberais (COHN, 2000, p.2).

Quadro2: Cronologia da descentralização/municipalização no Brasil

ANO	Principais eventos
1980	Sistema de saúde centralizador
1987	Inicia-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - primeiro movimento na direção da descentralização e hierarquização
1988	A Constituição estabelece os princípios de universalização do direito à saúde e ao atendimento médico gratuito como deveres do Estado. Rede regionalizada e hierarquizada. Criação do Fundo de Seguridade Social
1990	Criação do Conselho Nacional de Saúde - 7 de agosto de 1990
1990	A instituição da Lei Orgânica da Saúde /LOS - Lei 8.080/90, que dispõe sobre a criação do Serviço Único de Saúde (SUS) e estabelece o conjunto de ações que devem ser seguidas por instituições públicas, federais, estaduais e municipais.
1990	A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, regulamentam a participação da comunidade na gestão do SUS - Lei 8142/90.

Fonte: Adaptado SBPC/Labjor Brasil (2002)

Enquanto a Constituição de 1988 define as diretrizes, os princípios e as competências do SUS, a especificação do papel de cada esfera de governo no SUS – nacional, estadual e municipal – é determinado pela Lei Orgânica da Saúde – LOS. Para isso é preciso identificar as especificidades da atuação a cada uma das macrofunções¹⁵ gestoras, para que o Estado possa atuar em cada esfera governamental, promovendo assim assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, articulação intersetorial e saúde do trabalhador. Segue designação de cada nível de governo:

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2007a, p.14).

A prática cotidiana de gestão do SUS, seja qual for o nível de governo, impõe um importante desafio aos gestores. No **Quadro 3** estão descritas as atribuições e competência de cada esfera do governo, segundo definição do Conass¹⁶:

¹⁵ As principais macrofunções são: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação da rede de prestadores públicos ou privados; e prestação direta de serviços de saúde.

¹⁶ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Quadro 3: Atribuições e competências da União, dos estados e municípios, comuns ou específicas

União	Estados	Municípios
<p>Papel de caráter normativo.</p> <p>Estabelecimento de políticas públicas nacionais de saúde pública.</p> <p>Controle e fiscalização.</p> <p>Promoção da descentralização para Estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal.</p>	<p>Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde.</p> <p>Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios</p> <p>Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteira sem colaboração com a União.</p> <p>Avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual.</p>	<p>Planejar, organizar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde.</p>

Fonte: BRASIL, 2007b, p.26

Além dos gestores, com suas respectivas atribuições e responsabilidades para fazer com que este novo sistema alcance seus objetivos, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu a participação da população na gestão do SUS de duas formas: nas Conferências¹⁷ e nos Conselhos de Saúde¹⁸. Assim a comunidade, através de seus representantes (que são os usuários do SUS), adquire a condição de “opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal” (SESPA, 2007, p.2).

A implantação do SUS promoveu ações muito importantes, como a responsabilidade com a saúde das populações indígenas, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a partir de 1999; a regulação da assistência suplementar à saúde, criada em 2000, na qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS é responsável por promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, por meio da regulação das

¹⁷ Reunião dos representantes da sociedade, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliação da situação da saúde e propor as diretrizes para assim, formular as políticas de saúde embasadas nas necessidades existentes nos municípios, estados e no país.

¹⁸ Órgãos de controle do SUS através da participação da população nos níveis municipal, estadual e federal.

operadoras setoriais, principalmente na relação entre prestadores e consumidores, com isso, garantindo os direitos do consumidor; e ainda a Vigilância Sanitária, em 1999 com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (SOUZA, 2002, p.17).

A SESPA descreve mais detalhadamente a Vigilância Sanitária especificando assim as suas atribuições:

O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (2007, p.3).

O sistema de planejamento do SUS é formado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária dos três níveis de gestão que tem como objetivo indicar processos e métodos de formulação, seja com a finalidade de repasses de recursos ou como controle e auditoria. Com isso, este sistema busca a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação além de promover a “participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde” (BRASIL, 2007a, p.27).

No entanto, há uma clara contradição entre o modelo econômico adotado no Brasil e a proposta do SUS, que se reflete nas condições de funcionamento do sistema. Conforme avaliação do próprio DATASUS¹⁹:

A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil (2007, p.1).

Do ponto de vista da operacionalização e aplicação de recursos no sistema, em geral as Normas Operacionais são responsáveis pela definição dos critérios para que tanto os estados quanto os municípios, voluntariamente, se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. Ou seja, com a implementação de uma gestão descentralizada, as normas operacionais, que são editadas pelo Ministério da Saúde, são as responsáveis pela realização das ações e dos serviços de saúde no SUS, no qual passa por um amplo processo de pactuação entre os níveis de governo e os

¹⁹ Departamento de Informática do SUS

gestores da saúde, assim como por um exame e a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

Assim, o SUS, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/01, define duas condições de gestão municipal: a Gestão Plena do Sistema Municipal e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, na qual através da primeira, o município recebe referente à sua região, o total de recursos federais programados para o custeio da assistência à saúde enquanto que através da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada “o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica” (SOUZA, 2002, p.8). A Norma Operacional Básica - NOB 01/96, aplicada no período entre 1998 a 2000, se tornou um marco no processo de descentralização do SUS devido aos importantes impulsos no âmbito do financiamento, do modelo assistencial e da organização dos serviços e da gestão.

Observa-se, dessa forma, que o processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (BRASIL, 2007a, p.18). Marques e Mendes evidenciam as mudanças causadas com a NOB/96:

A partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências. Há quem afirme que a NOB/96 – em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da Atenção Básica – pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB/93), criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente (2003, p.2).

Em resumo, o SUS se constituiu ao longo de um processo de lutas pela reestruturação da intervenção estatal na área social. Este movimento promoveu com êxito a reorganização do sistema de proteção social brasileiro, por meio de um modelo de Seguridade Social logrado, principalmente, pela Constituição Federal de 1988.

3.3 Atenção Básica em Saúde e o Programa de Saúde da Família

Nas diretrizes do SUS, a Atenção Básica em saúde refere-se a um conjunto de ações de saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, no qual abrangem a promoção e a manutenção da saúde, a reabilitação, o diagnóstico, o tratamento, a prevenção de agravos e a redução de danos ou sofrimentos. Também tem o dever de analisar a qualidade e humanização do atendimento, o funcionamento e a organização do acesso às suas ações e serviços e a estratégia de Saúde da Família. Suas ações são desenvolvidas com trabalho em equipe por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e são dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando as especificidades existentes no território em que vivem essas populações. Portanto, a eficácia e eficiência como pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde é resultado de um nível de atenção primária bem organizada.

Conforme a Portaria de nº 648/GM (2006, p.2), a Atenção Básica tem como fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social.

Who (1978) destaca que princípios da Atenção Básica estão assentados em métodos e tecnologias práticas, fundamentados em conhecimentos científicos, aceitos pela sociedade, sendo que o seu acesso deve estar assegurado à população em geral. Ressalta que a Atenção Básica constitui parte integrante do sistema sanitário do país, desempenhando um papel fundamental, além da sua estreita relação com os objetivos do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Sua importância ainda é avaliada em função de ser o primeiro

nível de contato da população com o sistema de saúde do país, “levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde” (apud GOULART, 2002, p.49).

É consenso entre as diferentes esferas administrativas do governo ter a assistência básica como base dos sistemas de saúde, pela sua capacidade de influir nos indicadores de saúde e de regular a utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, já que a sustentabilidade dos sistemas baseados nos modelos ‘médico-hospitalocêntricos’ tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento; esse fato é evidenciado com a regressão na melhoria dos indicadores de saúde da população, razão pela qual necessita de aprimoramentos em suas estratégias específicas (BRASIL, 2007c, p.16).

Quanto ao financiamento do sistema, ocorreram mudanças significativas a partir de meados de 2001, quando a Atenção Básica, a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, a Assistência de Média e Alta Complexidade passaram a ter seus respectivos recursos. Nesse período, o Ministério da Saúde passou a transferir os recursos financeiros subdivididos para os estados e municípios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde.

É importante destacar, ainda, que o financiamento da Atenção Básica se dá em composição tripartite (União, estados e municípios) no qual estes recursos adquiridos têm como finalidade serem utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município; assim, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, se tornam responsáveis pela organização e execução das ações e cumprimento dos princípios estabelecidos à Atenção Básica, conforme corrobora Souza que ainda enfatiza a mudança ocorrida com os recursos do SUS, após a implantação do Piso da Atenção Básica – PAB:

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da Portaria nº 2.121/GM que implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção (2002, p.8).

O PAB é dividido em duas partes: uma formada por recursos destinados à implementação das “estratégias²⁰ nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde” e outra aos municípios, para o desenvolvimento da atenção básica local. A criação do PAB reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal, porém, vale ressaltar que os recursos repassados através do PAB não satisfazem às necessidades dos estados e dos municípios, pois o custo da Atenção Básica é muito variável dentre as regiões. Além disso, o volume de recursos com sua respectiva designação e os mecanismos de acompanhamento e controle destes gastos, se tornam um problema pela falta de acesso, por parte dos conselheiros de saúde, à contabilidade pública e assim os orçamentos não são debatidos por eles, da forma adequada, prejudicando o controle social, um dos princípios fundamentais do sistema. Assim, os orçamentos aprovados pelos conselhos, muitas vezes não são executados devido à falta de um acompanhamento efetivo, principalmente em relação à liberação dos recursos (DATASUS, 2007, p.1).

Quanto à resolutividade do Sistema, vale ressaltar que as unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, podem oportunizar a humanização do atendimento, sendo capazes de resolver, com qualidade, cerca de 80% dos problemas de saúde da população (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p.1). Para tal, convém destacar que grande parte dessa reestruturação é decorrente de várias iniciativas no referido setor, como a implementação e o acompanhamento do PSF. Porém, a oferta dos serviços prestados deve ser contínua e com uma ampla variedade de ações referentes à saúde, inclusive a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, bem como o apoio nas intervenções familiar e comunitária, quando necessário.

Evidentemente, com essa resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população, o restante das pessoas precisará, provavelmente em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar. Para isso, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, como proposta de aumento da eficiência do sistema a implantação do PSF. Dessa forma, conforme as diretrizes do SUS, a Atenção Básica tornou-se uma das principais estratégias nacionais de assistência à saúde da família. No entanto, considera-se que para torná-la mais eficaz, deve-se ampliar suas equipes para assegurar “condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu

²⁰ Estratégias nacionais que são designadas à Atenção Básica: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

trabalho” (BRASIL, 2006, p.27) como esclarece a Portaria de nº 648/GM, dando ênfase também ao Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS:

O Ministério da Saúde tem agido no sentido de priorizar a municipalização dos sistemas de saúde, o controle social e a assistência básica como porta de entrada do sistema e responsável por modificações importantes nos serviços de saúde. Neste sentido, ganha destaque o estímulo oferecido ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), como responsáveis por uma nova lógica de atenção, que privilegia a manutenção da saúde com atividades preventivas ao invés da mera cura de doenças (2006, p.11).

O PSF foi instituído com o objetivo central de consolidar e aperfeiçoar as diretrizes do SUS, especialmente nos serviços de atenção básica. Assim, essa estratégia apresenta-se como o eixo norteador dos tais serviços e possui como objeto de trabalho a família. O PSF tem como fundamentos básicos a resolutividade, trabalho em equipe interdisciplinar e consequentemente integralidade e intersetorialidade, proporcionando com isso, estímulo à participação social (BRASIL, 2007c, p.19). Para que a atuação do PSF seja eficaz, é de extrema importância a participação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, nos quais Viana e Poz descrevem a influência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS para o desenvolvimento do PSF:

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família) (2005, p.5).

Observa-se que tanto o PACS quanto o PSF apresentam uma atenção diferenciada à população carente do país, por atuar na prevenção e promoção da saúde, o que permite não apenas uma antecipação da demanda como toda uma reorganização dos serviços de saúde. A demonstração da crescente importância do PACS e PSF são notadas pela evolução da participação destes nos recursos advindos do SUS. Os dois programas representavam 4% do total dos recursos destinados para o Atendimento Ambulatorial e para a Atenção Básica em 1998, devido a sua relevância, subiu para 12% em 2000 (KILSZTAJN, 2001, p. 2). E o PSF vem modificando significativamente a forma de pagamento dos serviços, a alocação dos recursos e o modelo de assistência médica.

Um exemplo da significância do PSF é que, em 1998, havia 3.083 Equipes de Saúde da Família - ESF no Brasil; este número havia mais que dobrado, em menos de dois anos para

8.604 equipes. Da mesma forma, o PACS, que tinha 79,6 mil agentes em 1998, saltou para 135,3 mil em 2000. O registro, no início de 2002, passava de 160 mil agentes, “antecipando em um ano a meta de 150 mil agentes, prevista para dezembro de 2002”. Em agosto de 2005 foi feito, no Brasil, outro levantamento da quantidade de equipes de saúde da família, nos quais os dados demonstram a magnitude de 23.499 equipes já inseridas apresentando uma cobertura populacional de 76,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2001 apud VASCONCELOS, 2007, p.18; BRASIL, 2005 a, apud ALENCAR, 2006, p.26).

O trabalho do PSF é realizado em equipe com intuito de fazer a troca entre os conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, adquiridos com as famílias cadastradas, o conhecimento específico dos profissionais da equipe e da população para que estes profissionais promovam um atendimento mais eficaz, especializado e humanizado a cada usuário. Segundo Alencar, o PSF tem como proposta romper com o modelo assistencial clínico, que é centrado na supervalorização da rede hospitalar, em consultas médicas, na “medicalização”, na pré-consulta e na pós-consulta. Assim, procura promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população (2006, p.16).

A equipe do PSF²¹ compõe-se de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, 04 a 06 ACS²² e, mais recentemente, incorporou as atividades de saúde bucal²³ em suas ações, com a presença de um cirurgião dentista, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. A responsabilidade de cada equipe é de cobrir de seiscentas a mil famílias ou aproximadamente quatro mil pessoas²⁴.

Portanto, o PSF foi implantado como uma estratégia de substituição e reestruturação do modelo de atenção à saúde, pois a operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde passa por inúmeras dificuldades, já que a concretização desses princípios requer, principalmente, a estruturação de um novo modelo assistencial, onde o foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os

²¹ Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias. Estas devem residir ou trabalhar no território de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde da Família.

²² Os profissionais das equipes de saúde devem trabalhar em regime de dedicação integral além de residir no município onde atuam, principalmente, nas respectivas áreas de atuação, para com isso, garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias que estão sob sua responsabilidade.

²³ Vitória da Conquista foi o primeiro município da Bahia a promover a saúde bucal no PSF.

²⁴ Para o enfrentamento dos problemas de saúde, cada equipe deverá conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os agravos referentes à saúde, levantar as situações de risco das famílias, elaborar, junto com a comunidade, um planejamento de ações para a promoção a saúde, prestar assistência integral e contínua, desenvolver ações educativas e intersetoriais.

determinantes das condições de saúde de uma dada população (BRASIL, 2002 apud VASCONCELOS, 2007, p.17).

É necessário afirmar que, ao priorizar a atenção básica, o PSF não busca simplesmente uma redução de custos financeiros, nem opta por técnicas mais simples, o que poderia revelar um caráter de discriminação e de exclusão. Pelo contrário, a tecnologia é considerada uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, e que, diferentemente do que ocorre hoje, deve ser estendida ao conjunto da população. O que se observa é que, ao encaminhar os pacientes com mais garantia de referência e menos desperdício, o Programa Saúde da Família amplia o acesso de todos aos benefícios tecnológicos.

Por outro lado, deve-se destacar que o PSF é um componente articulado com todos os níveis da assistência médica, e não um elemento isolado do sistema. Nesse sentido, fica mais claro que o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros; inclusive, é um dos seus papéis articular a atenção básica com a alta complexidade, buscando, com isso, não apenas racionalizar o uso dos recursos como democratizar o acesso à saúde ao conjunto da população, particularmente os mais necessitados.

Entende-se, assim, que o Programa Saúde da Família representa, tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde, como uma proposta de reorganização da atenção básica, enquanto estratégia para reorientação do modelo assistencial. Responde a uma nova concepção de saúde, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais, que permitem combater não apenas à doença, mas, sobretudo, visa promover a qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. O PSF estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

A experiência com o modelo de atenção preconizado pelo PSF não é exclusivo do Brasil. Ele já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, a exemplo do Canadá, Reino Unido. O caso mais notório é Cuba, onde a resolução dos casos alcança mais de 85%, ficando apenas 15% destinados às unidades mais complexas. No Brasil, outro aspecto positivo é que o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os

municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p. 3).

Outro aspecto importante em relação ao PSF é que a sua implantação traz um grande desafio para os servidores, em particular no que se refere à sua prática diante dos novos paradigmas. É necessário se fazer uma revisão na metodologia de trabalho, haja vista que essa estratégia requer uma forma renovada de atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e de sua família. Nesse novo modelo, a pessoa deve ser vista de forma integral, o que requer a adoção de novas metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos (MELO; ARAÚJO apud VASCONCELOS, 2007, p.19).

Pelo exposto, observa-se que o PSF no Brasil representa uma grande transformação no atendimento à saúde da população; inclusive, a cobertura populacional das equipes de saúde da família tem aumentado progressivamente, o qual será demonstrado posteriormente. Entretanto, o crescimento mais intenso está sendo notado nos municípios de pequeno e médio portes, os quais possuem até 30 mil habitantes. Atualmente no Brasil, a meta das autoridades é fazer o PSF atingir cidades com população superior a 100 mil habitantes, onde as condições socioeconômicas e culturais são demonstradas através de um acesso desigual na utilização dos serviços de saúde. Para tal, foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, pelo Ministério da Saúde, que vem investindo para o aumento da qualificação do processo de trabalho e desempenho nos serviços de saúde (ALENCAR, 2006, p.26).

Por último, cabe destacar que o maior vínculo e humanização da atenção básica, mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes é mais distante e fria, pode ser garantido pela flexibilidade e diversidade do modelo. A riqueza das práticas possíveis já é testada, em muitas localidades, com o uso de terapias não-convencionais, plantas medicinais, homeopatia etc.; em outras, estão se tornando comum a organização de grupos para realizar caminhadas e apresentações teatrais, na perspectiva de desenvolver ações integrais e melhores respostas para a assistência (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000, p.5).

4. REFORMA DO SETOR DE SAÚDE, ASPECTOS ALOCATIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O COMPORTAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE

O município de Vitória da Conquista – BA localiza-se na região sudoeste da Bahia, distando 510 km da capital, Salvador. Possui uma faixa territorial de 3.204 km² e uma população de 308.204 habitantes (IBGE, estimativa 2007); seu índice de urbanização é da ordem de 85%. Tem clima temperado na maior parte do ano, ao contrário do que se imagina para localidades situadas em plena caatinga, dada a altitude das terras do município (cerca de mil metros).

A região de Vitória da Conquista – BA, sertão semi-árido do Nordeste do Brasil, tem uma história ligada aos ciclos de gado, mineração e agricultura. “O primeiro núcleo de população da cidade foi constituído ainda no século XVIII, cerca de 1752, como resultado da intenção da metrópole portuguesa criar um aglomerado urbano [...] entre o litoral e o sertão da Bahia” (BAHIA, apud GOULART, 2002, p.256). Por localizar-se às margens da BR-116 (rodovia Rio-Bahia), via principal que liga o Nordeste ao Sul-Sudeste brasileiros, a cidade é tida como ponto de trânsito obrigatório de correntes humanas e comerciais.

Para Teixeira a posição geográfica da cidade é estratégica e a grande consequência disto, entre outras, é a concentração de populações migrantes, o que acarreta, naturalmente, forte impacto na área de saúde:

Trata-se de uma posição geográfica estratégica, com influências econômicas e culturais recíprocas dentro de uma vasta região que abrange os estados da Bahia e de Minas Gerais, polarizando mais de 80 municípios, com uma população de abrangência superior ao milhão de habitantes (apud GOULART, 2002, p.257).

Os índices de condições de vida e de desenvolvimento humano (da ordem de 0,574) de Vitória da Conquista – BA são baixos comparados a índices de outras cidades brasileiras com o porte equivalente, onde tem o nível de educação, renda e longevidade como principais responsáveis por estes indicadores. Os indicadores urbanísticos também são delicados: “[...] no saneamento básico, a rede de abastecimento de água não alcança mais do que 55% da população urbana e a de esgotos chega apenas a 35% na zona urbana” (GOULART, 2002, p.257).

Como já foi mencionada anteriormente, a abertura da BR 116, ocasionada em 1940, promoveu o desenvolvimento econômico local. A economia do município está assentada basicamente na prestação de serviços, particularmente nas áreas de educação e saúde, além da agricultura e do comércio, com grande abrangência. O setor terciário de serviços e comércio é o que mais se destaca, por gerar mais novos empregos seja diretos ou indiretos, contribuindo assim, com cerca de 74% do PIB municipal em 2004 (último ano que o PIB municipal foi mensurado). Além disso, a cidade conta com uma rede extensa de instituições de ensino nos três níveis, sendo sede de uma universidade pública estadual (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB) dentre outras instituições privadas (GOULART, 2002, p.258; COUTO, 2004, p.80).

4.1 A dinâmica da saúde pública do município de Vitória da Conquista

O município de Vitória da Conquista – BA conta com um sistema de saúde municipalizado e descentralizado, sua habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica se deu desde 1998, apesar da gestão municipal ter se iniciado em janeiro de 1997. Com a gestão plena o município assumiu a administração com a implementação de ações que reorientaram o modelo de assistência à saúde no qual foi possível através de grandes investimentos aplicados no setor.

Solla²⁵ descreve a experiência bem sucedida de Vitória da Conquista – BA:

A experiência de Vitória da Conquista na implantação de um Sistema Municipal de Saúde coerente com os princípios e diretrizes estabelecidos para o Sistema Único de Saúde é identificada como um dos mais importantes e bem sucedidos processos de municipalização da saúde no Estado da Bahia (2005, p.6).

Em 1997 grande parte das unidades de saúde do município estavam praticamente sem funcionar devido as precárias condições de trabalho, com os serviços de água e energia suspensos, sem medicamentos e os funcionários extremamente desmotivados, com seus respectivos salários atrasados (a aproximadamente cinco meses), havia 195 funcionários contratados e apenas 06 unidades básicas de saúde para suprir as necessidades da população. A rede SUS era conformada por nove unidades hospitalares e uma relação de consultórios e

²⁵ Jorge Solla é ex-secretário municipal de saúde em Vitória da Conquista e atualmente é secretário da saúde do Governo do Estado da Bahia.

clínicas médicas, a maior parte credenciados desde o período do antigo INAMPS. Tanto o Conselho Municipal de Saúde, como as atividades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica estavam desativadas. As dívidas com os fornecedores e prestadores de serviços inviabilizavam o funcionamento dos serviços (SOLLA, 2005, p.5; REVISTA SAÚDE, 2002, p.3).

Desde outubro de 1999 a Secretaria Municipal de Saúde – SMS, de Vitória da Conquista – BA recebe repasses de recursos financeiros advindos do SUS referentes à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A Coordenação Administrativa e Financeira – CAF, da Secretaria Municipal de Saúde, apresentou no Relatório de Gestão (2006), dados sobre o financiamento das ações e serviços de saúde referentes ao ano de 2006 onde a previsão orçamentária para o ano era de R\$: 87.458.754,00 (oitenta e sete milhões, quatrocentos e cinquenta e oito mil setecentos e cinquenta e quatro reais). Dentre este orçamento R\$: 10.525.852,98 (dez milhões, quinhentos e vinte e cinco mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e noventa e oito centavos) estava previsto para se investir em projetos e o restante, R\$: 76.932.901,02 (setenta e seis milhões, novecentos e trinta dois mil, novecentos e um reais e dois centavos) em atividade de manutenção. A CAF ainda faz uma ressalva que a execução orçamentária e o controle destes recursos, se dá como um desafio ao manter o “equilíbrio entre receita e despesa dentro do princípio de equidade do SUS e no atendimento de todas as demandas e necessidades da população” (SMS, 2006, p.1).

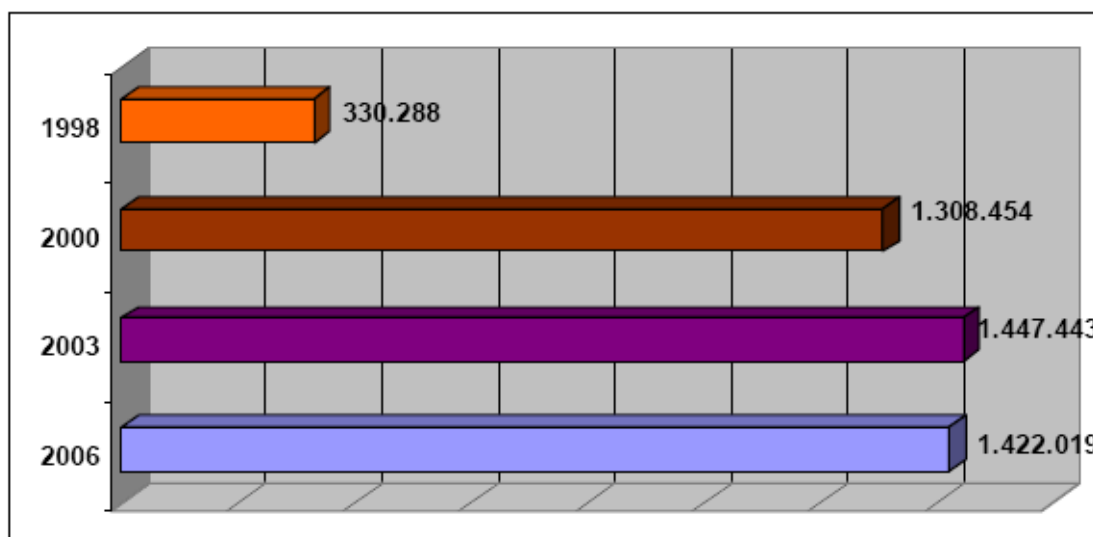


Gráfico 4 - Procedimentos de Atenção Básica realizados pela Rede Pública Municipal de Vitória da Conquista – BA 1998 a 2006

Fonte: SMS, 2006, p.4

Conforme já foi descrito anteriormente no item 3.2, a transferência de recursos fundo a fundo possibilita à administração implementar ações para mudança do modelo de Atenção e só em outubro de 1999 o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, ocasionando com isso, uma grande transformação no setor. Dentre os anos de 1998 a 2006 houve um significativo aumento da oferta de serviços, oferecidos pela rede pública municipal, como demonstrado no **Gráfico 4**.

Os procedimentos básicos demonstrados neste gráfico referem-se a teste do pezinho, aferição de PA, aplicação de vacinas e injeções, curativos, glicemia capilar, consultas, e nebulização.

Atendendo as diretrizes do SUS, no que se refere à universalidade e equidade além da rede básica também são consideradas como 'portas de entrada' no sistema municipal de saúde os serviços de urgência/emergência (pronto-socorros e Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU²⁶) e algumas unidades especializadas ambulatoriais que por suas características particulares foram definidas como de acesso direto, as Unidades Especializadas como (SMS, 2006, p.4):

- Laboratório Municipal;
- Hospitais e Clínicas conveniadas ao SUS;
- Centro de Referência em DST/ AIDS;
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária;
- Centro Municipal de Reabilitação Física – CEMERF;
- Ambulatório de Hepatite C; Hospital Municipal Esaú Matos;
- Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II;
- Centro de Especialidades Médicas – CEMAE;
- Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS ad / CEAD;
- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Toda essa demonstração de melhoria no acesso e na qualidade da assistência em saúde no município de Vitória da Conquista – BA se deve a uma construção coletiva dos gestores, dos profissionais e também com a participação da comunidade, onde a capacitação de recursos humanos tem sido algo fundamental na consolidação do SUS. Para

²⁶ Segundo Solla, a implantação do SAMU em Vitória da Conquista foi iniciada ainda em 2000 sob a denominação de "Resgate Médico", bem antes do Ministério da Saúde conformar uma proposta nacional - em janeiro de 2003 existiam apenas 16 municípios no Brasil com serviços deste tipo em funcionamento (2005, p.8).

tal, a Coordenação da Atenção Básica promoveu no período de 2006 algumas capacitações com intuito de que estas ações levem a uma melhoria na qualidade do atendimento prestado à comunidade fortalecendo desta forma a consolidação do SUS no município (SMS, 2006, p.4).

Alencar (2006) concorda, conforme descreve logo abaixo, ao afirmar que a implementação de um processo educativo efetivo para os profissionais de saúde pública, impacta numa maior possibilidade de aumentar a resolutividade, intervenção efetiva em relação aos problemas locais por parte destes profissionais, oferecer um serviço de melhor qualidade, uma visão mais abrangente da necessidade do usuário, programar ações para a saúde, dentre outros. O papel da cidadania, da liberdade e da autonomia da população são aflorados com a capacitação dos profissionais e principalmente pelo estímulo crescente do usuário na responsabilidade e construção do autocuidado, os quais provêm das ações educativas desenvolvidas pelo SUS:

[...] o Ministério da Saúde, em parceria com os órgãos formadores, pólo de capacitação do PSF, dentre outros segmentos da sociedade, criou uma estratégia para o desenvolvimento da ação educativa com os profissionais de saúde. Essa proposta deve ser exercida por meio da construção de uma educação permanente sustentada pela concepção de aprendizagem significativa que promova e produza sentidos, proporcionando a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde [...] A adoção da educação permanente em saúde é a estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social no setor (BRASIL, apud ALENCAR, 2006, p.18).

Entretanto, atualmente os sistemas de saúde não dispõem, satisfatoriamente, de um número de profissionais que estejam qualificados para esse novo perfil. Assim, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, com o objetivo de articular o ensino e o serviço, estão investindo na formação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família, estimulando os profissionais a reformarem seus cursos de graduação e a implantarem programas de pós-graduação (especialização e residência em saúde da família) com vistas a essa nova realidade.

Para tal, houve no município de Vitória da Conquista – BA um investimento expressivo voltado para a qualificação da estratégia de Saúde da Família. Foram realizadas várias capacitações para profissionais do PSF e do PACS, entre elas: pré-natal; AIDPI; prevenção da transmissão vertical da sífilis/AIDS; hipertensão arterial; descentralização das ações de vigilância epidemiológica; prevenção e diagnóstico sindrômico das DST/AIDS; controle social; prevenção de câncer cérvico/uterino; imunização; prevenção do uso e abuso

de álcool e outras drogas; hepatites virais; além do treinamento introdutório das novas equipes.

4.2 A Atenção Básica no município de Vitória da Conquista e sua principal estratégia: o Programa de Saúde da Família

Atualmente, Vitória da Conquista – BA conta com uma rede de Atenção Básica de Serviços de Saúde composta por 07 Unidades Básicas Tradicionais e 26 Unidades de Saúde da Família – USF, nas quais equivalem a 51,7% de cobertura. Dentre as USF's estão implantadas 37 ESF's e 27 Equipes de Saúde Bucal – ESB. As assistências médicas são oferecidas nas Unidades Tradicionais (clínico geral, pediatra e ginecologista) e nas USF's (clínico geral), assim como a assistência odontológica, estão presentes em todas as equipes realizando atividades preventivas e tratamento odontológico, a assistência de enfermagem além de ações educativas e visitas domiciliares, bem como ações de vigilância epidemiológica e sanitária. São 44 postos de saúde e mais uma unidade móvel como locais de atendimento para atender o grande território rural e a dispersão da população (SMS, 2006, p.1-3; SOLLA, 2005, p.8).

Das 37 equipes, 23 são da zona urbana que trabalham em 13 USF's e 14 na zona rural, que contam com 13 USF's, as quais estão denominadas na **Tabela 2**:

Tabela 2: Denominação das Unidades de Saúde da Família

USF	Região	Quantidade ESF
Unidade de Saúde da Família Aparecida	Urbana	1
Unidade de Saúde da Família Bate Pé	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Bruno Bacelar	Urbana	1
Unidade de Saúde da Família Capinal	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Cercadinho	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Comveima	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Iguá	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Inhobim	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Jardim Valéria	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Jose Gomes Novaes	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Jose Gonçalves	Rural	2
Unidade de Saúde da Família Lagoa das Flores	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Limeira	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Miro Cairo	Urbana	1
Unidade de Saúde da Família Nelson Barros	Urbana	3
Unidade de Saúde da Família Nestor Guimarães	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Pedrinhas	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Pradoso	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Recanto das Águas	Urbana	1
Unidade de Saúde da Família São Joaquim	Rural	1
Unidade de Saúde da Família São Jose da Vitória	Rural	1
Unidade de Saúde da Família São Sebastião	Rural	1
Unidade de Saúde da Família Solange Hortélio	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Urbis V	Urbana	2
Unidade de Saúde da Família Urbis VI	Urbana	2

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de informações fornecidas pela coordenadora de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde/PMVC, Sr^a Denise Nogueira (2008)

Em média 80% dos problemas de saúde da população têm resolutividade na atenção básica, conforme já mencionado anteriormente, e nessa perspectiva, com a municipalização da saúde, foram implantados diversos programas e serviços de atenção básica, no município, no intuito de atingir os bairros populares e a zona rural e com isso transformar a Atenção Básica em porta de entrada da rede através da Atenção à Saúde da Família.

Para a melhoria da prestação do serviço de saúde no município, dentre outros, foram feitos grandes investimentos no controle das endemias e na Vigilância Sanitária e Epidemiológica, o Conselho Municipal de Saúde foi reativado e foram criados Conselhos Locais de Saúde²⁷ (REVISTA SAÚDE, 2002, p.22).

²⁷ Os participantes destes conselhos são os representantes dos usuários e os profissionais que atuam nas unidades de saúde.

Conforme os **Gráficos 5 e 6**, o PSF, implantado com apenas 05 equipes, o que equivale a uma cobertura de 6,5%, foi ampliado em dezembro de 1999 para 12 equipes (cobertura de 13%); em 2002 o município já contava com 31 equipes alcançando uma cobertura de 55,77% enquanto 2006 fechou o ano com 37 equipes e uma cobertura de 65,05%. Fazendo um comparativo entre os três anos de análise desse trabalho, nota-se um crescimento de quase 10 vezes mais na cobertura do PSF no município, isso devido, como já foi mencionado anteriormente, aos altos investimentos no setor de saúde.

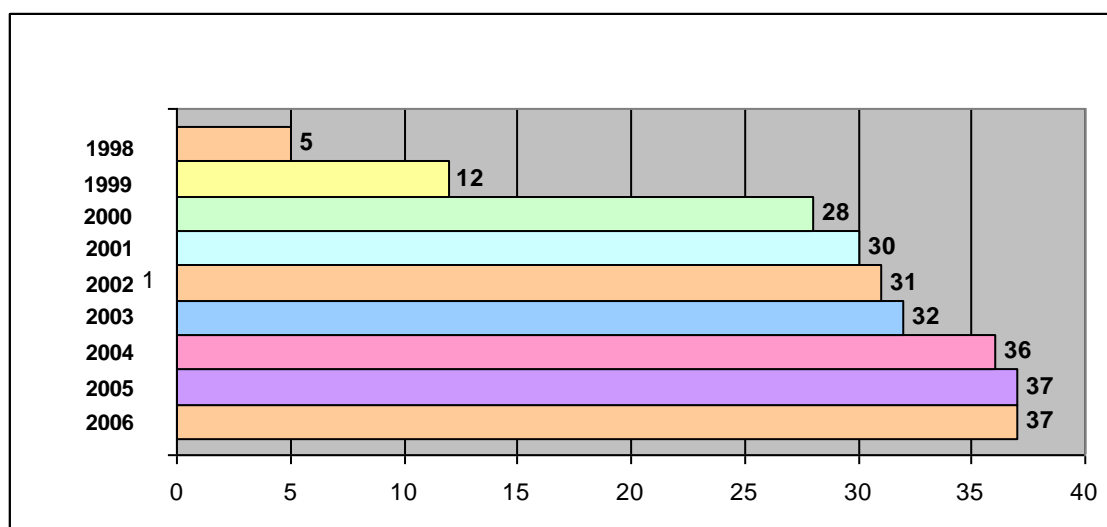


Gráfico 5: Número de equipes de Saúde da Família em atividade no município de Vitória da Conquista – BA, com destaque para os anos de 1998, 2002 e 2006

Fonte: Adaptado: SMS (2006)

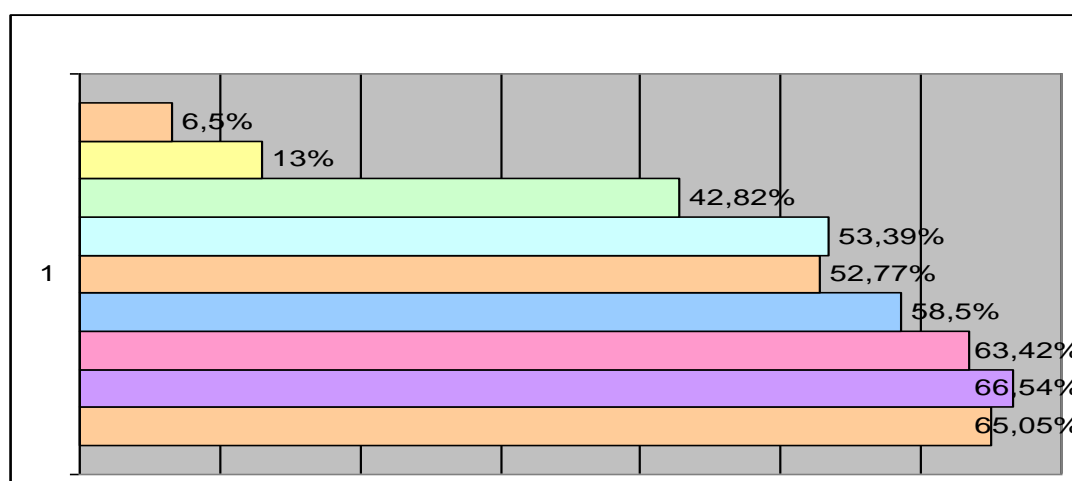


Gráfico 6: Aumento da cobertura do PSF no município de Vitória da Conquista – BA como consequência do aumento do número das equipes entre 1998 a 2006

Fonte: Adaptado: SMS (2006); DATASUS (2008)

Este relevante aumento das equipes proporcionou um aumento na oferta de serviços e ações básicas, concomitantemente com o reforço das ações de vigilância epidemiológica e imunização e a melhoria das condições da infra-estrutura nas unidades tradicionais de saúde.

O crescimento do número de equipes, além de contribuir para a eficácia da atuação do PSF, também representa vantagens financeiras para o Município. Para tal, a Portaria nº 1.329, de 12/11/99, estabelece que os municípios recebem incentivos diferenciados, de acordo com o nível de cobertura. Quanto maior for a abrangência de cobertura da população, maior os incentivos, conforme demonstra a **Tabela 3** a seguir:

Tabela3: Incentivo por equipe conforme a cobertura

Faixa de Cobertura	Faixas de cobertura populacional em %	Valor do incentivo por equipe/ano (em R\$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160

Fonte: Adaptado: Informes Técnicos Institucionais (2000)

Vale ressaltar que, apesar da Atenção Básica ter sido prioridade a princípio, também foram implantados alguns serviços de atenção especializada no município como já mencionado anteriormente: o Laboratório municipal; o Centro de Referência DST/AIDS, que oferece Serviço de Testagem Anônima, Laboratório Especializado; e o Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária, no qual são feitos os diagnósticos e tratamentos de Leishmaniose, Tuberculose e Hanseníase (REVISTA SAÚDE, 2002, p.22).

4.3 A Atenção Básica no município de Vitória da Conquista e sua principal estratégia: o Programa de Saúde da Família

Conforme já foi explicitado, a estratégia do PSF atua, desde a sua implantação, substituindo práticas tradicionais e prestando assistência multiprofissional e integral, ou seja, o programa traz, em seu bojo, a preocupação em promover o acesso dos setores que eram excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis. Assim,

propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde e assume o compromisso de prestar assistência equânime, contínua, universal, integral, e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio. Além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. A seguir, serão apresentados alguns indicadores de saúde referentes ao município de Vitória da Conquista – BA.

De acordo com os dados dos **Gráficos 7 e 8**, podem ser observados que em 2006 o número de consultas de enfermagem²⁸, realizadas nas USF's aumentou 238 vezes, passando de 344 em 1998 para 82.284 em 2006, enquanto que o número de consultas médicas básicas aumentou 31 vezes, passando de 3.037 consultas em 1998 para 97.396 em 2006. Isso é devido ao grande investimento no setor de saúde, seja na melhoria dos serviços como no aumento das equipes, conforme já mencionado anteriormente.

Porém, esse destaque do aumento das consultas de enfermagem em relação as médicas básicas, se justifica pelo trabalho de acompanhamento que os profissionais de enfermagem fazem com as crianças, no seu crescimento e desenvolvimento conforme preconiza o SUS.

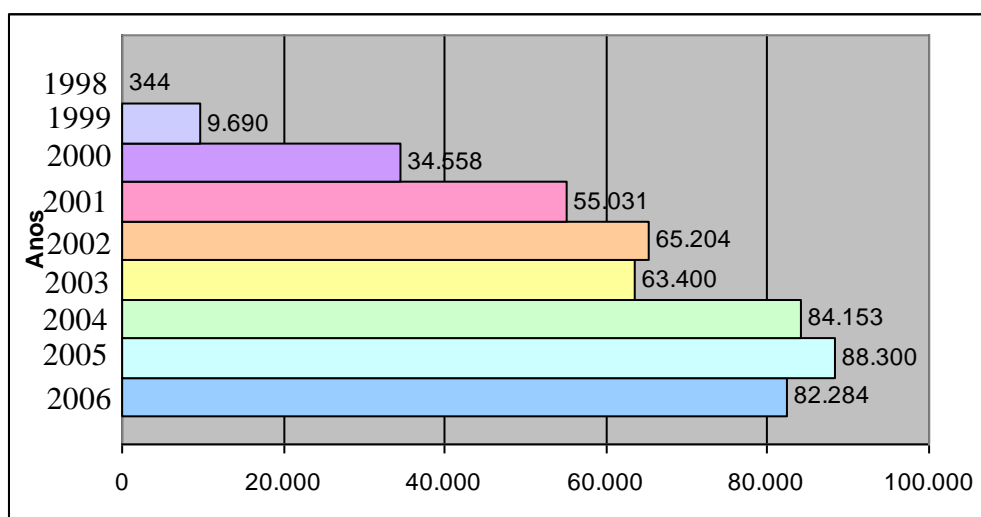


Gráfico 7: Número de acesso a Consultas de Enfermagem em Vitória da Conquista – BA

Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

²⁸ Consultas de enfermagem estão relacionadas ao acompanhamento de crianças (crescimento e desenvolvimento) e adultos num suposto diagnóstico e no direcionamento ao médico da USF ou ao médico especialista, dependendo do problema.

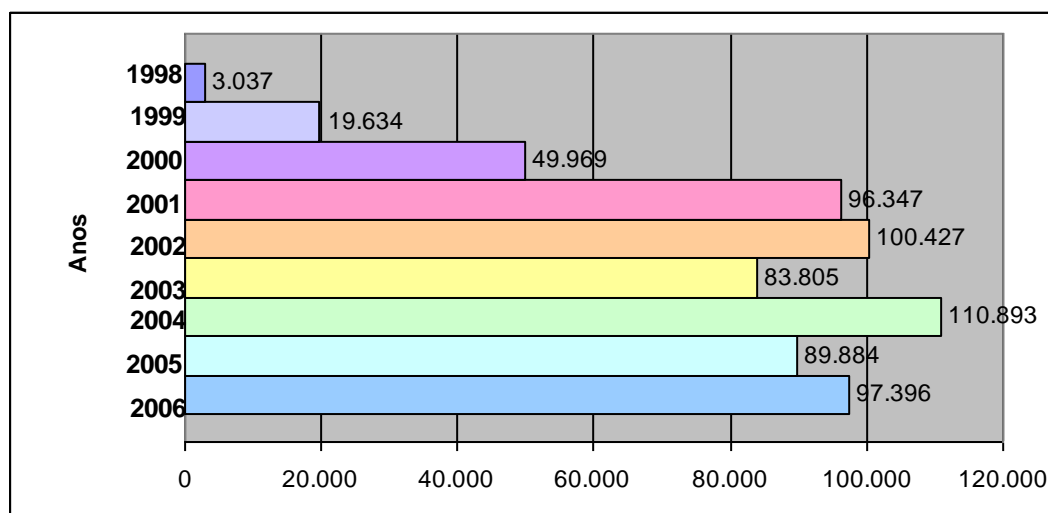


Gráfico 8: Número de acesso a Consultas Médicas em Vitória da Conquista – BA

Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

Vale ressaltar que houve aumento não só das consultas médicas e de enfermagem, mas também no acesso a procedimentos básicos odontológicos. A população rural, coberta pela Saúde da Família, também fez parte desta ampliação da oferta dos serviços e ações prestados. Porém, para o atendimento das populações periféricas e rurais, que ainda não são cobertas por este programa, são feitas organizações, com cronogramas²⁹, nas quais a prioridade são as áreas menos favorecidas. Dessa forma, o PSF constitui uma estratégia que vem se expandindo à medida que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco.

Verifica-se no **Gráfico 9**, que a mortalidade infantil em Vitória da Conquista – BA decresceu cerca de 20% no período de 1998 a 2005, passando de 158 óbitos em 1998 para 127 em 2005. Segue mais detalhadamente no **Anexo 1**, o total de óbitos infantis por faixa etária no qual demonstra que o número maior de óbitos está entre 0 a 6 dias, o chamado período neonatal precoce. Estes óbitos ocorrem, na maioria das vezes, por problemas congênitos, porém, as faixas etárias³⁰ que dependem de uma eficaz atuação dos serviços de saúde, que devem ser prestados nas USF's, houve uma redução representativa; enquanto 1998 teve 90 óbitos em 2005 esse número baixou para 59, representando uma redução de 34%.

²⁹ Estes cronogramas são elaborados juntamente com os representantes de lideranças e das associações de moradores com intuito de organizar estas prestações de serviços adequadas à realidade local.

³⁰ As referidas faixas etárias são: de 7 a 27 dias e de 1 a 11 meses as quais são conhecidas respectivamente como período neonatal tardio e período pós-neonatal.

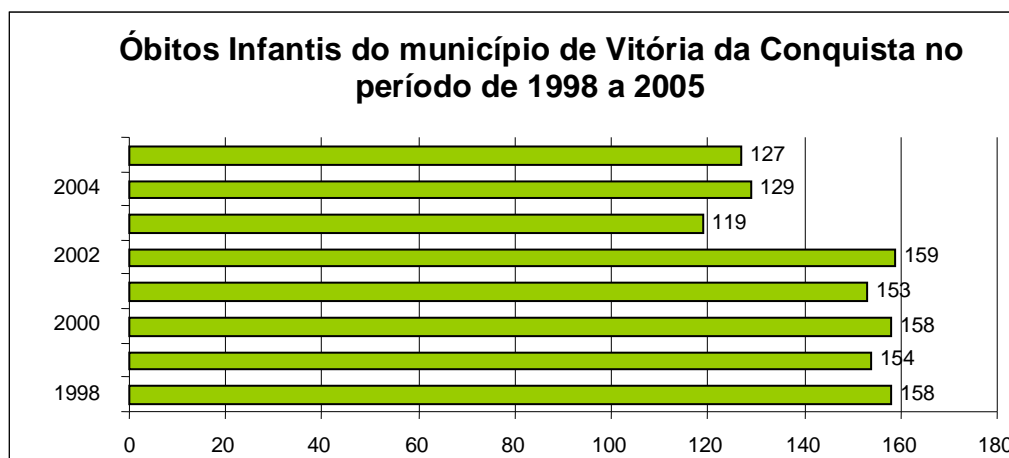


Gráfico 9: Total de Óbitos Infantis em Vitória da Conquista – BA entre 1998 e 2005

Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

Os resultados podem ser atribuídos à implementação e ampliação das ações básicas de saúde, através do PSF e ACS, os quais disponibilizam ações de imunização e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças. Assim, a melhoria da assistência aos menores de um ano, contribui para a redução dos óbitos evitáveis nessa faixa etária. A **Tabela 4** apresenta o perfil da distribuição da população de Vitória da Conquista – BA por faixa etária entre 1998, 2002 e 2006, no qual consta que neste último ano o município possuía 55.773 crianças de 0 a 9 anos.

É importante que se tenha conhecimento que apesar da assistência disponibilizada à população deve-se considerar como agravante as questões sócio-econômicas e culturais, que potencializam o risco de morte e ou seqüela por doenças infecto contagiosas.

Tabela 4: População residente de Vitória de Conquista por ano, segundo faixa etária

Faixa Etária	1998	2002	2006
Menor 1 ano	4.520	5.324	5.713
1 a 4 anos	19.546	20.627	22.135
5 a 9 anos	26.492	26.023	27.925
10 a 14 anos	29.897	28.425	30.504
15 a 19 anos	30.009	32.096	34.444
20 a 29 anos	45.498	50.852	54.571
30 a 39 anos	35.136	39.425	42.308
40 a 49 anos	23.808	27.553	29.568
50 a 59 anos	16.217	18.394	19.739
60 a 69 anos	10.110	12.195	13.087
70 a 79 anos	5.303	6.429	6.899
80 anos e mais	2.426	3.021	3.242
Idade ignorada	1.029	-	-
TOTAL	249.991	270.364	290.135

Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

Apesar da redução da mortalidade infantil, esses dados demonstraram a necessidade de investimentos na melhoria da atenção ao pré-natal, do acompanhamento dos partos e ao recém-nato, já que a qualidade do atendimento prestado a estes são aspectos que devem ser levados em consideração ao se analisar os índices de mortalidade infantil. Contudo, estes são aspectos que auxiliam a apontar a necessidade de melhorar essa definição, especialmente na assistência hospitalar e mais especificamente o Hospital Materno-Infantil Esaú Matos.

O desempenho de um programa de imunizações eficiente e eficaz pressupõe a organização dos serviços de saúde, a seleção da estratégia de vacinação apropriada e o envolvimento da comunidade nessa atividade. Geralmente, estes programas são realizados nas USF's e têm como objetivo prioritário contribuir para o controle e erradicação das doenças preveníveis por vacinação. Enquanto no ano de 1998 a quantidade de doses aplicadas foi de 34.034 em 2006 foram registradas 107.538 doses representando um aumento de quase 216%. Já a cobertura vacinal (**Gráfico11**) passou de 83,68% em 1998 para 73,31% em 2006.

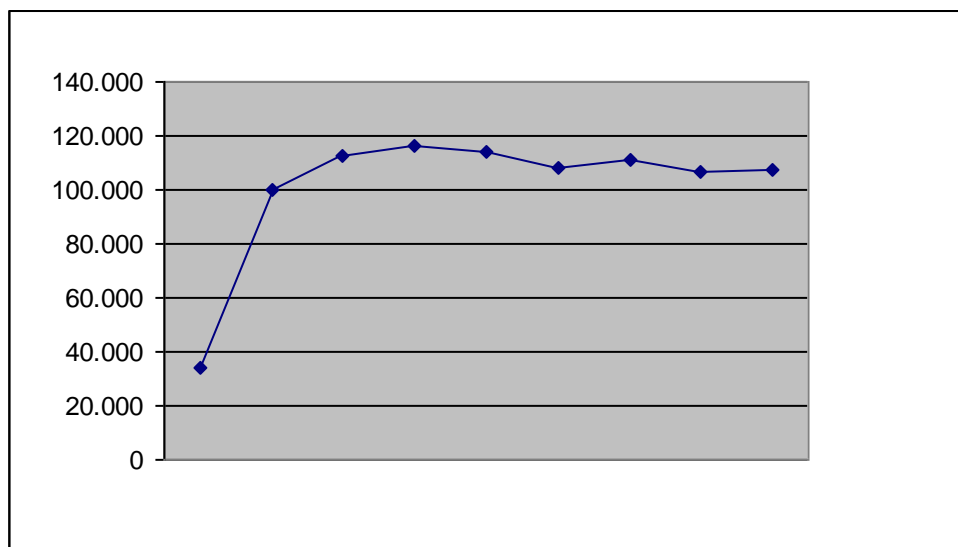


Gráfico 10: Número de doses aplicadas em Vitória da Conquista – BA entre 1998 e 2006

Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

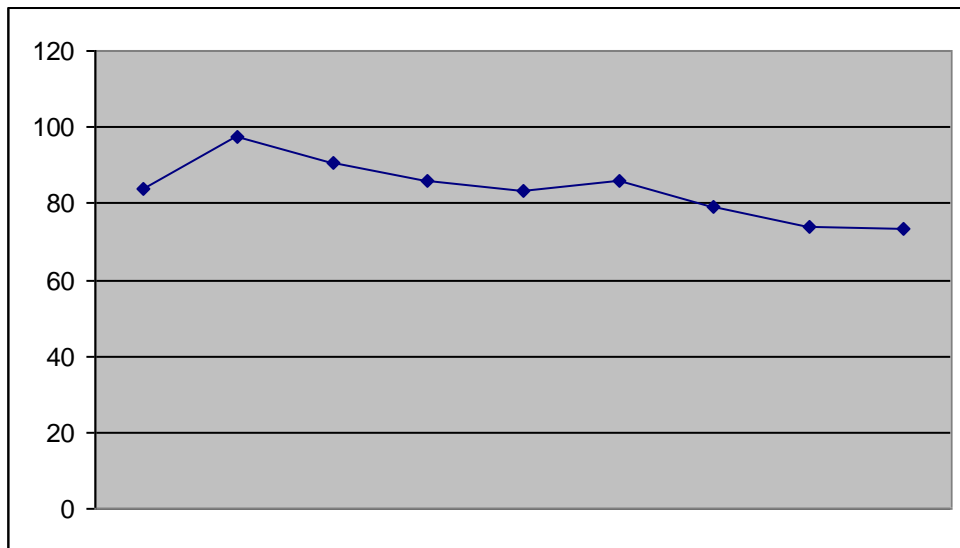


Gráfico 11: Cobertura Vacinal do município de Vitória da Conquista – BA de 1998 a 2006
 Fonte: Adaptado: DATASUS (2008)

Como já discutido anteriormente, convém destacar que grande parte desse avanço é decorrente de várias iniciativas e investimentos no referido setor. O **Gráfico 12** comprova estes investimentos através do aumento dos recursos advindos do Ministério da Saúde para a Saúde da Família.

Verifica-se que entre 1998 e 2002 houve um aumento de quase 13 vezes mais, visto que o Ministério da Saúde disponibilizou R\$: 191.750,00 em 1998, enquanto para o ano de 2002 esse total foi de R\$ 2.510.875,01 e para 2006 estes recursos totalizaram em R\$ 4.925.346,00, o que representa um aumento de quase 25 vezes.

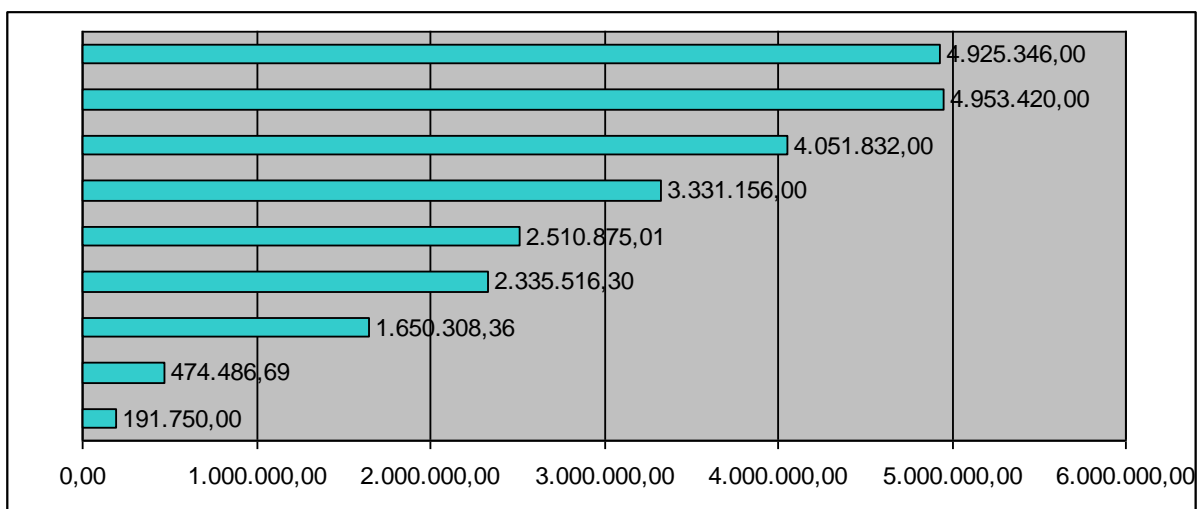


Gráfico 12: Recursos advindos para Saúde da Família entre 1998 e 2006
 Fonte: Adaptado: FNS (2008)

Estes recursos que o Ministério da Saúde transfere para o PSF são usados para despesa com pagamento dos profissionais e materiais necessários para a atuação das equipes nas USF's. Conforme informações verbais colhidas na prefeitura municipal, estes recursos são insuficientes para desenvolver o trabalho a que se propõe o PSF; assim tanto o estado quanto o município têm que entrar com suas respectivas contrapartidas para suprir as necessidades financeiras.

Em princípio, observa-se que a receita para o programa está aumentando ao longo dos anos, mas estes recursos ainda não são suficientes para disponibilizar uma cobertura maior à população. Porém este programa, em médio ou longo prazos, deverá promover uma maior cobertura, aliada à racionalização dos gastos públicos com a saúde ao condicionar a população a buscar a prevenção através do acesso às USF's, ao invés de buscar o hospital quando já estiver doente.

Segue em **Anexo 2** uma tabela que descreve melhor os recursos nos quais dentre estes totais apresentados no **Gráfico 12** estão recursos advindos para:

- ACS;
- Incentivo Adicional ao PACS;
- PACS – Provisório;
- Incentivo a formação dos ACS;
- Incentivo a formação dos ACS;
- Saúde da Família;
- PSF;
- Incentivo Adicional PSF;
- Programa de expansão do PSF – PROESF;
- Ações para a redução da mortalidade materna e neonatal no PROESF;
- Saúde Bucal;
- Incentivo adicional Saúde Bucal

Em resumo, o PSF apresenta-se como um conjunto de estratégias e ações integradas, a partir da noção ampliada de saúde, que propõe a humanização nas práticas de saúde, visando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Com isso, o programa estimula a população ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e a melhoria da qualidade de vida como uma condição para o desenvolvimento local.

CONCLUSÃO

Por seus princípios e atuação, o Programa Saúde da Família – PSF, que é desenvolvido nos três níveis de gestão (União, estados e municípios), está sendo considerado como a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública do Brasil, pois está logrando a inversão do antigo modelo assistencial clínico, que era embasado na consulta médica concomitantemente com a medicalização, no tratamento da doença nos hospitais e principalmente na falta de humanização nas ações prestadas. O PSF vem para promover, reabilitar, recuperar e prevenir a saúde da população de uma determinada área de abrangência, através do trabalho em equipe.

Ao desenvolver a medicina preventiva, tratando os pacientes com mais garantia de referência e menos desperdício, o PSF amplia o acesso de todos às ações básicas e mais, certamente, em médio e longo prazos, pois quando se dá atenção primária, automaticamente abre-se uma porta para tudo que está acumulado, tornando possível racionalizar os gastos públicos com saúde. Essa racionalização será constatada através da redução da demanda por especialistas, da hospitalização, do uso da tecnologia, das referências etc. Como reza o bom senso milenar do "prevenir para não remediar".

Países como Cuba e Canadá já testaram, com resultados positivos, o PSF como modelo para o sistema de saúde de atenção preconizado pelo Saúde da Família, apesar do que se trata de países com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico entre si e também em relação ao Brasil, no qual, diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família por todo o país.

Através do seu desempenho no setor de saúde pública, Vitória da Conquista – BA sediou dois projetos-pilotos promovidos pelo Ministério da Saúde, no qual envolveram algumas equipes de saúde da família. O primeiro projeto consistiu no uso racional de medicamentos, onde alguns profissionais, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, se capacitaram para multiplicar e desenvolver o projeto com os agentes comunitários da sede do município. O segundo, relacionou-se com a assistência domiciliar no PSF, e envolveu duas equipes (zona urbana e rural). Assim, após ser considerada, pelo Ministério da Saúde, uma das mais bem sucedidas experiências brasileiras na implantação do PSF, a cidade também

recebeu o reconhecimento do Banco Mundial e da Organização Panamericana de Saúde – Opas.

Nesta pesquisa também foi possível perceber que, apesar do município se destacar com a implantação do PSF, exige-se ainda, para uma maior consolidação do programa, a superação de várias dificuldades enfrentadas pelo município, como a composição e manutenção das equipes profissionais, como o “subregistro” e a contratação do médico para o PSF, visto que há pouca oferta destes no mercado com disponibilidade para cumprir carga horária de 40 horas semanais, exigidas pelo programa. Isso não só em relação a contratação, mas também a conscientização do enfermeiro, odontólogo e médico da família, não só pelo conteúdo ideológico, mas pela complexidade tecnológica da medicina moderna que torna os ganhos materiais mais acessíveis. E mais, o que se pode observar atualmente é que apesar da retórica da prioridade da atenção básica, a maior proporção dos recursos financeiros e assistências continua a ser destinada para a assistência hospitalar e para os procedimentos de média e alta complexidade.

Para finalizar, é importante ressaltar que a hipótese foi confirmada através da análise dos indicadores selecionados de Vitória da Conquista – BA, pois verifica-se que o programa foi capaz de modificar o comportamento destes, promovendo uma significativa melhoria na saúde e conseqüentemente a promoção do desenvolvimento social no município, já que prevê iniciativas como a busca ativa de situações de risco (gestantes, crianças, portadores de doenças crônico-degenerativas), a identificação da realidade sócio-cultural e sanitária da população atuária e a dinamização das ações de epidemiologia e imunização.

Cabe ainda salientar que a pesquisa não exaure o tema, pois abre possibilidades para outras linhas de investigação, na qual pode-se avaliar o desenvolvimento local, através da implantação das unidades de saúde, por exemplo, já que, atualmente, os estudos da Economia da Saúde estão crescendo e se destacando por sua importância.

Diante do cenário de maior participação e autonomia do poder público, em Vitória da Conquista – BA tanto da execução quanto das políticas públicas constata-se uma melhoria nos indicadores de saúde (mortalidade infantil, imunização e acesso a consultas) através do PSF como uma política social propiciando um avanço no desenvolvimento econômico. Para tal, a teoria Keynesiana contribuiu para pesquisa na análise do PSF no setor de saúde no município de Vitória da Conquista – BA como um forte interventor na política pública não só da cidade como no país, pois busca garantir um maior acesso da população aos serviços e ações de saúde prestados, promove equidade, dentre outros benefícios já mencionados.