

**UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES**

Sergio dos Santos

**O ORÇAMENTO NA SAÚDE: RADIOGRAFIA E POSSÍVEIS
DIAGNÓSTICOS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

2008

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES
MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE
CIDADES

Sergio dos Santos

**O ORÇAMENTO NA SAÚDE: RADIOGRAFIA E POSSÍVEIS
DIAGNÓSTICOS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento Regional e gestão de Cidades.

Orientador: Prof. Gustavo Henrique Naves Givisiez, D.Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

Agosto de 2008

Sergio dos Santos

**O ORÇAMENTO NA SAÚDE: RADIOGRAFIA E POSSÍVEIS
DIAGNÓSTICOS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao PROGRAMA de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ, para a obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Aprovada em 30 de agosto de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Henrique Naves Givisiez - Orientador
Universidade Candido Mendes

Prof^a. Dr^a. Elzira Lúcia de Oliveira
Universidade Candido Mendes

Prof^a. Dr^a. Érica Terezinha Vieira de Almeida
Universidade Federal Fluminense

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

2008

A minha mãe que durante toda a minha caminhada representa meu principal referencial; a minha querida e dedicada esposa, pois não seria possível a conclusão deste curso se não fosse a sua extrema contribuição; aos meus filhos, pois sei o quanto tem sido difícil para vocês este meu afastamento; aos meus irmãos pelas orações e força espiritual.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora do Rosário de Fátima, pelo refúgio.

Ao Dr. Peterson Gonçalves Teixeira pela informação referente à inscrição, no penúltimo dia, e pelos bons livros que me presenteou;

A Denise Cristina Rocha Nogueira destaque pela sua contribuição, como funcionária, nesta empreitada, cuja participação foi de fundamental importância.

Aos amigos de apoio à Administração do P.U. Saldanha Marinho, Maria Angélica Ribeiro Paes; Cristiano S. Benvindo; Giane de Oliveira Santos Jorge e Maria das Graças de S. Ferreira, que se colocaram a disposição para ajudar-me a qualquer instante.

Ao Dr. Gabriel Cordeiro Wagner Diretor Técnico do P. U. da Saldanha Marinho, pelo companheirismo;

A Divisão de Enfermagem e Serviço Social do P.U. Saldanha Marinho, pelo apoio dispensado.

A todos os funcionários do Posto de Urgência Saldanha Marinho, pelo apoio;

Aos colegas da turma 05, pelo incentivo.

A todos os professores do Programa de Mestrado da UCAM.

Ao Prof. Dr. Gustavo Henrique Naves Givisiez, orientador da pesquisa, pela paciência e atenção dispensada.

A Prof^a. Dr^a. Elzira Oliveira, pelas importantíssimas dicas.

Ao Prof. Dr. Júlio Rodrigues, pelo direcionamento na escolha do tema.

A Prof^a Dr^a Denise Terra, pelas palavras de conforto e carinho.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Valente, pelo grande incentivo.

A Dr^a Cristina Peixoto, pela parceria.

A Secretaria Municipal de Saúde, pelas portas abertas.

A Fundação Dr. Geraldo Venâncio, por possibilitarem o acesso às informações.

A Fundação Dr. João Barcelos Martins, pela compreensão e apoio dispensados.

“A independência nunca é dada a um povo.
Ela deve ser conquistada e, uma vez
conquistada, tem que ser defendida.”

Chaim Weizmann

RESUMO

O ORÇAMENTO NA SAÚDE: RADIOGRAFIA E POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

Esta dissertação estuda o orçamento na saúde no Município de Campos dos Goytacazes, no período de 2000 a 2004. O município possui uma localização geográfica privilegiada em relação aos campos de exploração de petróleo e gás da bacia de Campos, o que lhe conferiu um expressivo aumento no orçamento municipal a partir da promulgação da lei do Petróleo em 1997. A intenção é avaliar se o aumento do orçamento municipal, em função do pagamento dos *Royalties*, foi suficiente para alterar positivamente a infra-estrutura dos serviços de saúde oferecidos à população. Para isso, a metodologia aplicada procura testar, a partir do levantamento de dados secundários do município e os outros nove municípios controle, se a folga orçamentária reflete-se nos indicadores de saúde do município. Embora tenham sido notados alguns progressos, os resultados alcançados sugerem que a infra-estrutura de saúde foi pouco impactada com o aumento do orçamento disponível ao poder público municipal.

PALAVRAS-CHAVE: Orçamento; Indicadores de Saúde - SUS; Participação Social

ABSTRACT

Abbreviation This one dissertation gazer The budget in health : radiography AND feasible diagnosis at the County as of Arenas of the Goytacazes , at the period as of 2000 the one 2004. The aim is access in case that the increase from the porcentagem of the Royalties for its refered county he went diligent positively at the lawbreaker - bodywork of the service as of to your health offered at the population. He knows - in case that as the usuários from the SUS (system Individual as of To your health) they are atendidos as of he forms precarious AND a number of times bloodthirsty and that the litigation By atendimento by the system he comes growing as of he forms quantitative. Visando enable more aprofundamento at the I study , compares - in case that flags as of to your health from the county along other nine , cited at the elapse of the work. The methodology diligent agglutinates the search secondary with the research bibliographic.

KEY WORDS: Budget to your health Flags as of to your health. SUS. Participation Social.

Lista de Figuras

FIGURA 1: Municípios selecionados para a construção de indicadores de saúde, Brasil, 2000 a 2004.	42
FIGURA 2: Organograma de referência sobre a associação entre as variáveis de insumo, processo e produto.	45
FIGURA 3: Sub-distritos dos municípios de Campos dos Goytacazes	60
FIGURA 4: Rede assistencial de Campos dos Goytacazes	68
FIGURA 5: Mapa da Rede Cidade	70

Lista de Tabelas

TABELA 1: População dos municípios selecionados para a construção de indicadores de saúde, Brasil, 2000 a 2004.	42
TABELA 2: Variáveis selecionadas como indicadores de investimento em saúde	49
TABELA 3: Variáveis selecionadas como indicadores de Infra-estrutura Ambulatorial em saúde	51
TABELA 4: Variáveis selecionadas como indicadores de Infra-estrutura hospitalar em saúde	52
TABELA 5: Variáveis selecionadas como indicadores de Recursos Humanos em saúde	54
TABELA 6: Variáveis selecionadas como indicadores de Infra-estrutura de alta complexidade em saúde	54
TABELA 7: Variáveis selecionadas como indicadores de Processos	55
TABELA 8: Variáveis selecionadas como indicadores de produto	56
TABELA 9: Evolução do orçamento municipal de Campos dos Goytacazes – 1994/2004 (Em milhões de Reais)	64
TABELA 10: Evolução das dotações orçamentárias Para a área de Saúde – Município de Campos dos Goytacazes, período 2000/2004	64
TABELA 11: Estimativa do Orçamento Municipal de Campos dos Goytacazes – 2007 de acordo com a discriminação em Reais correntes	66
TABELA 12: Relação dos Municípios, segundo regiões e respectivos orçamentos públicos em saúde média anual 2000/2003	73
TABELA 13: Relação dos Municípios, segundo regiões e respectivos orçamentos públicos em saúde média anual 2000/2003	74
TABELA 14: Variáveis de infra-estrutura ambulatorial nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	75
TABELA 15: Indicadores de Infra Ambulatorial	76
TABELA 16: Variáveis de Infra-estrutura de Internação nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	77
TABELA 17: Indicadores de Infra-estrutura de Internação dos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2000-2004	78
TABELA 18: Variáveis de Recursos Humanos nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	78
TABELA 19: Indicadores de Recursos Humanos nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	79
TABELA 20: Variáveis de Infra-estrutura de Alta Complexidade nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	80
TABELA 21: Variáveis de Infra-estrutura de Alta Complexidade nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	80
TABELA 22: Indicadores de Insumo nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002	81
TABELA 23: Variáveis de indicadores de Processos nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004	82
TABELA 24: indicadores de Processos nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004	83
TABELA 25: Relação dos Municípios, segundo regiões e respectivos Indicadores de Resultados. Brasil, 2004	84

TABELA 26: Indicadores de Produto nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004	85
TABELA 27: Indicadores de Produto nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004	86

Lista de Quadro

QUADRO 1: Programas da Secretaria Municipal de Saúde em Campos dos Goytacazes **71**

Lista de Siglas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ADCT - Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH - Autorização p/ Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAS - Comissão de Assuntos Sociais
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFINS - Contribuição p/ Financiar Seguro Social
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição Sobre Lucro Líquido das Empresas
CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social
FES - Fundo Estadual de Saúde
FJBM - Fundação Dr. João Barcelos Martins
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
HFM - Hospital Ferreira Machado
HGG - Hospital Geral de Guarús
IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei de Orçamento Anual
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social
MPAS - Instituto da Previdência Social
NO - Norma Operacional
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização PAN-Americana de Saúde
OSS - Organização Social de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAM - Posto de Assistência Médica
PAS - Plano de Atendimento à Saúde
PBF - Programa Bolsa Família

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POI - Programação e Orçamentação Integrada
PPA - Plano de Pronta Ação
PSF - Programa de Saúde da Família
PSM - (Gestão) Plena do Sistema Municipal
PU - Posto de Urgência
RH - Recursos Humanos
SADT - Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento
SENARC - Secretaria nacional de Renda e Cidadania
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SAI - Sistema de Informação Ambulatorial
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SMSCG - Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes
SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
I – SISTEMA DE SAÚDE	20
1.1 – PRINCÍPIOS GERAIS DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	20
1.2 – O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	23
1.3 – FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	31
1.3.1 - Fontes dos recursos	34
1.3.2 - Repasse de recursos	37
1.3.3 - Administração do Fundo Nacional de Saúde	39
II – METODOLOGIA	41
2.1- CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DOS MUNICÍPIOS	41
2.2- INDICADORES SÍNTESE	43
2.2.1 - Indicadores de Investimento	48
2.2.2 - Indicadores de Insumo	50
2.2.3 - Indicadores de Processo	55
2.2.4 - Indicadores de Produto	56
III - CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	59
3.1 – POLÍTICAS DE SAÚDE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES	61
3.2 – PROGRAMAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	70
IV – RESULTADOS	72
4.1 – COEFICIENTE DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS	72
4.2.2- Infra-estrutura hospitalar	76
4.2.3 - Indicadores de Recursos Humanos	78
4.2.4 - Infra-estrutura de Alta Complexidade	79
4.2.5 - Indicador síntese de Insumo	81
4.2.6 - Indicadores de Processo	81
4.3 - INDICADORES DE PRODUTO	83
4.4 - INDICADOR SÍNTESE	85
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	90

INTRODUÇÃO

Em que pese as diferenças conceituais para o termo saúde é consenso na literatura que o nível de saúde é diretamente associado ao desenvolvimento humano de uma população. Dessa forma, baixas condições de saúde estão associadas a baixo desenvolvimento humano de uma população. Neste contexto, a saúde pública teria a função social de diminuir as desigualdades da saúde e doenças.

Durante a década de 70 e até meados da de 80, foi destinado ao Ministério da Saúde recursos sempre inferiores a 2% da despesa geral da União. Durante os anos de 1987 a 1990, os gastos federais com Saúde sofreram um ligeiro aumento, para declinarem nos anos seguintes, sendo constatado que eles permaneceram distantes da metade do percentual do gasto com saúde de diversos países europeus. Sabe-se, que a Constituição promulgada em 1988, culmina, em 1990, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconizou o acesso e a universalização da atenção à saúde, como dever do Estado e direito dos cidadãos.

É fato que a redistribuição de recursos é um importante mecanismo para a correção dos desequilíbrios fiscais pelo poder central em países heterogêneos como o Brasil. Entretanto, é importante ressaltar que, o processo de descentralização, operado a partir dos anos 80, não contou com uma descentralização planejada de encargos, principalmente no que se refere à assistência à saúde.

Ademais, a política pública brasileira em saúde, marcada pela indissociável relação entre o poder público e a iniciativa privada, não deve ignorar o dinamismo da iniciativa privada que se contrapõe às dificuldades de gestão dos hospitais públicos. São comumente noticiados na imprensa, reportagens sobre o sucateamento de hospitais públicos, equipamentos subutilizados, insuficiência de recursos e outros fatos que resultam em serviços de saúde pouco condizente com o que determina a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Como salienta Mergulhão:

A saúde hospitalar brasileira, mesmo servindo de comparação para a economia nos discursos oficiais, vem sendo tratada como algo de pouca importância. O governo – faça-se justiça, não é de hoje, tem investido pouquíssimo na área da saúde, algo em torno de 3,5% do PIB. Comparativamente, os Estados Unidos - país considerado modelo nos serviços médicos aplicam 13,4%. E olhem a diferença de PIB. Até países com PIB menores, como Portugal, têm maiores investimentos percentuais do que o padrão brasileiro. (...) Enquanto a economia brasileira já está, segundo as autoridades públicas, a caminho de melhorar, aguardando “alta”, o setor hospitalar está cada vez mais doente a caminho da “UTI” (MERGULHÃO, 2004 p.42).

A motivação para o desenvolvimento desse trabalho advém de observações do autor em sua prática profissional. É notória a dificuldade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no acesso aos serviços de saúde; dos administradores, com a insuficiência de recursos; e do gestor municipal, cada vez mais afastado da legislação local e nacional (Campos dos Goytacazes, 1990). Costa ao falar sobre a “crise dramática do SUS” destaca:

Essa sistemática de descentralização adotada na organização do SUS era vista como uma das principais responsáveis pelo sucateamento do Sistema Público de Saúde. A questão que se colocava naquele momento, mais uma vez, dizia respeito aos recursos que seriam repassados pelo governo federal aos Estados e municípios. Apesar do volume de despesas da ordem de R\$191,7 milhões para pagamento aos hospitais e do montante de R\$230,7 milhões para os ambulatorios, o grande problema, alegado por hospitais e clínicas, era a defasagem existente entre os valores da tabela utilizada pelo governo para ressarcimento dos procedimentos efetuados nas redes de assistência médica e hospitalar e os custos dos mesmos. (COSTA, 2002, p. 60).

Destaca-se ainda, as constantes reclamações dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível local, manifestadas através da imprensa, TV, rádio e artigos de jornais.

As questões da infra-estrutura para atendimento médico nas emergências (...) é um grave problema para toda a região. A estrutura necessária para esse atendimento é grande e cara e por isso mesmo que o município do porte de Campos dos Goytacazes tem que assumir essa responsabilidade... (SCHUNK, 2007)

A pesquisa que se segue explora questões sobre o orçamento em saúde, relacionando-o com comprometimento da qualidade no atendimento dos serviços de saúde na rede pública. A pesquisa será elaborada para dez municípios brasileiros, localizados em todas as grandes regiões do país. Entretanto será dado maior destaque ao município de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro. A escolha desse município refere-se, principalmente, à folga orçamentária do município de Campos, exemplo raro entre os municípios brasileiros. Como ficará claro, Campos dos Goytacazes - Rj teve seu orçamento aumentado em 317% no período 2000 a 2004. A dotação orçamentária destinada à saúde, por sua vez, embora tenha tido um aumento de 200%, em valores absolutos, diminuiu a sua participação relativa no orçamento da cidade no mesmo período.

O objetivo principal deste trabalho é avaliar se o aumento das receitas oriundas das rendas petrolíferas teve reflexo positivo na infra-estrutura de saúde instalada no município de Campos dos Goytacazes – RJ. A pesquisa realizada no município de Campos dos Goytacazes-Rj tem por objetivo secundário, verificar se, o aumento do orçamento da saúde foi capaz de mudar a condição de saúde de seus munícipes. Embora tenha se constatado que o município de Campos dos Goytacazes teve um aumento significativo de seu orçamento em anos recentes, não seriam esperadas mudanças marcantes no cenário da saúde social, em razão da insuficiência de tempo para que indicadores como a taxa de mortalidade infantil ou doenças infecto-parasitárias se alterem de maneira diferente de outras regiões do país.

Adicionalmente estimar para fins comparativos, indicadores sociais associados à saúde pública em outros nove municípios brasileiros de porte e características

demográficas similares ao município de estudo, a saber: Petrópolis – RJ, Feira de Santana – BA, Vitória da Conquista – BA, Caxias do Sul – RS, Pelotas – RS, Anápolis – GO, Catalão GO, Itacoatiara – AM e Parintins – AM.

Para cumprir com estes objetivos, esta dissertação foi subdividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo é esta introdução; no segundo capítulo serão discutidas questões teóricas relevantes ao tema da pesquisa; no terceiro capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos adotados neste estudo; e os dois últimos apresentarão os resultados e as principais conclusões.

Capítulo I - SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com Pessôa (2004) a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença”, ou seja, o conceito de saúde caracteriza-se por um conjunto de ações e situações que incluem hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, estilos de vida, uso de medicamentos entre outros, que contribuem para a promoção e proteção da saúde. Nesse sentido, a construção dos sistemas de saúde nacionais, vigentes em grande parte do mundo, buscou a efetivação deste conceito abstrato de saúde.

1.1 - PRINCÍPIOS GERAIS DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Segundo Giraldes (1995) os dois princípios mais importantes para a distribuição de recursos em um sistema público de saúde são a equidade e a eficiência. Segundo Porto:

Atualmente, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, pode-se dizer que a universalidade e a equidade são os que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que em muitos casos sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado o seu efetivo exercício (PORTO, 1995 p.123).

Porto (1995) ao citar Lê Grand (1988) apresenta dois exemplos relacionados à questão da saúde que permitem clarificar as conseqüências da implementação de critérios distributivos do utilitarismo:

O primeiro: parte da aceitação de que quanto maior é a renda de um indivíduo, maior é a possibilidade de desfrutar as conseqüências de um bom estado de saúde; inclusive, em alguns casos se efetuando transferências, caso possível, do indivíduo de renda inferior para outro mais rico.

O segundo: é relacionado com a definição de assistência médica para dois indivíduos, um com melhor nível nutricional que o outro, portanto, com melhores possibilidades de responder ao tratamento. Sem lugar a dúvidas, segundo os princípios utilitaristas, a escolha será a de oferecer atendimento àquele com melhor nível de alimentação, sendo assim, fica difícil imaginar que os exemplos citados possam ser considerados igualitários ou eqüitativos (PORTO, 1995, p.123).

Sendo assim, com base na redistribuição eqüitativa de recursos, a cobertura dos serviços de saúde são as mais relevantes, para atenuar as desigualdades existentes no nível de saúde (GIRALDES, 1995). Ademais é fato que o nível de renda, nutrição, saneamento básico e educação são efetivamente determinantes do estado de saúde de uma população, ou seja, quando estes fatores estão em níveis sociais muito baixos, os graus de liberdade de um sistema de saúde, mesmo que seja universal, para melhorar substancialmente o quadro nosológico de uma região são bastante reduzidos.

Nesses moldes, Giraldes admite que se um distrito tem má situação sanitária e uma elevada cobertura pelos serviços de saúde, então a melhoria do nível de saúde será conseguida mediante a intervenção em áreas fora do setor saúde (saneamento básico, habitação, etc...) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde. Givisiez (2005), ao destacar o papel da política na produção do bem estar coletivo, especialmente no que diz respeito às políticas de saúde pública, relata que a saúde pública deve viabilizar o acesso a serviços de saúde como modo de gerar bem estar para a população e desenvolvimento social e econômico. Sabe-se das dificuldades de se produzir serviços de saúde com eqüidade, assim, como destaca Givisiez:

É notório que o investimento em saúde pública relativamente à construção e ampliação de novos hospitais, postos de saúde e investimento na contratação e instalação de serviços especializados aumenta o poder de cura e prevenção de um sistema de saúde. Mas esse fato pouco significa na diminuição dos índices relativos à saúde de uma dada população quando esta vive em condições precárias de saneamento básico, de educação sanitária, de nutrição e de condições de moradias (GIVISIEZ, 2005, p).

Entretanto, sobre a redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica; a exemplo dos cuidados de saúde diferenciados (hospitais), Giraldes destaca:

Convirá relembrar que a eficiência técnica diz respeito à avaliação da relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, tendo-se em vista a maximização dos resultados prefixados (ou a minimização dos recursos para resultados prefixados). Diferencia-se, pois, da eficiência econômica ou distributiva que avalia a relação entre os recursos gerais da sociedade e os resultados obtidos com a sua utilização em termos da obtenção máxima do bem estar para todos os indivíduos... (GIRALDES, 1995, p.174).

Nero (1995) salienta que uma das grandes dificuldades encontradas nas definições de políticas públicas ainda são básicas:

“Qual a demanda e qual a oferta em serviços de saúde? [...]”.

“Quando e onde deve ser construído um novo hospital?”

E para Médici,

Os estudos de medicina social mostram que os sistemas de saúde não são os únicos capazes de responder a tais questões. Saúde é um estado complexo que depende da interação de inúmeros fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos. A capacidade de intervenção dos sistemas de saúde pode ser grande ao nível de um indivíduo, pode ser por demais reduzidas quando se trata de uma coletividade (MÉDICI 1995, p.42).

1.2 - O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

A política de saúde no Brasil foi historicamente associada à inserção formal do emprego, dentro dos marcos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em substituição aos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) setoriais em 1966, representou a extensão dos benefícios da assistência médica aos trabalhadores formalmente empregados, vinculados pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). A ampliação da cobertura viria logo depois de trazer para o escopo da Previdência Social, os trabalhadores rurais através do FUNRURAL (1971), e também os empregados domésticos (1972) e os autônomos (1973).

É dessa forma que adquire grande importância o Plano de Pronta Ação (PPA) (1974), ao articular, através da sistemática de convênios com a rede privada, todos os serviços de assistência médica existente. O PPA correspondeu a iniciativa mais expressiva de universalização da cobertura para a clientela não-regulada (COSTA, 1996, p. 483 apud COSTA, 2002, p. 51).

A partir de 1975, com a participação de setores organizados da sociedade civil contra o regime autoritário, entrou em cena um dos atores fundamentais no processo de universalização do acesso a assistência médica, pela via pública. Tratava-se do movimento sanitário, vinculado aos partidos de oposição ao regime militar. A partir dessa data, particularmente no eixo dos estados do Rio de Janeiro e

São Paulo surgiram movimentos organizados envolvendo profissionais de saúde e outros interessados no setor, tendo como pano de fundo a denúncia da crise do sistema, das más condições de saúde da população e da precariedade do exercício profissional.

Visando o enfrentamento da crise, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de debelar a crise financeira da Previdência Social, sendo uma instância reguladora da saúde previdenciária. Sua finalidade foi recomendar políticas com relação à assistência, tendo inicialmente as principais propostas: redução dos gastos com a assistência médica, disciplinando o atendimento dos hospitais contratados; reativação dos serviços públicos e normatização para novos credenciamentos.

Em meados de 1983, a estratégia básica do plano elaborado pelo CONASP foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando reunir, em um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local. As AIS pautaram-se nos princípios de universalização, direito à assistência à saúde a toda a população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à política de saúde.

Como afirma Costa, em um primeiro momento, o movimento contra o regime militar pretendia estabelecer um novo relacionamento entre o setor privado e o governo na área de saúde do Ministério da Previdência e Assistência social (MPAS). Esse movimento de reforma no sentido da universalização pública da cobertura de saúde ocorreria simultaneamente às propostas de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para que se desse maior atenção à saúde (MÉDICI, 1995, p. 112 *apud* COSTA, 2002, p. 51).

Em 1977 o sistema previdenciário foi reformulado e foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Neste novo modelo a estrutura foi desmembrada nos setores responsáveis pelos benefícios e pela assistência médica. Os primeiros ficam sob a responsabilidade do INPS e a segunda sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

A descentralização ganhou acentuado destaque, nesse período, em virtude da convergência de interesses e orientação entre o tripé formado pelas instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e movimento sanitarista. Médici aponta as razões que justificariam a opção dos programas de saúde pelas políticas de descentralização:

A possibilidade de redução dos gastos com saúde, que haviam crescido de maneira acentuada no Welfare State, com a progressiva ampliação dos benefícios; A tentativa dos Executivos centrais em deixar de se responsabilizar; numa conjuntura de crise econômica, pelos cortes ou aumentos dos gastos com saúde, buscando maior legitimidade para as decisões de governo relativas ao ajuste fiscal dos países; Os anseios dos movimentos sociais e poderes locais em responder pelas necessidades específicas das políticas de saúde de cada região; A busca por novos arranjos na gestão dos sistemas de saúde que reduzissem o poder e o corporativismo dos sindicatos mais organizados; A possibilidade de flexibilização da relação entre níveis de hierarquia dos serviços, consumo de tecnologia médica, gestão da saúde e prestadores públicos e privados, adequando o modelo às necessidades e condições de cada local (MÉDICI, 1995, p.105-106, apud COSTA, 2002, p. 52).

As políticas orientadas para a descentralização na área de saúde no Brasil compreenderam três fases distintas. A primeira iniciativa no sentido da descentralização da saúde pública aconteceu no final do regime militar, num contexto marcado pela recessão da economia. A implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1983, buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência oficial.

De acordo com Costa:

Para esse fim, criaram-se instâncias colegiadas que privilegiavam Estados e municípios na programação e execução do orçamento da saúde. O governo procurou também legitimar as Ações Integradas de Saúde (AIS), permitindo que delas participassem entidades representativas da sociedade civil (LEWIS & MÈDICI, 1998; apud COSTA, 2002, p. 52).

O passo seguinte para a descentralização remonta à Nova República. Durante o período de funcionamento do Congresso Constituinte, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS, BRASIL, 1987).

O SUDS iria transferir recursos aos Estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou Estaduais de saúde e elaborassem planos municipais nessa área (MELO, 1993, p. 133; apud COSTA, 2007 p. 52).

Posteriormente, com a Constituição de 1988, a política de saúde passa a considerar a de dever público de cidadania. Uma definição importante da Constituição diz respeito ao direito universal à saúde, o qual, agregado ao direito à assistência social e à previdência, vai implicar o direito mais geral à seguridade social. O Artigo 199 da Constituição define o SUS como um sistema organizado em rede, envolvendo participação social, segundo princípios descentralizadores e cooperativos. A legislação complementar à Constituição é instituída nos anos seguintes, como destaca Costa:

A legislação complementar (Lei n. 8.142 de 1990) prevê a implementação de um processo decisório amplo, com a instituição dos conselhos de saúde em cada esfera de governo, atuando de maneira integrada. Por outro lado, a Lei n. 8.080, do mesmo ano reconheceu a necessidade de funcionamento de um sistema privado de saúde, o qual ficou restrito às empresas de capital nacional, uma vez que ficou vetada a entrada de empresas estrangeiras nessa área (COSTA, 1996, p. 497; apud COSTA, 2002, p. 53).

A lei 8142/90 prevê três níveis de atenção para o SUS:

1º Nível ou atenção primária refere-se ao atendimento na rede primária, assistência básica e de baixa complexidade. Entre os serviços associados a esse nível citam-se os Postos de saúde de bairros e os núcleos de apoio, e os Programas de Saúde da Família - PSF. Neste nível ainda estão localizadas as urgências como atendimento clínico de urgência, mal súbito, mal asmático, curativos sépticos, curativos assépticos, nebulizações, remoções, serviços de internações e ações preventivas propriamente ditas, como vacinações de rotina e vacinações de campanha.

2º Nível ou atenção secundária, onde incluem a assistência secundária, de média complexidade, os ambulatórios de especialidades; exemplo cardiologia, ginecologia, dentre outras.

3º Nível ou atenção terciária, que se faz representar pela rede hospitalar, uma vez interligando os três níveis de assistência, pelas chamadas referências e contra referências, teremos Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao contrário do esperado aumento do volume de recursos destinados à saúde pública em decorrência da universalização prevista pelo SUS, o que veio a ocorrer de fato foi uma drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor (1990-1992).

Venâncio destaca que:

As inovações deram-se, de modo especial, na gestão da política de saúde. Nos anos 90, o processo de descentralização proposto pela reforma sanitária e formalizado na Constituição foi regulamentado por Leis e Portarias próprias, pondo regras inovadoras, redefinidoras da posição de cada ente federativo em termos de obrigações e prerrogativas. Os Municípios passam a executar a política de saúde, auxiliados pelo Estado em casos de dificuldades, e fiscalizados/controlados pelos Conselhos de Saúde existentes nas várias esferas governamentais. As inovações envolvem um processo de negociação intermunicípios garantindo a permanência do Sistema Único de Saúde e, para isso, constituíram-se comissões intergestores (VENÂNCIO, 2001, p. 13).

Vale lembrar, que O SUS é organizado de acordo com diretrizes estabelecidas pelo art. 198 da Constituição Federal:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

A denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que é a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o SUS e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nesse sentido, esses e outros princípios que regem a organização do SUS merecem definições.

O conceito de *Eqüidade*, um dos norteadores da referida Lei, entende que todo cidadão é igual perante o sistema de saúde e será atendido de acordo com suas necessidades e a complexidade de cada caso. Respalhando essa noção de equidade, entende-se que o sistema deva ser Integral. Ou seja, a *Integralidade*, conceito inerente ao sistema de saúde público brasileiro, define que as ações e serviços preventivos e curativos e a atenção à saúde individual e coletiva estão integrados e articulados em todos os níveis de organização do sistema.

Esses dois conceitos geram, por conseqüência, vários outros conceitos dentre os quais se destacam: (i) todos os serviços, nos diversos níveis de assistência do sistema, devem ser capazes de resolver os problemas de saúde que lhes competem, ou seja, os serviços públicos de saúde devem ter *Resolutividade*; (ii) as ações e serviços de saúde são organizados segundo diferentes graus de complexidade tecnológica, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (*Hierarquização*); (iii) as ações e serviços de saúde se desenvolvem e atuam dentro de limites territoriais definidos, permitindo um planejamento adequado (*Regionalização*); e (iv) a epidemiologia é imprescindível para estabelecer as prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

Mais recentemente, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inovaram e aprimoraram a

atenção básica, antes ancorada em Unidades Básicas de Saúde (conhecidas popularmente por Postos de Saúde), que tinham baixa resolutividade.

Em 2005, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), solicita a elaboração de estudo sobre a Política de Assistência à Saúde para a população carente. Sabe-se, que essa Política, é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e dentre as várias modalidades de assistência englobadas no SUS, merece destaque especial o Programa Saúde da Família (PSF).

O estudo nº 41(2005), realizado em atendimento à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), recomenda a municipalização como principal estratégia de expansão e fortalecimento do SUS, sugerindo que os municípios sejam os maiores responsáveis pela assistência à saúde da população, em suas áreas de abrangência. Para efetivação dessa estratégia sugere-se que os municípios podem estabelecer consórcios para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando recursos entre si e que as esferas federais e estaduais têm papéis definidos no sistema, não havendo, porém, relação de subordinação.

Conforme municípios e estados assumem a integralidade das ações de saúde, dentro de suas competências e em suas respectivas áreas de abrangência, recebem *status* diferenciados, denominados condições de gestão (plena ou semiplena). A partir daí, têm o direito de administrar verbas federais de maneira independente, planejando e gerindo a totalidade de suas ações e serviços de saúde. Cabe lembrar que, apesar de uma participação crescente de estados e municípios, as verbas federais ainda representam a porção mais expressiva do orçamento destinado à saúde.

É importante ainda ressaltar a importância do controle social na concepção do SUS, expresso pelos Conselhos de Saúde, sem prejuízo de outras formas controle, nos vários níveis e esferas de governo. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. As atribuições constitucionais do SUS, estabelecidas pelo art. 200, são: controlar, executar, fiscalizar as ações de saúde, além de colaborar e participar das referidas ações. Também cabe ao SUS, cuidar do meio ambiente nele compreendendo o do trabalho.

Segundo o Estudo nº 41 (2005), na Assistência hospitalar e ambulatorial, os serviços hospitalares que constituem os SUS são, na sua maioria, privados (cerca de 60% dos leitos hospitalares). Além deles e dos prestadores de serviços hospitalares públicos municipais, estaduais e federais merecem destaque os filantrópicos e os universitários, que são responsáveis pelo atendimento dos casos de maior complexidade. Segundo a mesma fonte, a rede ambulatorial é formada, na sua maioria, por serviços públicos municipais (mais de 75%) com exceção dos serviços de alta complexidade e alto custo. A atenção básica ou atendimento primário é a porta de entrada para o sistema público de saúde e é eminentemente pública.

Esse mesmo estudo (Estudo 41, 2005) destaca que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) são estratégias estruturantes, que se propõem a reorganizar a atenção básica e o modelo de atenção à saúde da população. Os dois programas nasceram a partir de experiências anteriores nas regiões Norte e Nordeste, em especial no Ceará, e internacionais (Cuba, Inglaterra e Canadá). O PACS foi criado em 1991 e o PSF em 1994, ambos pelo governo federal. A partir daí, o PACS, passou a ser incorporado pelo PSF.

O PSF vem sendo implantado em todo o Brasil e prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. O programa é fundamentado em equipes de saúde da família, que são equipes multiprofissionais compostas, no mínimo, por médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe trabalha em um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população-alvo vinculada a essa área.

De modo geral, são efetuadas as consultas básicas dos programas de saúde pública, desde vacinação ao pré-natal, passando pelo controle da tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e hanseníase, entre outros. São implementadas estratégias de educação em saúde e organiza-se um serviço de pronto atendimento, sendo o atendimento prestado na unidade de saúde ou no domicílio. As equipes promovem visitas domiciliares periódicas programadas ou de acordo com demandas espontâneas e procuram associar-se a grupos comunitários atuantes; é dessa forma que o PSF está inserido no SUS.

Apesar de investir cada vez mais na Atenção Básica, o SUS tem um componente importante de Programas e atendimentos de alto custo e alta complexidade, dentre eles, pode-se incluir as incursões DST/AIDS [doenças sexualmente transmissíveis], Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que é um exemplo mundial de eficiência, fornecendo gratuitamente todos os medicamentos e atendimentos necessários para esses pacientes. O Brasil possui, também, um dos maiores Programas de transplantes do mundo. Igualmente, merece destaque, a Assistência ao Paciente Renal Crônico, cuja cobertura de serviços de diálise é muito ampla.

Ainda, em busca da redução das desigualdades sociais e da promoção da saúde, o Governo Federal, em 2003, lançou o Programa de Transferência de Renda Bolsa Família (PBF). Embora se trate de um programa de transferência de renda, o PBF tem estreitas vinculações com o sistema de saúde e de educação, sendo que o envio dos recursos à família beneficiada está vinculada à condicionantes de saúde e educação. Em que pese a dificuldade da gestão do Programa Bolsa Família, ele é considerado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), uma boa iniciativa de transferência de renda.

Com o objetivo de apoiar os municípios nas tarefas da inscrição no Cadastro Único, atualização permanente de dados e no acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação, o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) repassa recursos financeiros às Prefeituras desde abril de 2006.

1.3- FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Até a Constituição de 1988 imperou o conceito de seguro, ou seja, era descontado um percentual na folha de pagamento do trabalhador. Sendo assim, a cobertura do Estado era estendida apenas para aqueles trabalhadores que tivessem vínculo direto e formal com o processo econômico e com a produção de bens e serviços. Aos excluídos do processo econômico formal ainda pesava uma segunda exclusão: a do sistema de saúde público.

A Constituição de 1988, promulgada em 5 de outubro, pretendeu substituir o conceito de seguro – cobertura ao contribuinte direto do sistema – pelo conceito de seguridade social – cobertura ao cidadão. O fundamento foi o de eliminar a desigualdade; a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde foram reconhecidas como direitos constitucionais nos termos dos artigos 194 a 204 da Constituição Federal de 1988. Pela construção da Carta, o direito à Assistência Social e à Saúde não depende de contribuição direta do beneficiário e, além disso, a saúde é reconhecida como bem de relevância pública, o que a torna também responsabilidade do Ministério Público Federal e Estadual.

Ao introduzir o conceito de Seguridade Social, a Constituinte de 1988 buscou estabelecer uma base sólida de financiamento para a seguridade como um todo, por meio de Contribuições Sociais, recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamentos sobre o faturamento e sobre o lucro líquido. Estas receitas são arrecadadas pelo Governo Federal, pelo recolhimento das empresas, mas quem paga, em última instância, é o consumidor final do produto ou do serviço, uma vez que a planilha de custos inclui nos preços finais os valores previstos das contribuições.

Logo, é totalmente coerente e consistente a determinação constitucional do parágrafo único do Artigo 1º - que o uso destes recursos, seja definido pela sociedade “através de seus representantes ou diretamente”, uma vez que a origem dos recursos é a própria sociedade. Este princípio é reafirmado e consolidado no capítulo da Seguridade Social (artigos 194 a 204 da Constituição Federal/1988).

Em 2004, noticiou-se a existência de uma Frente Parlamentar da Saúde, que reuniu cerca de 200 deputados federais e 18 senadores e representantes de diversas entidades ligadas ao setor, quando se constituiu, em abril do mesmo ano, um comitê que visava preparar uma nova campanha de mobilização nacional para “salvar” o Sistema Único de Saúde (SUS), intitulada “saúde na UTI”.

Foi produzido um documento, que registra alguns problemas já amplamente debatidos, como quando afirma que o volume de recursos destinados à saúde no Brasil, ainda é insuficiente, bem abaixo do aplicado em países próximos, como Chile, Uruguai e Argentina.

Como destaca Carvalho:

Na verdade, o fortalecimento dos processos de estruturação e regulação do Sistema Público de Saúde no Brasil, no contexto da descentralização da gestão para os municípios, teve como principal instrumento a indução através da criação e alteração dos mecanismos de transferência de recursos financeiros. Assim, o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), passou a ser utilizado como um destes mecanismos, sendo fortemente afetado pelas políticas implantadas (CARVALHO, 2002, p. 885).

Podem ser citadas nesta ilustração, as limitações estipuladas em relação ao número de internações, passíveis de apresentação pelos estados e municípios, para pagamento com recursos federais, pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH) equivalente a 9% da população residente ao ano, em relação ao valor a ser com elas despendido, definido pelo teto financeiro, atribuído por portarias do Ministério da Saúde. Outro exemplo é a indução à redução da proporção de partos cesáreas, ocorridos no país, operada por meio da Portaria GM/MS nº 2.816 de 1998, que limitou o número de partos cesáreas a serem remunerados, a partir de sua proporção no total de cada hospital, registrado pelo sistema.

Entende-se que esta mesma lógica vale para outras linhas de cuidado, como foi destacado no artigo de Pannunzio.

Foi muito justa e pertinente a indignada reação da sociedade, dos médicos e de entidades representativas do consumidor e da cidadania à absurda proposta do Ministério da Saúde, de estabelecer normas para a internação de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)... Em síntese, a proposta estabelecia que apenas os doentes com chances reais de recuperação fossem internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)... (PANNUNZIO, 2005, p.48).

O autor interroga: “somente poderá lutar pela vida quem provar que não vai morrer na UTI? Tem o governo o direito de decidir sobre as chances de viver ou morrer de um ser humano?” (PANNUNZIO, 2005, p. 48).

1.3.1 Fontes dos recursos

Os recursos à nova área de seguridade social, instituída após a Constituição Federal de 1988, têm como base financiamentos vindos da Previdência Social, do Finsocial-Cofins e da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Pessoas Jurídicas, entre outros impostos e taxas. Complementando, a destinação dos recursos federais ao SUS toma como base a receita estimada para o orçamento da seguridade social, conforme as metas estabelecidas anualmente na Lei de Diretrizes Orçamentárias da União. Nos últimos anos, três avanços podem ser destacados:

A primeira foi à inclusão em 1988, no Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da Constituição Federal, no seu Artigo 55, de que 30% no mínimo do Orçamento da Seguridade Social seriam destinados ao setor saúde, até que as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO – do ano seguinte e subsequente) estabelecessem a partilha mais adequada. Em 1993, com a cessação das transferências, originadas das contribuições sobre folhas de salários, realizadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em virtude do aumento da despesa previdenciária, a saúde voltou a disputar maiores percentuais de participação de outras fontes com as demais áreas de governo.

A segunda foi à criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), como fonte vinculada ao setor em 1996 (Lei nº 9.311 de 24 de outubro de 1996), revogada nos fins de 2007 por força de decisão do Congresso Nacional.

A terceira foi à aprovação da Emenda Constitucional 29, que vinculou percentuais mínimos da receita das três esferas de governo às despesas setoriais. Por força da Emenda Constitucional 29 (EC 29), o mínimo a ser aplicado pelos estados em ações e serviços públicos de saúde é de 12% das suas receitas próprias e pelos municípios é de 15% das suas receitas próprias com tolerância para o alcance progressivo desses patamares do ano de 2000 até o ano de 2004.

Segundo Campelli & Calvo:

A Emenda Constitucional 29 (EC) ou Emenda Constitucional da Saúde foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Nessa década, não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiar o SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor (CAMPELLI & CALVO, 2007, p. 1613).

As Diretrizes sobre a aplicação da EC 29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Resolução nº. 322 de 08 de maio de 2003.

Independente do progressivo aumento das transferências federais, uma questão importante a ser aprofundada diz respeito às condicionalidades estabelecidas para a aplicação desses recursos (LIMA, 2007, p. 519).

Atualmente os recursos destinados às despesas do Ministério da Saúde com essas ações derivam majoritariamente de receitas de contribuições sociais, principalmente da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento Seguridade Social (COFINS). A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada exclusivamente como fonte de recursos para a saúde, foi extinta em 2007.

Observa-se uma tendência crescente, por parte do Ministério da Saúde (MS), de vinculação de recursos transferidos a determinadas políticas e programas na tentativa de aumentar seu poder indutor e regulador sobre o sistema de saúde. Estes instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. A prática de vinculação de recursos federais suscita polêmica, no que diz respeito à delimitação do poder da União versus o grau de autonomia necessário, para que os gestores estaduais e municipais programem políticas voltadas para a sua realidade local e compromete a gestão orçamentária destas esferas, sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto.

Não se pode ignorar que o esforço para a superação das desigualdades regionais e locais possa prescindir de formas de redistribuição de recursos financeiros pela esfera federal voltado para maior homogeneidade, no financiamento da saúde; em outras palavras, cabe ao governo federal, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a função de transferência de recursos.

Lima demonstra comungar com o mesmo ponto de vista ao destacar:

Essa é uma importante função a ser desempenhada pelas esferas com elevado poder de arrecadação para correção dos desequilíbrios verticais (entre as esferas de distintos níveis) e horizontais (entre esferas do mesmo nível de governo) no sentido da implantação do caráter nacional e universal da política de saúde (LIMA, 2007, p. 519).

Neste sentido, pode-se afirmar que as transferências federais do SUS não favorecem a uma maior igualdade no gasto público em saúde porque, em primeiro lugar, não permitem, na sua maioria, a redistribuição de recursos para Estados e municípios com dificuldades orçamentárias. A forte associação com a oferta e produção impede ampliar as receitas disponíveis em Estados e municípios com menor capacidade de arrecadação. Em segundo lugar, porque desconsidera as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais fruto das regras que informam o federalismo fiscal no Brasil.

A XII Conferência Nacional de Saúde (2003) aprovou também que a votação da Lei Complementar de que trata a Emenda Constitucional (EC 29) deverá ser priorizada. Sabe-se da importância da EC 29, pois, através desta Lei Complementar ficam estabelecidos os percentuais de montantes financeiros que os governos Federais, Estaduais e Municipais deverá destinar para a saúde.

Em 11 de agosto de 2004, foram realizadas audiências públicas em favor da EC 29. Em 5 de maio de 2006, foi promovido um grande Ato Público e Manifestação em favor da EC 29, porém, a pauta foi travada pela interminável discussão sobre o Orçamento de 2006 e por medidas provisórias, permanecendo nessa situação até hoje.

1.3.2 Repasse de recursos

A legislação que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos sub-nacionais, tendo em vista o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. Como afirma Lima:

Ela estabelece que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (FES - FMS), observando-se critérios diversos - perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais, previsão de investimentos ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo – com ênfase na definição de montantes per-capita (não menos que a metade dos recursos transferidos (LIMA, 2007, p. 511).

As transferências do SUS têm início somente em 1994, após quatro anos da publicação das Leis. Na prática a publicação de centenas de portarias federais, entre elas as Normas Operacionais (NO) do SUS alteraram o padrão de transferência federal originalmente proposto, ou seja, os recursos orçamentários são repassados direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Nele coexistem mecanismos que não estão associados diretamente à prestação de serviços e são realizados independentes do quantitativo de ações e serviços produzidos (mecanismo de transferência pré-produção) e mecanismos que se atrelam às transferências à informação prévia da produção (mecanismo de transferência pós-produção).

De acordo com Lima, quanto aos critérios que definem os recursos federais transferidos mensalmente para municípios e estados, estes se diferenciam em:

Critérios per-capita utilizados para financiamento de um conjunto de ações de atenção básica. Nesta modalidade incluem-se o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo), implantado em 1998 e variando entre R\$10,00 a R\$18,00 per-capita/ano a partir de 2002, o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB – A), definido em R\$ 12,00 per-capita/ano. Critérios relacionados à série histórica da produção ambulatorial e hospitalar do SUS, Voltados para o financiamento do conjunto de ações e serviços de especializados e de alta complexidade nos municípios habilitados na condição de gestão mais avançada na Norma Operacional (NO) vigente. Este mecanismo foi implantado em 1994 com as primeiras habilitações na condição de gestão semiplena municipal da NO básica 01/1993. Critérios diversos: relativos ao financiamento do conjunto de ações e serviços especializados e de alta complexidade nos Estados habilitados na condição de gestão mais avançada (LIMA, 2007, p. 518).

Pode-se afirmar que os diversos mecanismos e critérios que informam as transferências SUS determinam capacidades diferenciadas para redistribuição de recursos entre Estados e municípios.

Cada mecanismo de transferência SUS está atrelado em maior ou menor grau à capacidade instalada de produção de serviços públicos e privados, credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) existente em uma dada jurisdição.

Existe um processo interno de socialização dos subsídios construídos nessas instâncias e uma articulação com os autores das propostas de lei e seus relatores. É necessário que este processo seja intensificado, visando salvaguardar o financiamento do SUS das interferências negativas da Reforma Tributária (desvinculação de recursos) e garantir a definição de parâmetros seguros e duradouros a partir de 2005. A XII Conferência Nacional de Saúde aprovou que a partir de 2005 a parcela da União para financiamento do SUS deverá ser equivalente a 10% das receitas correntes da União e para Estados e Municípios deverá continuar sendo, respectivamente, 12% e 15% da receita de impostos (JORGE, 2006, p. 6).

1.3.3 Administração do Fundo Nacional de Saúde

O Ministério da Saúde é a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados a Estados e municípios e estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde, conselhos estaduais e municipais, elaborar plano de ação e apresentar relatório de gestão. Os recursos são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e fiscalizados por um órgão colegiado, o Conselho Nacional de Saúde, do qual participam representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

Entretanto, se faz necessário que as relações existentes no campo social produzam melhores efeitos como afirma Sen:

Os fins e os meios do desenvolvimento exigem que a perspectiva da liberdade seja colocada no centro do palco. Nessa perspectiva, as pessoas têm de ser vistas como ativamente envolvidas, dada a maior oportunidade, na conformação de seu próprio destino, e não apenas como beneficiárias passivas dos frutos de engenhosos programas de desenvolvimento. O Estado e a sociedade têm papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas. São papéis de sustentação, e não de entrega sob encomenda. A perspectiva de liberdade é central em relação aos fins e aos meios do desenvolvimento merece toda a nossa atenção (SEN, 2000, p.71).

Uma das inovações mais significativas da Constituição Federal de 1988 foi à previsão do exercício de controle social do SUS órgão de participação, servindo como veículo de formulação da política de saúde, indicando prioridades e de fiscalização dos serviços de saúde.

Quando a Constituição brasileira define como diretriz da construção do Sistema Único de Saúde a participação popular, pretende-se na verdade, que essa participação zele pela equidade e pela eficiência na distribuição dos recursos e na oferta dos serviços e ações.

O fortalecimento, então, está relacionado à ação contínua junto aos Núcleos Regionais de Saúde que funcionam como intermediários entre as Unidades e a

Coordenadoria de Saúde, estabelecendo as normas diretivas das ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde.

Considerando, que o processo de municipalização das ações de saúde depende diretamente dos referidos Núcleos como facilitadores assim, a reativação do Conselho Estadual de Saúde¹ e seu resgate como espaço deliberativo da política Estadual de Saúde será fortalecido, proporcionando a efetiva ativação das Comissões de Gestores Bipartite Regionais² e conseqüentemente à realização da Conferência Estadual de Saúde³.

Com isso, as Conferências Regionais darão maior apoio às Municipais, melhorando à ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), conforme a normalização do SUS, dentro da esfera estadual e às reuniões com prefeitos e secretários municipais de saúde em que se propõem parcerias para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Sistemas estes, que têm o compromisso do estímulo à participação e ao controle social como estratégia de promoção de saúde.

¹ Tem por finalidade a fiscalização e execução sobre a política pública de saúde estabelecida para o Estado sobre a Direção do Sistema Único de Saúde – SUS.

² Tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

³ Avalia a situação de Saúde e propõe as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

Capítulo 2 - METODOLOGIA

Em virtude da complexidade dos assuntos abordados nesta dissertação, para o desenvolvimento da pesquisa optou-se por selecionar indicadores sociais que sejam impactados pela estrutura e nível de desenvolvimento da saúde pública. Como salienta Jannuzzi (2001) *“uma cifra estatística isolada é como um poste com luz queimada: Pode servir como apoio, mais sozinha não ilumina nada”*. (JANUZZI, 2001, p. 11).

2.1 – CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DOS MUNICÍPIOS

Para fins comparativos, foram selecionados nove municípios brasileiros, de porte populacional similar ao município de Campos dos Goytacazes e que não fossem pertencentes a regiões metropolitanas. Este critério de escolha justifica-se como uma forma de destacar cidades que já possuem economia de escala suficiente para possuir uma rede de saúde com tendência a polarização regional sem, no entanto, ser impactado por um grande núcleo metropolitano. A tabela 1 e a figura 1 apresentam esses municípios e sua população no período selecionado para análise (2000 a 2004). Verifica-se que o município de Campos dos Goytacazes apresentou taxa de crescimento populacional mais baixa em relação entre os dez municípios selecionados para o estudo (0,75%).

Tabela 1 – População dos Municípios selecionados para a construção de indicadores de saúde, Brasil, 2000 a 2004.

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	Tx. de Crescimento Geométrico entre 2000-2004
Campos dos Goytacazes	406.989	410.22	413.445	416.441	419.427	0.75%
Petrópolis	286537	290138	293075	296110	299131	1.08%
Feira de Santana	480949	490307	496625	503898	511153	1.06%
Vitória da Conquista	262494	267186	270364	274015	277659	1.41%
Caxias do Sul	360419	368776	375119	381941	388740	1.90%
Pelotas	323158	324752	327953	331373	334779	0.88%
Anápolis	288085	288815	293474	298154	302822	1.25%
Catalão	64347	65480	66415	67370	68403	1.53%
Itacoatiara	72105	73350	74913	76218	77517	1.82%
Parintins	90150	93882	96750	99815	102867	3.35%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do DATASUS (2007)



Figura 1- Municípios selecionados para a construção de indicadores de saúde, 2000 a 2004.

Fonte: IBGE (2005) e ESRI (2007).

2.2 - INDICADORES SÍNTESE

Esta seção esclarece os pontos relevantes na escolha das variáveis para a construção dos indicadores utilizados no diagnóstico do sistema de saúde dos municípios selecionados. Indicadores sociais segundo Jannuzzi (2001):

(...) são, em geral, medidas quantitativas usadas para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato. Os indicadores informam algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. O modelo é composto por uma série de indicadores, construídos a partir de uma orientação essencialmente programática, isto é orientada para o ciclo de gestão de políticas públicas (Jannuzzi, 2001, p.15).

A grande dificuldade está em medir o padrão de vida, ou nível de vida, da população com a qual trabalha. *Pereira (2007), destaca:*

Essa questão tem sido muito estudada internacionalmente, pela necessidade de comparar níveis de vida entre diferentes países, ou num mesmo país numa série temporal. A Organização Mundial da Saúde formou, nos anos 50 um Comitê para definir os métodos mais satisfatórios para definir e avaliar o nível de vida (PEREIRA, 2007, P.13).

Na impossibilidade de construir um índice único, o Comitê da ONU criado na década de 1950 sugeriu que fossem considerados separadamente doze componentes passíveis de quantificação: Saúde, incluindo condições demográficas; alimentos e nutrição; educação, incluindo alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação de emprego; consumo e economia gerais; transporte; moradia, incluindo saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social; e liberdade humana.

De acordo com Jannuzzi:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece certos parâmetros de oferta de recursos necessários para prestação adequada de serviços de saúde para população (4 leitos por mil habitantes, por exemplo). Esses parâmetros correspondem a médias internacionais que podem não se adequar às características de países ou regiões específicas, dependendo do tipo de enfoque de política de saúde adotado (preventivo/curativo) ou perfil demográfico (população mais jovem ou mais velha). De qualquer forma estabelecem padrões de referência que podem ser usados como pontos de partida na estimação preliminar de recursos financeiros, humanos e físicos para programas na área de saúde pública (JANNUZZI, 2001, p. 79).

Assim, vale reconhecer a importância, na busca da explicação de uma dada situação de saúde, de recorrer a indicadores intersetoriais, como a evolução do nível de emprego, a renda média do trabalhador, ou o consumo de energia elétrica. Vamos nos deter, porém, nos indicadores de “Saúde, incluindo condições demográficas”.

De acordo com Pereira:

o “indicador de saúde” deve revelar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população. “Indicador” é em geral usado para medir aspectos não sujeitos à observação direta: saúde, normalidade, felicidade. Um indicador indica um aspecto: a mortalidade, por exemplo. Um “índice” expressa situações multidimensionais: índice de Apgar, índice de desenvolvimento humano. No fundo, porém, deve prevalecer “indicadores de saúde” para designar todo este campo de conhecimento (PEREIRA, 2007, p. 17).

A estratégia metodológica adotada para o presente trabalho é mais modesta que a sugestão apresentada pela ONU (2005), e não é tão ampla como sugerido. A escolha dos indicadores seguiu principalmente a disponibilidade em bases de dados públicas nacionais.

Sendo assim, optou-se por agrupar indicadores associados ao tema saúde em quatro grandes grupos de variáveis correlacionados: *Indicadores de Investimento*, *Indicadores Insumo*, *Indicadores Processo* e *Indicadores Produto* (Figura 2). Neste contexto, entende-se que estes indicadores são encadeados, ou seja, *indicadores*

de investimento fornecem subsídios para a instalação de equipamentos e infraestrutura (*indicadores insumo*), que, por sua vez, viabilizam o processo de atenção á saúde (*indicadores processo*), para, finalmente, impactar no incremento da qualidade da saúde da população (*indicadores produto*).

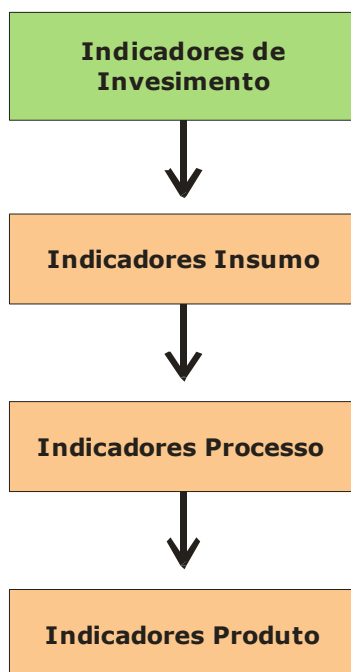


Figura 2 – Organograma de referência sobre a associação entre as variáveis de insumo, processo e produto.

Fonte: Adaptado de Jannuzzi (2003)

Neste contexto entende-se que o aumento do orçamento de uma cidade poderia impactar diretamente nos conceitos abstratos subseqüentes. Entretanto esta suposição é teórica e de difícil constatação empírica já que as séries históricas de dados disponíveis sobre saúde, em nível municipal, são recentes.

Ademais se ressalta que:

A qualidade de um sistema de saúde, por sua vez, está associada ao equilíbrio entre as necessidades de cuidado de uma população e a oferta de serviços. O desnível entre a demanda e a oferta, pode gerar uso desnecessário ou demanda reprimida. Assim, elevadas taxas de utilização de serviços relaciona-se com maior necessidade ou utilização desnecessária, e baixas taxas de utilização podem indicar dificuldade de acesso, insuficiência de recursos ou menor necessidade de cuidados de saúde. Para a redução das desigualdades à morbidade é importante conhecer o padrão de utilização dos diversos serviços de saúde em relação a um determinado grupo social (PINHEIRO e TRAVASSOS *apud* GIVISIEZ, 2005).

Para construção de cada um destes indicadores (Investimento, Insumo, Processo e Produto) foram selecionadas variáveis disponibilizadas por órgãos administrativos do Estado. A maioria dessas estimativas foi ponderada pelo total da população de cada um dos dez municípios selecionados no estudo, sendo que, para as estimativas de população foram utilizadas aquelas fornecidas pelo IBGE ao Tribunal de Contas da União para a distribuição das cotas do FPM - Fundo de Participação dos Municípios (IBGE, 2007).

Ressalta-se que as unidades das variáveis selecionadas no estudo, obviamente, estão apresentadas em escalas numéricas distintas. Por este motivo, será necessária a padronização dos valores em uma escala única formalmente apresentado nas Equações 1 e 2. Esta opção metodológica é análoga à adotada pelo PNUD na elaboração do índice de Desenvolvimento Humano – IDH e no Índice de Pobreza Humana – IPH (Givisiez e Oliveira, 2007).

$$I_{Pad} = \frac{I_{Obs} - I_{min}}{I_{max} - I_{min}} \quad \text{Equação 1}$$

$$I_{Pad} = \frac{I_{max} - I_{Obs}}{I_{max} - I_{min}} \quad \text{Equação 2}$$

Onde:

I_{Obs}	Valor observado para o indicador I no município x
I_{min}	Valor mínimo observado para o indicador I, entre todos os municípios selecionados no estudo
I_{max}	Valor máximo observado para o indicador I, entre todos os municípios selecionados no estudo

I_{pad} Indicador padronizado

Essas equações padronizam as proporções em valores entre zero e um. O conceito abstrato assume que o menor valor observado para o indicador padronizado ($I_{pad} = \text{zero}$) estará relacionada ao município em piores condições para o indicador observado (I_{obs}). Analogamente, no caso oposto, na região com a melhor condição do grupo, a padronização do Indicador Observado (I_{obs}), resultaria em uma unidade ($I_{pad} = \text{um}$).

Isso posto, entende-se que a aplicação das equações 1 e 2 será diferente dependendo do Indicador Observado a ser padronizado. Indicadores nos quais altos valores denotam boas condições deverão utilizar a equação 1, ou seja, o município cujo indicador se iguale a zero, será considerado como aquele com piores condições de vida para o referido indicador. Dentre os indicadores incluídos nesse grupo citam-se, por exemplo, Leitos Hospitalares por habitantes, Consultas por habitante ano, Esperança de Vida, dentre outros.

Por outro lado, a aplicação da equação 2, por sua vez, será na padronização de indicadores que baixos valores denotam boas condições de saúde, ou seja, nesse caso, o município que obtiver o valor zero para o indicador observado será categorizado como aquele que tem as melhores condições de vida. Dentre estes indicadores cita-se a mortalidade infantil e taxa de mortalidade.

A padronização de cada um dos quatro grandes grupos de indicadores será feita por uma média simples (Equação 3 a 6). Por fim o indicador síntese de saúde será calculado pela média simples dos quatro indicadores (Equação 7).

$$INVEST = \frac{\sum_i^n INVEST_i}{n} \quad \text{Equação 3}$$

$$INSUMO = \frac{\sum_i^n INSUMO_i}{n} \quad \text{Equação 4}$$

$$PROCESSO = \frac{\sum_i^n PROCESSO_i}{n} \quad \text{Equação 5}$$

$$PRODUTO = \frac{\sum_i^n PRODUTO_i}{n} \quad \text{Equação 6}$$

$$SAUDE = \frac{INVEST + INSUMO + PROCESSO + PRODUTO}{4} \quad \text{Equação 7}$$

Onde:

<i>INVEST</i>	Indicadores padronizados de investimento
<i>INSUMO</i>	Indicadores padronizados de insumo
<i>PROCESSO</i>	Indicadores padronizados de processo
<i>PRODUTO</i>	Indicadores padronizados de produto
<i>SAUDE</i>	Indicador síntese de saúde
n	Total de indicadores no grupo

2.2.1 Indicadores de Investimento

Os indicadores de investimento são aqui entendidos como os valores financeiros aplicados diretamente na instalação de equipamentos, serviços e infraestrutura de saúde e os valores financeiros aplicados na manutenção do sistema, ou seja, as despesas correntes para o pagamento de pessoal e custeio foram entendidas como investimento. Reconhece-se que despesas de custeio não deveriam ser entendidas como indicador de investimento, e sim como indicador de processo. Entretanto, as fontes de dados de recursos de saúde não discriminam despesas de capital, por exemplo, das despesas de custeio inviabilizando a distinção dessas despesas. Nesse sentido os indicadores de investimentos listados na tabela 2.

Tabela 2: Variáveis selecionadas com Indicadores de Investimento em Saúde

Variável	Descrição	Padronização
INVEST01	Despesa total com saúde/hab	1
INVEST02	% De transferências SUS/Despesa total com saúde	2
INVEST03	% De recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	1
INVEST04	Despesa com pessoal	1

Fonte: Elaborado

O indicador de *Despesa total com saúde por habitante* (INVEST01) representa o total de despesas ponderado pela população residente em cada um dos dez municípios selecionados no estudo. Esse indicador pretende ressaltar o orçamento em saúde e as diferenças entre os municípios. Nesse caso, altos valores denotam boas condições do sistema de saúde, e, sendo assim, a fórmula de padronização adotada será a fórmula 1.

O segundo indicador (INVEST02), denominado *Percentual de transferências SUS em relação à despesa total com saúde* representa a parcela do total de despesas que é oriunda de fundos federais, e, dessa maneira, relativamente iguais em todos os municípios. Nesse caso, altos valores para este indicador denotam pouco investimento por parte do município na melhoria das instalações de saúde', e sendo, assim a fórmula a ser adotada será a fórmula 2.

O terceiro indicador (INVEST03) representa o percentual das despesas oriundas de aplicação de recursos próprios em saúde. Esta medida é diretamente relacionada com uma provável melhoria no sistema de saúde em um município. Sendo assim a equação a ser adotada na padronização será a equação 1.

O quarto indicador utilizado na construção do Indicador Sintético de Saúde (Médicos/1000 hab, Nº de profissionais de nível superior e nº total de profissionais de saúde) (INVEST04). Vale lembrar que quanto maior o volume de recursos aplicados em RH, destinado à saúde, pressupõe melhor atenção dispensada à população usuária do sistema. Logo nesse indicador, a fórmula de padronização adotada será a 1.

2.2.2 - Indicadores de Insumo

Entende-se por indicadores insumo, medidas que representem a capacidade instalada do sistema público de saúde. Sendo assim estariam incluídos neste grupo os indicadores de *Infra-estrutura Ambulatorial (IEA)*, *Infra-estrutura Hospitalar (IEH)*, *Recursos Humanos (RH)* e *Infra-estrutura de Alta Complexidade (IAC)*. É fato que essas medidas denotam significados distintos e a simplificação deste indicador por meio de uma média simples, certamente não seria adequado. Sendo assim, optou-se por trabalhar com um indicador composto que seria formalmente representado na equação 8.

$$INSUMO = \frac{IEA + IEH + RH + IAC}{4} \quad \text{Equação 8}$$

Onde:

IEH	<i>Indicadores padronizados de infra-estrutura hospitalar</i>
RH	<i>Indicadores padronizados de disponibilidade de recursos humanos</i>
TEC	<i>Indicadores padronizados de infra-estrutura em saúde de ponta</i>

Os indicadores padronizados serão estimados separadamente em cada subconjunto de medidas, conforme explicitado nas seções a seguir. Sabe-se que recursos são necessários para o atendimento dos indicadores-insumos, e de acordo com Jannuzzi:

Esses indicadores revelam o esforço despendido nos programas voltados à saúde pública, não o resultado efetivo dos mesmos. Esse é um detalhe não trivial que perpassa muitas vezes a avaliação de políticas na área de saúde e em outras áreas (JANNUZZI, 2001, p. 79).

2.2.2.1 *Infra-estrutura ambulatorial*

Tabela 3 – Variáveis selecionadas como Indicadores de Infra-Estrutura Ambulatorial em Saúde p/1000hab.

Variável	Descrição	Padronização
IEA01	Equipamento de imagenologia de baixa complexidade	1
IEA02	Consultórios médicos	1
IEA03	Consultórios de odontologia	1

Fonte: Elaborado pelo autor

2.2.2.1.1 Equipamento de Imagenologia de baixa complexidade (IEA01)

A atenção básica utiliza-se de estabelecimentos assistenciais de saúde de baixa complexidade, geralmente vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Dentre as tipologias mais comuns estão os mini-Postos de saúde, os Postos de saúde, os Centros de saúde e as Unidades mistas.

Nessas Unidades, os equipamentos de imagenologia como negatoscópios, equipamentos de RX, entre outros, são de grande importância para o atendimento eletivo em regime ambulatorial.

2.2.2.1.2 Consultórios Médicos por mil Habitantes (IEA02)

Esta variável é fundamental para diagnosticar a política de saúde implementada pelo município (curativa ou preventiva). Quanto maior a oferta de consultórios médicos disponibilizados a uma população é esperada, em contrapartida, uma redução significativa nas internações hospitalares. Vale lembrar que a hospitalização envolve maior volume de recursos ao sistema de saúde além de afastar o trabalhador de suas atividades.

2.2.2.1.3 Consultórios de Odontologia por mil habitantes (IEA03)

Importante variável no contexto da saúde, em primeiro lugar, por que a saúde bucal representa a porta de entrada para a boa convivência em sociedade, em segundo, pela sua contribuição na saúde geral de um indivíduo e em terceiro, por que se trata de uma infra-estrutura de elevado investimento para a sua instalação e de grande importância para a população.

2.2.2.2 Infra-estrutura hospitalar

A rede hospitalar, independentemente do município a que pertença, se constitui numa empresa das mais complexas que exige uma estrutura sólida e racional, e denota que a população atendida poderia ter rápida e alta especificidade de ações na promoção, reabilitação e recuperação da saúde. Sendo assim, trabalhar com assistência à saúde exige, além de precisão e rapidez, o mínimo de insumos necessários ao desenvolvimento desta atividade. As variáveis selecionadas para estimar a capacidade instalada no município foram os leitos hospitalares em três especialidades médicas básicas (ver tabela 4). Uma vez que um maior número de leitos denota uma melhor infra-estrutura instalada, essas variáveis serão padronizadas pela fórmula 1.

Nesse sentido, selecionou-se um grupo de insumos, comuns a tais especialidades, destacando-se a sua importância no contexto hospitalar e da pesquisa.

Tabela 4- Variáveis selecionadas como Indicadores de Infra-Estrutura Hospitalar em Saúde.

Variável	Descrição	Padronização
IEH01	Leitos Hospitalares por mil habitantes	1
IEH02	Leitos Obstétricos por mil habitantes	1
IEH03	Leitos Cirúrgicos por mil habitantes	1
IEH04	Leitos em Unidades de Terapia Intensiva por mil habitantes	1

Fonte: Elaborado pelo autor

O primeiro indicador selecionado *Leitos Hospitalares por mil habitantes* (IEH01) é, grosso modo, associada à capacidade de atendimento da população do município de referência e entorno. Sendo assim, quanto maior a importância de saúde de um município para a região onde ele se insere maior será a oferta de leitos.

O segundo indicador selecionado foram os *Leitos Obstétricos por mil habitantes* (IEH02). A obstetrícia, por se tratar de especialidade, a oferta está mais ou menos condicionada à demanda. O terceiro indicador refere-se ao total de leitos cirúrgicos por mil habitantes (IEH03) que revela da importância do município no contexto regional.

O quarto indicador é o total de *Leitos em Unidade de Terapia Intensiva por mil habitantes* (IEH04) e trata-se de uma unidade nobre em uma rede hospitalar e envolve grande volume de recursos para a sua implantação. A existência desse tipo de serviço revela, também, a posição do município com relação à atenção terciária. Não raro alguns municípios no Brasil, por questão de economia de escala, às vezes não contam com este tipo de atendimento, ainda assim trata-se de importante variável no contexto da pesquisa.

2.2.2.3 *Recursos Humanos*

O número de profissionais constitui-se em importante variável, pois determina, em linhas gerais, o grau de eficiência da linha de cuidados assistenciais dispensados a uma determinada população. As variáveis escolhidas nessa análise foram as apresentadas na Tabela 5. Estas variáveis serão padronizadas pela fórmula 1.

Tabela 5 – Variáveis selecionadas como Indicadores de Recursos Humanos em Saúde

Variável	Descrição	Padronização
RH01	Número de profissionais por mil habitantes	1
RH02	Número de profissionais de nível superior por mil habitantes	1
RH03	Número de médicos por mil habitantes	1

Fonte: Elaborado pelo autor

2.2.2.4 Infra-estrutura de alta complexidade

Finalmente as variáveis selecionadas na construção do indicador de Infra-estrutura de alta complexidade foram: *Total de Equipamentos de proteção à vida e hemodiálise por mil habitantes (TEC01)* e *Total de Equipamentos de Imagenologia de alta complexidade por mil habitantes (TEC02)*. A instalação de ambos os serviços selecionados para este indicador denotam a existência de serviços com abrangência regional. Estas variáveis revelam de certa forma, o nível de investimento realizado pelo município na rede e pode-se afirmar que os indicadores de processo estão relacionados com os serviços realizados, porém, como destaca Jannuzzi:

Na comparação de dados entre regiões ou municípios, há que se verificar se os indicadores contemplam ou não os profissionais e equipamentos do setor privado, e deve-se ter em conta que a prestação de certos serviços médicos especializados exigem certas escalas de atendimento potencial. Coeficientes técnicos mais elevados de recursos para uma grande cidade não significam, pois, necessariamente maior disponibilidade de atendimento à saúde para a sua população, já que os recursos então, em tese, disponíveis para toda a população compreendida na região circunvizinha (JANNUZZI, 2001, p.80).

Tabela 6 – Variáveis selecionadas como Indicadores de Infra-Estrutura de Alta complexidade em Saúde

Variável	Descrição	Padronização
IAC01	Equipamentos de proteção à vida por mil habitantes	1
IAC02	Equipamentos de hemodiálise por mil habitantes	1
IAC03	Equipamentos de imagenologia de alta complexidade por mil habitantes	1

Fonte: Elaborado pelo autor

Foram considerados como equipamentos de diagnóstico por imagem de alta complexidade os Tomógrafos, Eletroencefalógrafos e equipamentos de raios X. Estas variáveis serão padronizadas pela fórmula 1.

Vale destacar que, é consenso na literatura médica que os equipamentos de RX, funcionam na rede ambulatorial, e são de fundamental importância na rede hospitalar, para resolução de casos de alta complexidade.

2.2.3 Indicadores de Processo

Para a pesquisa, Indicadores de Processo estarão relacionados à produção de serviços de saúde e serão representados pelo total de consultas, imunizações e o número de internações. Em outras palavras, os Indicadores de Processos representam as linhas de cuidado que estão sendo desenvolvidas. As medidas adotadas como processo são aquelas apresentadas na tabela 2.

O primeiro indicador adotado é o total de imunizações por mil habitantes é, normalmente, associado a atendimentos preventivos. Entretanto, esse indicador é muito impactado por diferenças epidemiológicas entre as regiões em estudo e pelo momento que uma dada região passa. Ciente dessa limitação, este indicador foi assumido como uma Proxy da prevenção a doenças infectocontagiosa e da capacidade instalada da saúde pública local.

O segundo indicador de processo (tempo médio de permanência) representa indiretamente a capacidade curativa do sistema. Ou seja, geralmente longas internações são associadas a tratamentos de pouca eficiência. Sendo assim, entende-se que longas internações estão associados com sistemas com baixa qualidade do sistema hospitalar.

Tabela 7 – Variáveis selecionadas como Indicadores de Processos

Variável	Descrição	Padronização
IPROC01	Taxa de imunizações (por habitante)	1
IPROC02	Tempo médio de permanência em Rede hospitalar	2

Fonte: Elaborado pelo autor

2.2.4 Indicadores de Produto

Indicadores produtos, segundo Jannuzzi (2001), representam o resultado de uma série de fatores socioeconômicos e é consequência destes fatores. As variáveis selecionadas como Indicadores Produto foram apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 – Variáveis Selecionadas como Indicadores de Produto.

Variável	Descrição	Padronização
PRODUTO01	Taxa de natalidade	2
PRODUTO02	Taxa de morbidade hospitalar	2
PRODUTO03	Taxa de mortalidade infantil	2

Fonte: Elaborado pelo autor

A taxa bruta de natalidade (variável *Produto01*) é útil para identificar o estágio da transição demográfica em que a região ou município está. Taxas elevadas de natalidade são típicas de países e regiões com estrutura etária jovem e alta mortalidade infantil. Nestes casos, o sistema de saúde deve ser focalizado em programas de saúde materno-infantil (Jannuzzi, 2001). Taxa de natalidade muito baixa, por sua vez, associa-se a localidades com estrutura etária envelhecida, onde é baixa a demanda por saúde materno-infantil. Nestes casos, o sistema de saúde deve ser direcionado a prevenção de doenças típicas da idade. Sendo assim, a suposição deste estudo é que alta os valores de natalidade está associada a regiões com maior vulnerabilidade sociais, e, portanto, será padronizado pela equação 2.

A taxa bruta de natalidade é estimada pela razão entre o total de nascidos vivos em ano e pela população estimada para o meio do período. De modo geral é expressa em nascimentos por mil habitantes e é obtida pela formulação apresentada na equação 8 e é um indicador comum no anuário estatístico e relatório social. Embora seja uma variável que se aproxima da fecundidade de uma população, a Taxa de Natalidade não é uma medida padronizada pela estrutura etária da população. A fonte de dados utilizada foi o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, para o total de nascidos vivos.

$$TBN_a = \frac{B_a}{N_a}$$

Equação 8

Onde:

TBN_a	Taxa bruta de natalidade no ano a
B_a	Nascimentos no ano a
N_a	População Total na metade do ano a

O segundo indicador produto a ser analisado é a *Taxa de morbidade hospitalar* e refere-se ao total de internações hospitalares por cem mil habitantes e reflete o atendimento nos hospitais dos municípios. Nesse caso, o indicador deve ser analisado com reservas, uma vez que altas taxas de internação podem refletir crises epidemiológicas ou que a cidade pode ainda polarizar regiões próximas. Sendo assim nem sempre altas taxas de internação refletem, necessariamente, altas demandas e prováveis insuficiências do sistema hospitalar. Como nos sugere Jannuzzi (2001):

[...] em que pesem suas limitações de validade e/ou confiabilidade podem ser de grande utilidade para monitoramento das condições de saúde e nível de vida da população (JANNUZZI, 2001.p.77).

Entende-se que altas taxas de morbidade estariam associadas a um sistema preventivo de saúde ainda pouco evoluído e, sendo assim, esta variável será padronizada pela equação 2.

O terceiro indicador a ser utilizado como indicador produto é a *taxa de mortalidade infantil* (PRODUTO03). Esta variável representa o risco que de um nascido vivo tem de vir a falecer antes de completar um ano de idade. Segundo Carvalho (1994) na taxa de mortalidade infantil, está implícito o conceito a idéia de probabilidade.

Jannuzzi, complementa a idéia ao afirmar:

Além de sua aplicação estritamente demográfica de caracterizar níveis e padrões de mortalidade, a taxa de mortalidade infantil tem sido empregada tradicionalmente como um indicador social representativo das condições gerais de vida ou saúde prevalentes em uma região ou segmento populacional. A taxa é definida como a razão entre o número de óbitos entre crianças de até um ano, e o total de crianças nascidas vivas durante o ano, expresso em termo de milhares (JANNUZZI, 2001. P.72).

Capítulo III – CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

O município de Campos dos Goytacazes está localizado na região sudeste, entre os Estados do Espírito Santo, São Paulo e Minas Gerais. Campos dos Goytacazes tem destaque no cenário político-econômico do país como o município onde está a maior Bacia petrolífera brasileira. Está localizado de maneira eqüidistante ao município do Rio de Janeiro, capital do Estado e Vitória, capital do estado do Espírito Santo. O município é cortado por várias linhas de transporte representado por ferrovias, rodovias federais (BR 101 e BR 356) e por um aeroporto de médio porte aeroporto (Bartolomeu Lisandro). Segundo Piquet, Givisiez e Oliveira (2006) Campos dos Goytacazes conta com a presença de centros de ensino e de pesquisas e a oferta de mão-de-obra qualificada, além do aumento expressivo dos serviços de ensino superior na cidade.

Além da sede, compõe-se dos distritos de Santo Amaro, São Sebastião, Mussurepe, Travessão, Morangaba, Ibitioca, Dores de Macabu, Morro do Coco, Santo Eduardo, Serrinha, Tócos, Santa Maria e Vila Nova. O Município possui uma área de 4.027,8 km² e uma altitude de 13 m. Sua sede distancia-se 286 km da capital do Estado, o município do Rio de Janeiro. Situa-se entre o Estado do Espírito Santo (ao norte); os Municípios de Quissamã (ao sul); São João da Barra(ao leste); Santa Maria Madalena e São Fidelis(ao oeste); São Francisco do Itabapoana (ao nordeste); Conceição de Macabu (ao sudoeste); Cardoso Moreira, Italva, Itaperuna e

Bom Jesus de Itabapoana (ao noroeste); e o Oceano Atlântico(ao sudeste), conforme figura 3.

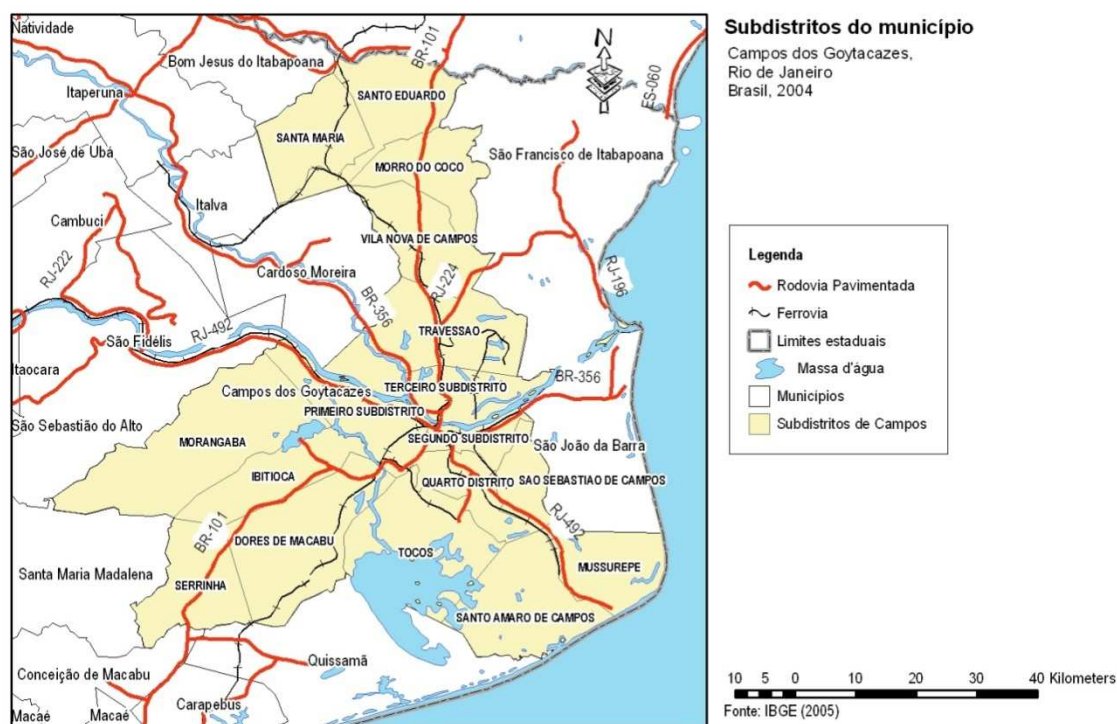


Figura 3 – Sub-distritos do município de Campos dos Goytacazes
Fonte: Malha digital IBGE (2005)

Nas duas últimas décadas, a extração do álcool, gás e petróleo impulsionou a economia do município e região. Outras atividades podem ser citadas, como o cultivo do arroz, feijão, milho, frutas, mandioca; a extração de mármore e granito; indústria de cerâmica, vestuário, doces, artefatos para construção civil, móveis, metal-mecânica e indústria de beneficiamento e produção de derivados de leite. Destaca-se também a prestação de serviços nas áreas de Educação e Saúde.

Para Pessanha (2004), o município de Campos dos Goytacazes, carece de uma política de desenvolvimento local de geração de emprego e renda, pois, são notórios a falta de oportunidade e o desemprego presente, considerando o volume do orçamento do referido município. Para o autor, torna-se necessário, a implantação de políticas públicas que possibilitem melhorar a aplicação dos recursos e aumentar a participação social, que é de fundamental importância nesse processo.

3.1 - POLÍTICAS DE SAÚDE EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

O município de Campos dos Goytacazes firmou seu compromisso formal com o SUS, apenas em 1998, quando se habilitou na condição Plena da Atenção Básica¹, prevista na Norma Operacional Básica do SUS editada em 1996.

Venâncio (2001), em sua pesquisa, relata as principais mudanças ocorridas na oferta de serviços públicos no município de Campos dos Goytacazes, no período 1991-1999. Segundo a autora, as informações foram repassadas pelos gestores municipais ao Ministério da Saúde (MS), sendo várias delas utilizadas para pagamento direto aos prestadores ou transferência ao Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Em conversa informal com Édson Batista, primeiro secretário de saúde da década de 90, Campos em 1990, possuía rede municipal de saúde “muito precária”. O Município possuía alguns ambulatórios de pediatria, clínica médica e obstétrica e um posto de vacinação na cidade, sob uma visão “puramente assistencialista”.

Sob gerência do INAMPS, a cidade contava com ambulatórios de especialidades, um hospital do Estado (que foi municipalizado), dois Postos de Assistência Médica (PAMs), dois Postos de Urgência (Pus – Saldanha Marinho e Guarus), um ambulatório central e alguns serviços de raios-x. O Estado possuía os setores de Vigilância Epidemiológica, que funcionava no Centro de Saúde.

O Estado tinha tradição no campo da Vigilância Epidemiológica e quadros de Recursos Humanos (RH) qualificados para tal; com a integração, o Estado trouxe essa visão para o Município.

As pesquisas da Assistência Médica Sanitária (AMS) apresentam os dados divididos entre públicos e privados, sendo assim caracterizados pela entidade jurídica, não subdividindo, portanto, o privado conveniado do não-conveniado ao SUS.

¹ Informação fornecida pelo Departamento de Descentralização de Gestão da Assistência à Saúde/MS e registrada no Manual do Gestor, COSEMS-RJ- Abril de 1999, p. 137-138.

O DATASUS registra apenas o atendimento público ou publicizado, sendo desse modo inseridos na categoria *privado* apenas os privados conveniados. Os dados das pesquisas AMSs 1992 e 1999 possibilitaram-nos uma primeira visão sobre a rede de serviços de saúde disponível em Campos dos Goytacazes nesse período. O Município de Campos dos Goytacazes expandiu seu *número de estabelecimentos* de saúde, passando de cem, em 1992, para cento e trinta e seis em 1999 (36%), com preponderância do setor privado, que cresceu de quarenta e nove para setenta estabelecimentos (42,8%), enquanto o público cresceu de cinqüenta e um para sessenta e seis estabelecimentos (29,4%).

Dos cinqüenta e um estabelecimentos públicos em 1992, um era federal, um, estadual e quarenta e nove municipais. Em 1999, todos os estabelecimentos públicos são apresentados como municipais, sugerindo que aqueles dois tenham sido municipalizados. Em 1992, Campos possuía onze *estabelecimentos com internação*, sendo um público (municipal) e dez privados, e passou a dezesseis em 1999, com dois públicos e quatorze privados.

Os estabelecimentos sem internação cresceram de oitenta e nove, em 1992, para noventa e seis em 1999 (7,8%). Desses oitenta e nove, cinqüenta pertenciam à esfera pública (56%), sendo quarenta e oito municipais, um federal e um estadual; e trinta e nove pertenciam à esfera privada (44%). Dos noventa e seis em 1999, sessenta e três faziam parte da esfera pública (65,6%) e trinta e três, da esfera privada (34,4%).

Pela AMS/99 pode-se afirmar ainda que, nesse ano existiu uma diversificada oferta de equipamentos de alta complexidade, tais como mamógrafo (com comando simples, com estereotaxia), raios-x para densitometria óssea, tomógrafo, ressonância magnética, ultra-som, eletroencefalógrafos e eletrocardiógrafo.

Assim, embora a AMS/99 não apresente distinção entre o setor público e o privado para esse item, pode-se, a partir da inserção da quase totalidade dos complementos diagnósticos no setor privado, dizer, por definição, que a grande maioria desses equipamentos pertence à esfera privada, incluindo aqui, os conveniados ao SUS. Pelas AMSs, a rede de serviços na década configurou-se predominantemente municipal na atenção básica, mas predominantemente privada no setor de diagnose e na rede hospitalar.

O município assegurou também a oferta especializada, embora tenha mantido a tradição local e a tendência nacional de voltar-se mais especificamente para clínicas básicas. A organização do sistema de referência e contra-referência, como será visto adiante, e hierarquização é, segundo consenso, um aspecto ainda frágil no funcionamento da rede de serviços. Embora tenha dado seus primeiros passos nos últimos dois anos da década de 1990, especialmente em 1999, quando foram definidas várias referências hospitalares, há a necessidade de avanços em sua implementação.

No que diz respeito à Participação Social na Política de Saúde Local no município de Campos dos Goytacazes houve, durante a década de 1990, um pacto entre Participação Social e Municipalização da Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi uma instância junto à Política de Saúde local, construindo uma agenda política para a saúde, respeitada enquanto metas formuladas nos Planos Municipais de Saúde.

Vale destacar que o Conselho Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes foi criado em 9 de setembro de 1991, pela Lei 5.195. Essa Lei determinou uma composição paritária de quarenta membros, com a seguinte distribuição: cinco representantes do poder público (poder central), cinco dos prestadores de serviços de saúde, cinco representantes dos profissionais de saúde, cinco das instituições formadoras de recursos humanos para a área de saúde e vinte representantes dos usuários. A cada titular corresponderia um suplente – portanto, quarenta suplentes, com direito à participação em todas as reuniões e direito à voz.

O direito a voto seria em caso de substituição do titular da cadeira representada. Essa composição se mantém até o momento atual.

Conforme já comentado, o município de Campos dos Goytacazes, a partir de 1994, em razão do aumento das receitas provenientes dos royalties do petróleo, passa a escrever uma nova história em seu orçamento.

A seguir, apresenta-se a tabela 9, onde está detalhada, em milhões de reais, a evolução do orçamento do município de Campos dos Goytacazes – RJ, período (1994 a 2004).

Tabela 9 – Evolução do Orçamento Municipal de Campos dos Goytacazes – 1994/2004 (em milhões de reais).

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
37,2	65,5	71,0	67,3	83,1	95,0	144	228	434	465	600

Fonte dos Dados: Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes – LOA (1994/2004).
Elaboração do Quadro: Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense

Avaliando-se os dados apresentados na tabela 9, vê-se que o salto do orçamento alcança dezesseis vezes o valor orçamentário, comparando-se o ano de 2004 com o ano de 1994. Observa-se, também, o vertiginoso aumento no orçamento do referido município, a partir do ano 2000.

Observou-se, já comentado anteriormente, que o orçamento do município de Campos dos Goytacazes-RJ, apresentou um aumento, no período 2000/2004, nesse sentido, destaca-se a seguir na tabela 10, onde são apresentadas as dotações orçamentárias para a área de saúde do referido município.

Tabela 10 – Evolução das dotações Orçamentárias para a Área de Saúde – Município de Campos dos Goytacazes, período 2000/2004.

ANO	DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS
2000	R\$ 17.000.000,00 (11,79%)
2001	R\$ 29.000.000,00 (12,6%)
2002	R\$ 37.452.900,00 (8,62%)
2003	R\$ 53.603.882,00 (11,52%)
2004	R\$ 51.651.457,00 (8,61%)

Fonte: Elaborado com base em dados da Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes LOA 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004.

Observa-se que na Tabela acima, o ano 2000, período do início da pesquisa, o município de Campos dos Goytacazes-RJ, destinou 11,79% do seu orçamento total para a área de saúde o que correspondeu a R\$ 17.000.000,00.

Em 2001, o orçamento destinado para a saúde no mesmo município, cresceu em termos percentuais atingindo 12,6% do orçamento total do município, período em que para a saúde se destinou o maior volume de recursos R\$29.000.000,00.

Em 2002, se observa um acentuado declínio em termos percentuais para o orçamento de Campos dos Goytacazes-RJ, período em que o referido município

destinou apenas 8,62% do seu orçamento total para a assistência à saúde de seus municípios, o que equivale a R\$ 37.452.900,00.

Entretanto, com base nas mesmas informações, se observa que em 2003, o orçamento da saúde apresentou uma recuperação em termos percentuais, 11,52% do orçamento total e foram destinados R\$ 53.603.882,00 para a assistência à saúde.

Em 2004, observou-se que o orçamento para a saúde do mesmo município voltou a declinar, apresentando o menor índice em termos percentuais, do período pesquisado, 8,61% do orçamento total, o que equivale a R\$ 51.651.457,00; e apenas para reflexão, de acordo com a Lei Orgânica do município de Campos dos Goytacazes RJ, não se deve destinar, em termos percentuais, valor inferior a 12% do orçamento total para o segmento saúde (Campos dos Goytacazes, 1990).

De acordo com a Lei nº 7.893/2006, a Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes aprovou a estimativa de Receitas e despesas para o exercício financeiro de 2007.

Em seu CAPÍTULO I Art. 1º essa Lei estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Campos dos Goytacazes em R\$ 1.165.485.395,00 (um bilhão, cento e sessenta e cinco milhões, quatrocentos e oitenta e cinco mil, trezentos e noventa e cinco reais) para o exercício financeiro do ano de 2007, compreendendo:

I – O Orçamento Fiscal, referente aos Poderes Legislativo e Executivo do Município de Campos dos Goytacazes, órgãos da Administração Pública Municipal Direta e Indireta, Fundação e Fundos instituídos e mantidos pelo Poder Público Municipal;

II – O Orçamento da Seguridade Social, abrangendo os Órgãos da Administração Pública Municipal Direta, bem como os fundos instituídos e mantidos pelo Poder Público Municipal;

III – o Orçamento de Investimento das Empresas Públicas e da Sociedade de Economia Mista, em que o Município detém a maioria do capital social, com direito a voto.

CAPÍTULO II

Do Orçamento Fiscal, da Seguridade Social e de Investimento

SEÇÃO I

Da Receita Total

Art. 2º - A Receita Total do Município de Campos de Goytacazes é estimada de acordo com a seguinte discriminação em R\$ 1,00:

I – ORÇAMENTO FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL

A – ADMINISTRAÇÃO DIRETA – ÓRGÃOS E FUNDOS

A.1 – RECEITAS CORRENTES

(Lei 7.893/06 – Câmara Municipal de Campos dos Goytacazes)

Tabela 11 – Estimativa do Orçamento Municipal de Campos dos Goytacazes – 2007 de acordo com a discriminação em reais correntes.

SECRETARIAS/ FUNDAÇÕES	VALORES
Secretaria. Municipal de Desenvolvimento e Promoção. Social	R\$ 7.828.145,00
Secretaria. Municipal de Saúde	R\$102.775.929,00
Fundo Municipal de Saúde	R\$ 99.255.995,00
Fundo de Desenvolvimento de Campos	R\$ 55.100.000,00
Fundação Dr. Geraldo Venâncio (HGG)	R\$ 46.052.614,00
Fundação Dr. João Barcellos Martins	R\$119.652.910,00
Demais Secretarias	R\$734.819.802,78
Orçamento Total estimado	R\$1.165.485.395,78

Fonte: Elaborado pelo auto com base na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2008

De acordo com a tabela 11, onde foram realizadas estimativas para o exercício 2007, verifica-se que foi destinado para a saúde, no município de Campos dos Goytacazes, em termos percentuais, 11% do orçamento total, o que não atende ao que está estabelecido na Lei Orgânica Municipal/ 1990.

O município de Campos dos Goytacazes-Rj, hoje, dispõe de 08 hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e conta com dois hospitais públicos sendo o Hospital Ferreira Machado (HFM), referenciado em urgências e emergências e assistências médico-odontológicas, politraumas, hemocentro e doenças infecto-parasitária (DIP), e o Hospital Geral de Guarus (HGG), cuja missão, a rigor, ainda se desenha, mas vem se destacando no atendimento ambulatorial, exames e diagnósticos e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade.

O fato de ser cortado em toda sua extensão Norte-Sul pela rodovia federal BR-101 que faz a ligação entre duas capitais e por se tratar de um município de porte médio, aumenta a relevância de seu sistema de saúde, que apresenta uma boa estrutura de saúde, no que se refere à localização dos instrumentos públicos.

A rede ambulatorial é constituída pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que conta com 147 unidades, contando com o apoio 60 núcleos do Programa de Saúde da Família (PSF), distribuídos estrategicamente pelo município, 18 Programas Especiais de Assistência Médica, Departamento de Vigilância

Sanitária/Centro de Zoonoses, Núcleo de Controle e Avaliação, entre outros serviços.

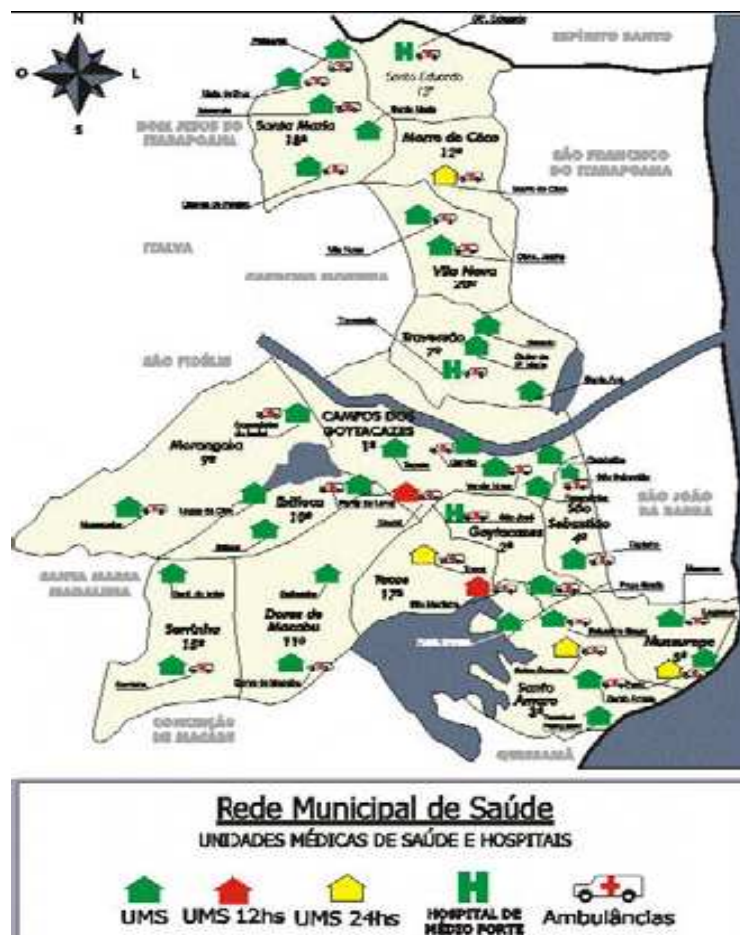


FIGURA 4 - REDE ASSISTENCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES
Fonte: Malha digital IBGE (2005)

Até o ano 2000, a Fundação Dr. João Barcelos Martins (FJBM), era mantenedora do HFM; em 2001, expandiu suas atribuições a toda a rede de Emergência do município, que passou a integrá-la, com o objetivo de dar maior resolutividade ao atendimento dos postos 24 horas, para que o Hospital Ferreira Machado (HFM), menos sobrecarregado, possa realmente realizar sua missão de atendimento emergencial. São integrados à Fundação Dr. João Barcelos Martins: Hospital Ferreira Machado, Hospital São José, Hospital de Travessão, Mini Hospital de Ururaí, Posto de Urgência Saldanha Marinho, Posto de Urgência de Guarús e Mini Hospital de Santo Eduardo.

Em 2007, na tentativa de oferecer serviços de saúde de maior qualidade foram realizados alguns investimentos no HFM, que merecem destaque: aquisições de tomógrafos, equipamento de ressonância magnética, inauguração da nova Unidade de terapia Intensiva pediátrica (UTI pediátrica), que serve de referência regional. Acrescenta-se que o HFM permanece como referência em atendimento de emergência, principalmente em politraumas e referência nacional em Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), além de dispor de um bem equipado hemocentro fixo e outro móvel. Reforma física do Hospital Ferreira Machado e em RH, vale destacar o concurso público realizado em 2007, cujo certame teve por objetivo a ampliação do quadro de servidores, onde se verificava necessidade do suprimento de algumas carências de profissionais.

Inaugurado em 22 de novembro de 2002, o Hospital Geral de Guarus (HGG), que tem como mantenedora a Fundação Dr. Geraldo Venâncio, também é subsidiada pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes.

A emergência é dotada de equipamentos, como desfibrilador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, respirador, eletrocardiógrafo, bomba de infusão. O setor possui quatro consultórios, sendo dois pediátricos e dois da clínica médica, que funcionam em plantão de 24 horas. Na Emergência também estão as salas de hipodermia (medicamentos) e inalação, onde são feitas as nebulizações.

A equipe de profissionais de plantão é composta por nove médicos, sendo quatro clínicos, quatro pediatras e um chefe de plantão; dois enfermeiros; 18 auxiliares e cinco técnicos de enfermagem; um assistente social e três funcionários administrativos.

Na Emergência, os casos mais freqüentes que chegam são dores e infecções respiratórias agudas, distúrbios gastrointestinais, sendo mais comuns em crianças, mas se manifestando com maior gravidade em adultos.

O Ambulatório do HGG oferece atualmente 33 especialidades médicas, oferecendo uma marca de 12 mil vagas por mês. A estrutura conta com 16 consultórios, funcionando de segunda a sexta-feira, das oito às 20 horas.



FIGURA 5 - MAPA DA REDE CIDADE

FONTE: Secretaria Municipal de Campos dos Goytacazes

A figura 5 representa a distribuição da malha de atendimento dos postos de saúde e suas principais referências e contra-referências.

3.2 – PROGRAMAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

No quadro, a seguir, apresenta os programas da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes vigentes à época da elaboração da presente pesquisa.

Quadro – Programas da Secretaria Municipal de Saúde em Campos dos Goytacazes

PROGRAMAS	OBJETIVOS
Programa Saúde da Família	É uma das estratégias para consolidação do SUS e resgate à cidadania, valoriza os conhecimentos gerais aplicados à prática da organização comunitária, da clínica geral, dos serviços existentes e permite um alerta para as desigualdades sociais;
Programa do Centro de Controle de Zoonose e Vigilância Ambiental	Visa cumprir o disposto na Lei Orgânica da Saúde, o município de Campos dos Goytacazes, criou o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ);
Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (PEAa)	Implantação da vigilância entomológica de combate ao vetor junto às ações de informação, educação e comunicação;
Programa de Saúde Mental	Visa o desenvolvimento de projetos, ligados ao atendimento aos pacientes portadores de doenças mentais;
Programa de Atendimento à pacientes com Hipertensão Arterial Aguda	Visa o monitoramento e acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial;
Programa de Portadores de Diabetes	Visa o atendimento à pacientes portadores de diabetes;
Programa de Saúde da Mulher	Visa o atendimento à mulher (Atendimento ginecológico e obstétrico).

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados da Secretaria Municipal de Campos dos Goytacazes (2007)

Em 2007, as unidades do PSF, no município de Campos foram fechadas, deixando aproximadamente 30 mil pessoas sem atendimento. Esse fato obrigou o poder público municipal, em caráter de urgência, celebrar um convênio com a Fundação Benedito Pereira Nunes, o que proporcionou o retorno de todos os profissionais de saúde ligados ao PSF, as suas atividades, e as famílias o retorno à assistência primária.

Em julho de 2007, o PSF foi novamente fechado só retornando suas atividades, em setembro de 2007, quando o governo municipal, visando contornar a situação, terceirizou o PSF. A solução administrativa encontrada nesse caso foi por meio de convênio firmado com a Cruz Vermelha, com sede em Nova Iguaçu.

Capítulo IV - RESULTADOS

4.1 - COEFICIENTE DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A tabela 12 e 13, a seguir, apresentam as despesas em cada um dos dez municípios selecionados e os indicadores de investimento padronizados, respectivamente. É importante destacar que o município de Campos dos Goytacazes é inadimplente quanto ao fornecimento de informações contábeis ao Tesouro Nacional. Esse fato traduz-se em resultados inconsistentes para esse município como será detalhado a seguir.

Tabela 12 – Relação dos Municípios, segundo Regiões e Respectivos Orçamentos Públicos em Saúde Média Anual, 2000/2003

Município	Despesa total com saúde/hab	% De transferências SUS/Despesa total com saúde	% De recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	Despesa com pessoal
Campos dos Goytacazes	14.85	147.83	-1.61	5.50
Petrópolis	221.71	60.11	21.08	98.02
Feira de Santana	55.65	46.03	16.05	34.71
Vitória da Conquista	143.77	85.55	10.47	53.28
Caxias do sul	147.37	59.89	11.61	54.30
Pelotas	167.53	75.66	15.59	40.16
Anápolis	61.61	35.02	12.84	46.27
Catalão	55.89	28.02	7.45	35.57
Itacoatiara	77.28	46.54	14.09	47.04
Parintins	46.14	54.25	13.16	24.42

Fonte: SIOPS

De acordo com o indicador de *despesa total com saúde por habitante* (INVEST01) o apresenta a maior dependência dos fundos federais dentre os dez municípios pesquisados. Teria sido Catalão o município com menor dependência de recursos federais na política pública de saúde

O segundo indicador (Percentual de transferências SUS em relação à despesa total com saúde – INVEST02) representa a percentual de despesas oriundas de Fundos Federais. Altos valores denotam pouco investimento por parte do município para melhoria das instalações de saúde. Nesse caso, se verifica que o município de Campos dos Goytacazes apresenta a maior dependência dos fundos federais dentre os dez municípios pesquisados. Teria sido Catalão o município com menor dependência de recursos federais na política pública de saúde.

Tabela 13 – Relação dos Municípios, segundo Regiões e Respectiveiros Orçamentos Públicos em Saúde Média Anual, 2000/2003

Município	INVESTO 1	INVESTO 2	INVESTO 3	INVESTO 4	INVEST
Campos dos Goytacazes	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Petrópolis	1.000	0.732	1.000	1.000	0.933
Feira de Santana	0.197	0.850	0.778	0.316	0.535
Vitória da Conquista	0.623	0.520	0.532	0.516	0.548
Caxias do sul	0.641	0.734	0.583	0.527	0.621
Pelotas	0.738	0.602	0.758	0.375	0.618
Anápolis	0.226	0.942	0.637	0.441	0.561
Catalão	0.198	1.000	0.399	0.325	0.481
Itacoatiara	0.302	0.845	0.692	0.449	0.572
Parintins	0.151	0.781	0.651	0.204	0.447

Fonte: SIOPS - Quadro elaborado pelo autor.

O terceiro indicador representa o Percentual de despesas oriundas de aplicação de recursos próprios (INVEST03), baseado na determinação da EC 29. Os dados coletados apresentam valores negativos para o município de Campos, valores claramente inconsistentes.

O quarto indicador selecionado, representando o total de despesas com pessoal também coloca Campos na pior situação frente aos demais municípios deste estudo. Pode-se observar que o município de Campos dos Goytacazes se encontra muito abaixo dos demais pesquisados, no que se refere a recursos humanos destinados à saúde

O indicador sintético da Dimensão *Investimentos*, representado pela média dos demais índices, associa Campos com os menores investimentos em saúde e, unicamente em posse dessas medidas, poder-se-ia afirmar que há insuficiência de investimento no setor saúde no município. É certo de que esta constatação está fortemente associada à ausência de dados sobre gastos públicos para o município em função da inadimplência do poder público municipal, já citada. Ou seja, a declaração da contabilidade municipal aos órgãos contábeis federais, por si só, já seria suficiente para alterar a situação constatada. Mas, ainda assim, baseado nos dados disponíveis e na metodologia adotada nesse estudo, Campos possui o pior indicador de investimento em saúde dentre os dez municípios selecionados.

4.2 – INDICADORES DE INSUMO

As seções a seguir apresentam, separadamente, os indicadores de Infra-estrutura Ambulatorial, Infra-estrutura Hospitalar, Recursos humanos disponíveis e Infra-estrutura de Alta Complexidade. Entende-se que estes indicadores poderiam ser fortemente impactados pelo volume de recursos aplicados no setor saúde. Ou seja, considerando que os indicadores de investimentos tenham limitações e incorreções, é esperado que os indicadores de infra-estrutura denotem, indiretamente, o investimento real nos municípios.

4.2.1 Infra-estrutura Ambulatorial

Nas tabelas 14 e 15, a seguir, observa-se que o município de Campos dos Goytacazes ocupa a quarta posição na oferta de consultórios médicos e equipamentos por imagem e, a segunda, na oferta de consultórios odontológicos.

Tabela 14: Variáveis de Infra-estrutura Ambulatorial p/1000 Hab. nos Municípios selecionados para a pesquisa, Brasil 2002.

Município	Imagem	C. Médicos	C. Odontologia
Campos dos Goytacazes	24.57	98.28	46.19
Petrópolis	53.05	126.34	25.83
Feira de Santana	17.47	68.20	24.53
Vitória da Conquista	19.05	67.81	16.76
Caxias Do sul	29.97	58.54	16.37
Pelotas	24.76	319.97	74.27
Anápolis	21.87	85.74	46.17
Catalão	21.76	107.23	32.64
Itacoatiara	6.93	37.45	29.12
Parintins	2.22	41.04	12.20

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados do DATAUS e IBGE

No caso do indicador de Consultórios Médicos, é destacada a posição ocupada pelo município de Pelotas, dentre os demais municípios. Enquanto o município de

Pelotas contava com 319,97 consultórios por mil habitantes em 2002, o município de Petrópolis, com o segundo melhor indicador, apresentava 126.34 consultórios. Ademais, é relevante ressaltar a preocupante situação de Parintins e de Itacoatiara que apresentam notória insuficiência de instalações ambulatoriais em seus municípios.

Finalmente, cumpre ressaltar que para o indicador sintético representativo da dimensão da Infra-estrutura Ambulatorial, o município foco do presente estudo, ocupa a 3ª posição entre os outros nove municípios. Os municípios de Pelotas e Petrópolis, respectivamente, encontram-se como os mais destacados na infraestrutura ambulatorial (Tabela 15).

Tabela 15 – Indicadores de Infra-Estrutura Ambulatorial

Município	IEA01	IEA02	IEA03	IEA
Campos dos Goytacazes	0.44	0.22	0.55	0.40
Petrópolis	1.00	0.31	0.22	0.51
Feira de Santana	0.30	0.11	0.20	0.20
Vitória da Conquista	0.33	0.11	0.07	0.17
Caxias Do sul	0.55	0.07	0.07	0.23
Pelotas	0.44	1.00	1.00	0.81
Anápolis	0.39	0.17	0.55	0.37
Catalão	0.38	0.25	0.33	0.32
Itacoatiara	0.09	0.00	0.27	0.12
Parintins	0.00	0.01	0.00	0.00

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados do DATAUS e IBGE

4.2.2 Infra-estrutura hospitalar

Com base em dados levantados junto ao Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) apresenta-se na tabela 16 e 17 os indicadores selecionados como representantes da dimensão de Infra-estrutura em Internação Hospitalar.

Pela tabela 15 é possível notar que a distribuição de leitos é heterogênea entre os municípios selecionados. No que se referem aos leitos clínicos o município de Campos dos Goytacazes seria caracterizado com uma infraestrutura *baixa* no que

se refere aos leitos obstétricos e cirúrgicos, e *média* no que aos leitos totais. Em contrapartida, o município possui uma razoável estrutura de UTI instalada, em relação aos municípios pesquisados.

Petrópolis se destaca na oferta de leitos totais à sua população e Campos dos Goytacazes seria o quinto dentre os dez municípios pesquisados. A pior infraestrutura de internação, dentre os dez municípios pesquisados, é o municípios de Parintins, seguido pelo município de Itacoatiara. O exemplo observado para os indicadores de infra-estrutura ambulatorial é na região norte que foram localizados os municípios com as piores condições dos hospitais entre dez municípios selecionados para o estudo.

Tabela 16 – Variáveis de Infra-Estrutura de Internação p/1000 Hab nos municípios selecionados para a pesquisa, Brasil 2002

Município	Leitos Totais	Leitos Obstétricos	Leitos Cirúrgicos	Leitos de UTI
Campos dos Goytacazes	3.86	0.50	0.80	0.20
Petrópolis	7.24	0.50	1.10	0.10
Feira de Santana	2.40	0.80	0.50	0.00
Vitória da Conquista	4.23	1.20	1.40	0.00
Caxias Do sul	2.65	0.40	0.90	0.20
Pelotas	4.09	0.40	0.90	0.20
Anápolis	6.38	1.80	1.70	0.20
Catalão	4.18	2.40	1.60	0.30
Itacoatiara	1.47	0.70	0.60	0.00
Parintins	0.67	0.90	0.70	0.00

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados do DATAUS e IBGE

A tabela 17 sintetiza que os municípios de Catalão e Anápolis apresentam os melhores indicadores de no item infra-estrutura de internação. O município foco deste estudo, Campos dos Goytacazes, encontra-se na quinta posição, abaixo ainda de Petrópolis e Vitória da Conquista.

Tabela 17 – Indicadores de Infra-Estrutura de internação dos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2000/2004

Município	IEH01	IEH02	IEH03	IEH04	IEH
Campos dos Goytacazes	0.49	0.05	0.25	0.67	0.36
Petrópolis	1.00	0.05	0.50	0.33	0.47
Feira de Santana	0.26	0.20	0.00	0.00	0.12
Vitória da Conquista	0.54	0.40	0.75	0.00	0.42
Caxias Do sul	0.30	0.00	0.33	0.67	0.33
Pelotas	0.52	0.00	0.33	0.67	0.38
Anápolis	0.87	0.70	1.00	0.67	0.81
Catalão	0.53	1.00	0.92	1.00	0.86
Itacoatiara	0.12	0.15	0.08	0.00	0.09
Parintins	0.00	0.25	0.17	0.00	0.10

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados do DataSUS e IBGE

4.2.3 Indicadores de Recursos Humanos

As tabelas 18 e 19 indicam os números sobre recursos humanos em atividades de saúde nos municípios em estudo. Petrópolis é o município com as maiores proporções de profissionais em saúde, médicos e profissionais de nível superior, denotando que o município está numa posição privilegiada no que se refere a Recursos Humanos na área da saúde.

Tabela 18 - Variáveis de Recursos Humanos p/1000 Hab. nos municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002

Município	Profiss.	Profiss. de nível superior	Médicos
Campos dos Goytacazes	19.08	6.75	4.87
Petrópolis	23.47	9.33	5.99
Feira de Santana	10.89	3.73	2.51
Vitória da Conquista	14.25	3.86	2.36
Caxias Do sul	18.43	7.92	5.66
Pelotas	18.94	7.15	5.11
Anápolis	12.17	4.01	2.82
Catalão	12.70	3.67	2.05
Itacoatiara	9.13	1.65	0.83
Parintins	4.03	0.88	0.49

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

Pelo indicador síntese, nota-se que o município de Campos dos Goytacazes encontra-se abaixo dos municípios Caxias do Sul e Pelotas, mas, ainda assim, em posição melhor que os municípios da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País.

Tabela19 – Indicadores de Recursos Humanos nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002

Município	RH01	RH02	RH03	RH
Campos dos Goytacazes	0.77	0.70	0.80	0.76
Petrópolis	1.00	1.00	1.00	1.00
Feira de Santana	0.35	0.34	0.37	0.35
Vitória da Conquista	0.53	0.35	0.34	0.41
Caxias do sul	0.74	0.83	0.94	0.84
Pelotas	0.77	0.74	0.84	0.78
Anápolis	0.42	0.37	0.42	0.40
Catalão	0.45	0.33	0.28	0.35
Itacoatiara	0.26	0.09	0.06	0.14
Parintins	0.00	0.00	0.00	0.00

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

4.2.4 Infra-estrutura de Alta Complexidade

Os indicadores de infra-estrutura de alta complexidade e de proteção á vida, representados nas tabelas 20 e 21, indicam que Petrópolis é destacado com os melhores indicadores dessa dimensão. Campos dos Goytacazes se encontra abaixo dos municípios da região Sul (Caxias do Sul e Pelotas), do município de Catalão e do município de Petrópolis, ocupando a quinta posição entre os dez municípios.

Tabela 20 – Variáveis de Infra-Estrutura de alta complexidade p/1000 Hab. nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002

Município	Proteção à vida	Diálise	Imagem de alta complex.
Campos dos Goytacazes	1.60	10.07	16.93
Petrópolis	2.10	33.50	30.37
Feira de Santana	0.60	18.09	7.05
Vitória da Conquista	0.70	6.86	11.84
Caxias do sul	2.70	14.43	17.59
Pelotas	1.40	29.09	13.72
Anápolis	1.70	9.72	14.65
Catalão	1.20	21.76	25.60
Itacoatiara	0.10	0.00	2.67
Parintins	0.20	0.00	1.03

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

Novamente, é importante destacar a insuficiência de recursos dos municípios da região Norte. Em níveis não tão baixos, os municípios da região Nordeste (Vitória da Conquista e Feira de Santana) também podem ser caracterizados com baixos indicadores de infra-estrutura de alta complexidade.

Tabela 21 – Variáveis de Infra-Estrutura de alta complexidade nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2002

Município	IAC01	IAC02	IAC03	IAC
Campos dos Goytacazes	0.58	0.30	0.54	0.47
Petrópolis	0.77	1.00	1.00	0.92
Feira de Santana	0.19	0.54	0.21	0.31
Vitória da Conquista	0.23	0.20	0.37	0.27
Caxias do sul	1.00	0.43	0.56	0.67
Pelotas	0.50	0.87	0.43	0.60
Anápolis	0.62	0.29	0.46	0.46
Catalão	0.42	0.65	0.84	0.64
Itacoatiara	0.00	0.00	0.06	0.02
Parintins	0.04	0.00	0.00	0.01

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

4.2.5 Indicador síntese de Insumo

A tabela 22, a seguir, apresenta os resultados do indicador sintético de insumo. O município de Petrópolis se destaca como aquele que obteve os melhores indicadores dentre os dez municípios analisados. O indicador sintético de Insumo do município foco do presente trabalho é menor que os municípios da região Sul e Centro-Oeste. Os municípios da região Norte e Nordeste foram os caracterizados com os piores indicadores dentre os demais municípios. Considerando o pressuposto de que os indicadores que mais refletem investimentos em saúde são os indicadores de insumo, o aumento do orçamento do município de Campos dos Goytacazes em função das rendas petrolíferas não teve reflexo positivo na infraestrutura em saúde instalada no município.

Tabela 22 – Indicadores de Insumo nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 200

Município	IEA	IEH	RH	IAC	INSUMO
Campos dos Goytacazes	0.40	0.36	0.76	0.47	0.50
Petrópolis	0.51	0.47	1.00	0.92	0.73
Feira de Santana	0.20	0.12	0.35	0.31	0.25
Vitória da Conquista	0.17	0.42	0.41	0.27	0.32
Caxias do sul	0.23	0.33	0.84	0.67	0.51
Pelotas	0.81	0.38	0.78	0.60	0.64
Anápolis	0.37	0.81	0.40	0.46	0.51
Catalão	0.32	0.86	0.35	0.64	0.54
Itacoatiara	0.12	0.09	0.14	0.02	0.09
Parintins	0.00	0.10	0.00	0.01	0.03

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

4.2.6 Indicadores de Processo

Os indicadores de processo, que denotam as atividades de atendimento à saúde, são representados na tabela 23 a seguir.

O primeiro indicador (Imunizações) apresentado destaca os municípios da região Norte como aqueles que apresentaram as maiores taxas de imunização, seguido pelo município de Campos. Esses dados são dissonantes em relação aos

indicadores de capacidade instalada. Como já destacado na seção metodológica a escolha do total de imunizações por mil habitantes, aparentemente, não representa adequadamente a realidade. É de conhecimento público as altas prevalências de doenças tropicais na região Norte do país, em especial aquelas transmitidas por vetores aéreos como a febre amarela. A vacinação para a febre amarela, por exemplo, poderia ser o principal motivo das altas taxas de imunização ali observado. Os municípios de Caxias do Sul, Pelotas e Petrópolis onde já se detectou uma boa infra-estrutura em saúde seriam mal avaliados por esse indicador, na hipótese de manutenção deste indicador e da atual padronização.

Tabela 23 – Variáveis de Indicadores de Processos p/1000 Hab. Nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004

Município	Imunizações	Tempo médio de permanência
Campos dos Goytacazes	1.11	10.3
Petrópolis	0.73	10.2
Feira de Santana	1.04	16.0
Vitória da Conquista	1.07	6.6
Caxias do sul	0.87	8.0
Pelotas	0.76	8.9
Anápolis	0.08	6.1
Catalão	1.07	11.3
Itacoatiara	1.31	2.9
Parintins	1.25	7.9

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

O segundo indicador de processo reflete a eficiência e a capacidade de cura do sistema hospitalar. Os maiores períodos médios de internação são nos municípios de Feira de Santana, Catalão e Petrópolis, seguido pelo município de Campos dos Goytacazes.

Tabela 24 – Indicadores de Processos nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004

Município	Proc01	Proc02	Proc
Campos dos Goytacazes	0.84	0.44	0.64
Petrópolis	0.53	0.44	0.49
Feira de Santana	0.78	0.00	0.39
Vitória da Conquista	0.81	0.72	0.76
Caxias do sul	0.65	0.61	0.63
Pelotas	0.55	0.54	0.55
Anápolis	0.00	0.76	0.38
Catalão	0.81	0.36	0.58
Itacoatiara	1.00	1.00	1.00
Parintins	0.95	0.62	0.79

Fonte: Elaborado pelo autor com baseados em dados da AMS e IBGE

O indicador sintético de processo sugere que Itacoatiara teria os melhores indicadores de processo, seguido, na seqüência, pelos municípios de Parintins e Vitória da Conquista. O município de Campos estaria caracterizado como o quarto, entre os municípios com os melhores indicadores de processo, à frente dos municípios de Caxias do Sul, Catalão, Pelotas, Petrópolis e Feira de Santana, nessa ordem.

Finalmente, cabe ainda ressaltar os municípios da região Norte são geograficamente muitos próximos da capital do estado amazonense, Manaus. Esse fato poderia explicar uma provável dependência dos serviços instalados na capital.

4.3 - INDICADORES DE PRODUTO

Com base em dados levantados junto ao Ministério da Saúde apresenta-se a seguir a tabela 25, onde estão relacionados os municípios pesquisados, segundo regiões e respectivos Indicadores de Resultados.

Tabela 25 – Relação nos Municípios, segundo regiões e respectivos indicadores de resultados p/1000 Hab. Brasil, 2004

Município	Taxa de Natalidade	Taxa de Morbidade Hospitalar	taxa de Mortalidade Infantil
Campos dos Goytacazes	18.5	673.1	25.5
Petrópolis	15.5	607.4	19.1
Feira de Santana	17.1	582.8	9.1
Vitória da Conquista	21.5	882.9	27.5
Caxias do sul	15.0	471.9	13.1
Pelotas	14.2	704.1	22.3
Anápolis	18.3	902.0	16.7
Catalão	16.0	554.1	13.1
Itacoatiara	25.6	244.3	14.5
Parintins	20.6	308.0	28.7

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados do Ministério da Saúde

O primeiro indicador, taxa de natalidade, sugere que Campos é o quarto município com maior taxa de natalidade, dentre os demais dez municípios. O segundo indicador de resultado, representando o total de internações por mil habitantes, se apresentou dissonante em relação aos demais indicadores estimados no presente estudo. Itacoatiara e Parintins seriam os municípios com o melhor indicador (1.00), seguidos por Caxias do Sul, Catalão, Feira de Santana, Petrópolis e Campos dos Goytacazes, nessa ordem. Vale lembrar que o esperado seria que quanto maior o número de internações maior a fragilidade do município no setor da saúde. Dessa forma, aparentemente o indicador inverte, relativamente aos indicadores já estimados, o esperado para o indicador. Entretanto, é fato que esse indicador claramente reflete o total de leitos instalados no município, e, sendo assim, é diretamente proporcional à infra-estrutura hospitalar instalada.

A taxa de mortalidade infantil, apresentada na tabela 25, destaca Campos em situação apenas melhor que os municípios de Itacoatiara e Vitória da Conquista, ocupando a terceira posição dentre os municípios com os piores indicadores.

A análise da tabela 26 revela que o indicador síntese de processo ressalta Caxias do Sul como o município com os melhores indicadores de produto, seguido pelos municípios de Feira de Santana, Catalão e Petrópolis. O município de Campos dos Goytacazes ocuparia, nesse caso, situação apenas melhor o município de Vitória da Conquista.

Tabela – 26 Indicadores de Produto nos Municípios selecionados para pesquisa, Brasil 2004

Município	PRODUTO01	PRODUTO02	PRODUTO03	PRODUTO
Campos dos Goytacazes	0.62	0.35	0.16	0.38
Petrópolis	0.89	0.45	0.49	0.61
Feira de Santana	0.75	0.49	1.00	0.74
Vitória da Conquista	0.36	0.03	0.06	0.15
Caxias do sul	0.93	0.65	0.80	0.79
Pelotas	1.00	0.30	0.33	0.54
Anápolis	0.64	0.00	0.61	0.42
Catalão	0.84	0.53	0.79	0.72
Itacoatiara	0.00	1.00	0.73	0.58
Parintins	0.44	0.90	0.00	0.45

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados do Ministério da Saúde

4.4 - INDICADOR SÍNTESE

O indicador síntese estimado no presente estudo está representado na tabela 29. A estimativa do indicador, como concebido na metodologia, revela que o município de Petrópolis teria o melhor indicador dentre os municípios selecionados. Os municípios da região sul seriam apresentados os melhores indicadores após Petrópolis, seguidos por Catalão, Itacoatiara, Feira de Santana, Anápolis, Vitória da Conquista e Parintins. Campos dos Goytacazes é, nesse caso, caracterizado com o pior indicador. Entretanto, cabem algumas ponderações sobre esse resultado.

Tabela 27: Indicadores de Produto nos Municípios selecionados para a pesquisa, Brasil 2004.

<u>Município</u>	<u>INVEST</u>	<u>INSUM</u> <u>O</u>	<u>PROCE</u> <u>SSO</u>	<u>PRODU</u> <u>TO</u>	<u>Indicador Síntese</u>		
					<u>Completo</u>	<u>Sem</u> <u>investment</u> <u>o</u>	<u>Sem</u> <u>investment</u> <u>o e sem</u> <u>processo</u>
<u>Campos dos</u>							
<u>Goytacazes</u>	0.00	0.50	0.64	0.38	0.38	0.50	0.57
<u>Petrópolis</u>	0.93	0.73	0.49	0.61	0.69	0.61	0.61
<u>Feira de Santana</u>	0.54	0.25	0.39	0.74	0.48	0.46	0.32
<u>Vitória da Conquista</u>	0.55	0.32	0.76	0.15	0.44	0.41	0.54
<u>Caxias do sul</u>	0.62	0.51	0.63	0.79	0.64	0.65	0.57
<u>Pelotas</u>	0.62	0.64	0.55	0.54	0.59	0.58	0.60
<u>Anápolis</u>	0.56	0.51	0.38	0.42	0.47	0.44	0.44
<u>Catalão</u>	0.48	0.54	0.58	0.72	0.58	0.62	0.56
<u>Itacoatiara</u>	0.57	0.09	1.00	0.58	0.56	0.56	0.55
<u>Parintins</u>	0.45	0.03	0.79	0.45	0.43	0.42	0.41

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados do Ministério da Saúde

A primeira observação é a não declaração das finanças do município de Campos aos órgãos contáveis federais. Esse fato isolado é responsável pela alteração da média do indicador síntese de forma não desprezível. Um exercício que procurou contornar essa situação foi excluir do indicador síntese a dimensão dos investimentos. Essa alteração melhora o indicador síntese para Campos, alterando a posição para o sexto município entre os dez municípios do estudo. Nessa opção de cálculo, Caxias do Sul teria o melhor indicador, seguido pelos municípios de Catalão, Petrópolis, Pelotas e Itacoatiara.

Outra observação que merece destaque é a dissonância observada para os indicadores de processo, já comentada na seção específica. O indicador de processo, como pode ser notado na tabela 24 destaca o município de Itacoatiara e Parintins como os detentores dos melhores indicadores. Esse fato, como já comentado, provavelmente se deve às altas taxas de prevalência de doenças tropicais, como a febre amarela, na região Norte fato que eleva as taxas de imunização nesses municípios. Sendo assim, outro exercício válido seria a exclusão da dimensão do processo do indicador síntese. Sendo assim, a construção de um indicador que sintetize apenas as dimensões de insumo e produto revela que Petrópolis teria o melhor indicador seguido pelos municípios de Pelotas e Caxias do Sul. O município de Campos, nesse caso, ocuparia a quarta posição dentre os dez municípios selecionados, ou seja, em pior situação que os municípios da região Sul, mas em melhor situação que os municípios do Norte e Nordeste.

CONCLUSÃO

A amplitude do tema proposto para a realização desta pesquisa, o orçamento na saúde do município de Campos dos Goytacazes, foi abordada em relação ao montante financeiro recebido pelos *royalties* e à aplicação deste montante no setor de saúde do referido município. Após o estudo, conclui-se que, os serviços de saúde oferecidos à população campista são deficitários em comparação com os demais municípios deste estudo e segundo os critérios de análise adotados aqui. Entretanto, a presente pesquisa merece estudos com maior abrangência geográfica, incluindo um conjunto maior de municípios.

De acordo com a comparação realizada entre a infra-estrutura de saúde de dez municípios oferecida à sua população, Campos dos Goytacazes poderia ter um melhor atendimento na saúde da comunidade, o que, infelizmente não acontece, tendo ocupado posições pouco confortáveis nos Indicadores de insumo, de processo e de produto.

Comparando-se o Município de Campos dos Goytacazes com o Município de Petrópolis, ambos pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro, e com porte populacional semelhante, tem-se a seguinte situação: no que se refere às receitas de impostos e transferências constitucionais legais, Campos dos Goytacazes detém a segunda melhor posição dentre os municípios pesquisados, enquanto Petrópolis ocupa o terceiro lugar. Porém, Petrópolis investe com recursos próprios, de acordo com a (EC.29), maior montante em saúde.

Diante deste contexto, este trabalho espera contribuir para que as autoridades municipais de Campos dos Goytacazes aperfeiçoem o investimento na área de saúde para que a população seja atendida com dignidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS TRAZEM BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MUNICIPAL, revista Hospitais Brasil. São Paulo: Ed. Publimed, nº 3, Ano 4. julho 2006. 98 p.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow and Calvo, Laria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. Cad. Saúde Pública, julho 2007, vol. 23, nº 7, p. 1613-1623. ISSN 0102-311X.

CARVALHO, Ailton Mota de; SILVA, Érica Tavares da. Formação Histórica e Econômica do Norte Fluminense: In: CARVALHO, Ailton Mota de TOTTI, Maria Eugênia Ferreira. (orgs.), Dinâmica demográfica no norte fluminense. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006. p. 131-168.

COSTA, Ricardo César da. Descentralização, Financiamento e Regulação: a reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev. Sociol. Polit., junho 2002, nº 18. p.49-71. ISSN 0104-4478

EM FAVOR DO SUS, revista Notícias Hospitalares. São Paulo: Ed. Pró-saúde, nº 44, Ano 4. maio 2004. 42 p.

GIRALDIS, Maria do Rosário. Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde. In: PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (orgs.), Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para Gestão da Saúde. 2ª edição, Brasília: Editora IPEA, 1995. p. 167-190.

GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves. Alguns aspectos das demandas sociais: educação, habitação e saúde. Belo Horizonte: Editora CEDEPLAR. (Tese de Doutorado em Demografia), ano 2005.

JANNUZI, Paulo de Martino. Indicadores Sociais no Brasil. Campinas (SP): Editora Alínea, 2001. p. 06-141.

Lei Orgânica do Município de Campos dos Goytacazes: Capítulo V, Da Seguridade Social - Seção II -Da Saúde, 28 de março de 1990.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento das políticas de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, Abr 2007, vol. 12, nº 2, p.511-522. ISSN 1413-8123.

MEDICI, André Cezar. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (orgs.), Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para Gestão da Saúde. 2ª edição, Brasília: Editora IPEA, 1995. p. 23-68.

MODELO INOVADOR, revista Notícias Hospitalares. São Paulo: Ed. Pró-saúde, nº 44, Ano 4. maio 2004. 42 p.

NASCIMENTO, Vânia B. do; BOUSQUAT, Aylene; VÉRAS, Daniel B; PUGIN, Simone R; CHIARAVALLI, Virgínia B. O público e o privado na saúde – o PAS em São Paulo: In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. (orgs.), Plano de Atendimento à Saúde. São Paulo: Editora Cortez, 1999. p. 05-248.

O ESTADO BRASILEIRO ESTÁ FALIDO, POR ISSO É PRECISO QUE A SOCIEDADE PARTICIPE DA CRIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, revista Notícias Hospitalares. São Paulo: Ed. Pró-Saúde, nº 54, Ano 5. Agosto/ Setembro/ Outubro 2007. 50 p.

PALMA, Manoel Antônio Molina; CAMPOS, Regina Mara C. de. Estrutura e Normatização de Trabalhos Científicos. Campos dos Goytacazes: Elaborado pela Biblioteca da UCAM. 2005. p. 17-101.

PESSANHA, R. M. Economia e Desenvolvimento no Norte Fluminense: da cana-de-açúcar aos royalties do petróleo. Radiografando o Orçamento de Campos dos Goytacazes: In: PESSANHA, R. M., NETO, R. e S. (orgs.), Análise do período 2000-2004, RJ. Campos dos Goytacazes, RJ: Editora WTC, 2004. p. 193-266.

PESSÔA, Luiza Regina. Desafios da Alocação de Recursos Na Rede SUS. Montes Claros, 2005.

PIQUET, Rosélia, SERRA, Rodrigo (orgs.) Petróleo e região no Brasil: o desafio da abundância. A pobreza e a riqueza nas cidades do petróleo In: GIVISIEZ, G. H., OLIVEIRA, E. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2007. p. 139-168.

PIQUET, Rosélia; GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves; OLIVEIRA, Elzira Lúcia de. A nova centralidade da cidade de Campos dos Goytacazes: o velho e o novo no contexto regional. Campos dos Goytacazes, 2006. p. 01-22.

PORTO, Silvia Marta. Justiça Social, Eqüidade e necessidade em Saúde. In: PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (orgs.), Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para Gestão da Saúde. 2ª edição, Brasília: Editora IPEA, 1995. p. 123-140.

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – quem faz o que? , revista Notícias Hospitalares. São Paulo: Ed. Pró-Saúde, nº 54, Ano 5. Agosto/ Setembro/ Outubro 2007. 50 p.

SCHUNK, ERIC. Problemas nas Emergências Médicas. Folha da Manhã, Campos dos Goytacazes, dia, mês e ano. 1ºcaderno.

SEN, Amarthya Kumar. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo, Editora SCHWARCZ LTDA. 2000. p. 09-411.

TOTTI, Maria Eugênia Ferreira; PEDROSA, Paulo. Formação Histórica e Econômica do Norte Fluminense: In: CARVALHO, Ailton Mota de TOTTI, Maria Eugênia Ferreira. (orgs.), Região norte fluminense: terra de contrastes. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006. p. 13-31.

VENÂNCIO, V.A.S. A descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90. 2001. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL., pelo Ministério de Previdência e Assistência Social. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987).

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orgânica Municipal – Portal da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, – Capítulo V DA SEGURIDADE SOCIAL - SEÇÃO II - DA SAÚDE. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Plano Plurianual de 2000 / 2003 - PPA Lei nº 9.989, de 21.7.2000. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2000 - LDO – 2000 Lei nº 9.811, 28.7.99. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2000 - LOA – 2000 Lei nº 9.969, 28.7.99. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2001 - LDO – 2001 Lei nº 9.995, 25.7.2000. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2001 - LOA – 2001 Lei nº 10.171, de 5.1.2001. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2002 - LDO – 2002 Lei nº 10.266, de 24.7.2001. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2002 - LOA – 2002 Lei nº 10.407, de 10.1.2002. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2003 - LDO – 2003 Lei nº 10.524, de 25.7.2002. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2003 - LOA – 2003 Lei nº 10.640, de 14.1.2003. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Plano Plurianual de 2004 / 2007 – PPA Lei nº 10.933, de 11.8.2004. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2004 - LDO – 2004 Lei nº 10.707, de 30.7.2003. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2004 - LOA – 2004 Lei nº 10.837, de 16.1.2004. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei das Diretrizes Orçamentária para 2005 - LDO – 2005 Lei nº 10.934, de 11.8.2004. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Prefeitura Municipal. Lei Orçamentária de 2005 - LOA – 2005 Lei nº 11.100, de 25.1.2005. Disponível em www.campos.rj.gov.br. Acesso em 27 abr 2006.