



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO  
UNIDADE ACADÊMICA DE GESTÃO PÚBLICA  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**FLÁVIA REJANE ALEIXO DA SILVA**

**ANÁLISE DOS DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE SERRA BRANCA - PB.**

**SUMÉ - PB  
2018**

**FLÁVIA REJANE ALEIXO DA SILVA**

**ANÁLISE DOS DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE SERRA BRANCA - PB.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
(Artigo) apresentado ao Curso Superior  
de Tecnologia em Gestão Pública do  
Centro de Desenvolvimento Sustentável  
do Semiárido da Universidade Federal de  
Campina Grande, como requisito parcial  
para obtenção do título de Tecnóloga em  
Gestão Pública.**

**Orientador: Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.**

**SUMÉ - PB  
2018**

S586a Silva, Flávia Rejane Aleixo da.  
Análise dos dispêndios públicos em saúde no município de Serra Branca - PB. / Flávia Rejane Aleixo da Silva. - Sumé - PB: [s.n], 2018.

31 f.

Orientadora: Professor Dr. Gilvan dias de Lima Filho.

Monografia - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso de Tecnologia em Gestão Pública.

1. Saúde Pública. 2. Políticas de saúde. 3. Gastos em Saúde – Serra Branca- PB. I. Título.


CDU: 35:61(045)


**FLÁVIA REJANE ALEIXO DA SILVA**


**ANÁLISE DOS DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SERRA  
BRANCA-PB**

Artigo científico apresentado ao Curso Superior em Gestão Pública da Unidade de Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

**BANCA EXAMINADORA**

  
**Prof. Doutor Gilvan Dias de Lima Filho**  
Orientador – CDSA/UFCG

  
**Prof. Mestre Allan Gustavo Freire da Silva**  
Examinador 01 – CDSA/UFCG

  
**Profª. Mestre Karlla Karolinne França Lima**  
Examinador 02 – CDSA/UFCG

Aprovação em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## RESUMO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) tem em sua estrutura elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. O incentivo de um controle social efetivo tem se mostrado como fundamental para a participação da sociedade. Os avanços na municipalização, descentralização da gestão do sistema e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) registrando 99% dos municípios em gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal o que permite que 70% dos recursos sejam repassados fundo a fundo. Dentro desse contexto, este trabalho teve como objetivo geral identificar os investimentos públicos na saúde no município de Serra Branca no período de 2010 a 2014, associando a utilização desses recursos públicos à trajetória de evolução de indicadores básicos. Metodologicamente, a pesquisa foi realizada através do método de pesquisa bibliográfica e fundamentada através do banco de dados do Portal Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Frente Nacional de Prefeitos (FNP). Como constatação, os resultados demonstram que existe uma concretização correta da relação entre saúde e desenvolvimento que envolve uma quebra de padrões políticos inscritos na Constituição Federal de 1988 que separa a ordem econômica da social sendo necessária uma reformulação de políticas públicas de saúde. Existem iniciativas favoráveis às mudanças necessárias, conforme mostrado no corpo desta análise, entretanto com impactos limitados. Logo, o município de Serra Branca encontra-se dentro de um processo de melhoria das políticas públicas de âmbito nacional, cujo resultado ainda não está definido.

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas. Investimentos em Saúde. Desenvolvimento Socioeconômico.

## **ABSTRACT**

The Federal Constitution of 1988 (CF / 88) has in its structure elements for the development of health promotion actions and strategies. The incentive of effective social control has been shown to be fundamental for the participation of society. Advances in municipalization, decentralization of system management and financing of the Unified Health System (SUS), registering 99% of the municipalities in full management of the basic or full attention of the municipal system, which allows 70% of resources to be passed through. Within this context, this study aimed to identify public investments in health in the municipality of Serra Branca in the period from 2010 to 2014, associating the use of these public resources to the trajectory of evolution of basic indicators. Methodologically, the research was carried out through the method of bibliographic research and based on the database of the Portal Cities of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the National Front of Mayors (FNP). The results show that there is a correct realization of the relationship between health and development, which involves a breakdown of the political standards inscribed in the Federal Constitution of 1988 that separates the economic and social order and a reformulation of public health policies is necessary. There are initiatives in favor of the necessary changes, as shown in the body of this analysis, but with limited impacts. Therefore, the municipality of Serra Branca is part of a process of improvement of national public policies, the result of which is not yet defined.

**Keywords:** Public policy. Health Investments. Socioeconomic Development.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL .....</b>	<b>8</b>
<b>3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DO MUNICÍPIO DE SERRA BRANCA-PB ..</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Economia no município de Serra Branca-PB .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Trabalho e rendimento no município de Serra Branca-PB.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Pobreza e desigualdade e educação no município de Serra Branca-PB.....</b>	<b>22</b>
<b>4 ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SERRA BRANCA-PB .....</b>	<b>24</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde edificada no Brasil, a partir do empenho da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de agenciamento da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do planejamento concreto e de ações empíricas de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir deste para a construção de uma extensa aliança nacional tendo como centro a qualidade e o respeito à vida (BRASIL, 2002).

Incluso nessa lógica, a Constituição Federal de 1988 expõe em seu Art. 196 que o direito à saúde deve ser alicerçado mediante políticas sociais e econômicas amplas que visem o arrefecimento do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Logo, ao reconhecer a saúde como direito social basilar, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas instituídas para promoção, à proteção e à recuperação da saúde em todo o território brasileiro.

De modo prático, a partir da CF/88 o sistema normativo brasileiro passou a atribuir a todos as esferas de governo (federal, estadual e municipal) uma maior responsabilidade sobre a efetivação das políticas públicas voltadas ao segmento da saúde, visto que, juntamente com a educação, este estrato passou a reter aspectos singulares, inclusive com aportes financeiros obrigatórios mínimos, determinados por lei.

Para a instância local de governo (municípios), foi adjudicado um conjunto de competências preventivas (vacinação, consultas e exames) e hospitalares (internação, operação e deslocamento) obrigatórias. Todavia, a fragmentação dos recursos destinados para estas finalidades, muitas vezes mostraram-se inferiores as necessidades sociais estabelecidas pela lei, especialmente quando considerado que o sistema de saúde brasileiro foi pautado em relações solidárias interfederativas (ou seja, o fluxo de atendimento do cidadão deve ser garantido em todo o território nacional independente de sua origem ou local de moradia).

Como constatação pode ser exaltada que, a transferência de responsabilidade sem o equivalente repasse financeiro constitui-se em uma descentralização por ausência, porquanto apenas subtrai do governo federal a responsabilidade de realizar a política pública, desocupando a União desse encargo e contemporizando irresponsavelmente aos municípios o dever de promover os direitos sociais.



Dentro desse contexto, este trabalho tem como objetivo avaliar a evolução dos gastos públicos em saúde no município de Serra Branca-PB e seu impacto sobre os indicadores básicos correlacionados (taxa de mortalidade infantil, morbidade hospitalar, expectativa de vida, Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, dentre outros).

A metodologia implementada materializou-se como explicativa para o objetivo da pesquisa; como bibliográfica (livro, revistas e artigos) e documental (pautada em fontes governamentais oficiais) quanto aos procedimentos na coleta de dados; e concomitantemente qualitativa e quantitativa quanto à forma de abordar e responder aos problemas. A estatística aplicada foi baseada no emprego de ações descritivas, com o uso de gráficos e quadros.

Os questionamentos a serem respondidos versaram sobre as seguintes indagações: Qual a trajetória dos dispêndios públicos no segmento de saúde no município de Serra-PB? E suas decorrências para indicadores básicos correlacionados?

Como composição o trabalho é formado por cinco segmentos: a seção introdutória, onde é exposto de forma sucinta o tema, o objetivo central, a metodologia e o problema; a seção de fundamentação onde é apresentada toda uma discussão sobre a relevância dos investimentos em saúde para o desenvolvimento local; a seção de apresentação do município onde é divulgado todo o contexto social e econômico hodierno do município de Serra Branca; a seção de resultados onde são revelados os dados quantitativos sobre os dispêndios realizados pelo governo local no setor de saúde municipal, bem como, a evolução dos indicadores básicos vinculados aos gastos citados; por fim, a seção de conclusão onde são despontadas as considerações finais sobre a fundamentação e os resultados alcançados.

## **2 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL**

Quando se pretende discorrer sobre a relevância da saúde para o Brasil é necessário que se discuta as políticas públicas destinadas para esta finalidade no país. Inicialmente, deve ser destacado que teoricamente são apresentadas diversas definições para o que seja política pública. Segundo Mead (1995) o termo está associado a um campo dentro do estudo da política que aprecia o governo e sua atuação perante as grandes questões públicas. Para Lynn (1980), é um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos exclusivos. De acordo com Peters (1986) a política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Já Dye (1984) resume a definição de política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Laswell (1958) definiu que decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Esta é a definição mais conhecida, e na visão teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos.

Em síntese, temos a política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação, sendo esta uma variável independente; e quando necessário, busca propor mudanças no rumo ou curso dessas ações, que são variáveis dependentes. Assim, a criação de políticas públicas se compõe no estágio em que os governos democráticos manifestam suas intenções e plataformas eleitorais em programas e ações que determinarão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006).

As políticas públicas de saúde brasileiras são constituídas e conduzidas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS está amparado em uma vasta legislação, com base na Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990; complementarmente, existiram várias normas operacionais (BAPTISTA, 2007).

No setor saúde, as portarias ministeriais revelam uma grande relevância, não só pela quantidade de apontamentos apresentados a partir dos últimos anos da década de 90, mas especialmente pelo grande poder de indução que essa ferramenta adquiriu na fixação da política setorial. As portarias ministeriais são instrumentos importantes de regulação de políticas, e visam a definir instruções para a execução das leis aprovadas pelo Poder Legislativo, tal como previsto na Constituição Federal de 1988. (BAPTISTA, 2007).

Conselhos co-gestores de políticas públicas desde o âmbito municipal até o federal, foram criados, após a *Constituição* de 1988, com base nas reivindicações de participação da sociedade na gestão das políticas sociais e como resultado da definição constitucional relativa às mesmas. Os Conselhos foram agrupados à Constituição, na hipótese de que virariam caminhos ativos de participação da sociedade civil e maneiras inovadoras de gestão pública a admitir o exercício de uma cidadania ativa, ligando a força ativa da sociedade à gestão de suas dificuldades e à implementação de políticas públicas dedicadas a solucioná-los. A atuação da sociedade nos Conselhos poderia contribuir para a formulação de um plano de gestão das políticas setoriais, trazendo maior transparência às alocações e beneficiando a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública (GERSCHMAN, 2004).

A definição da constituição que se refere à inclusão dos Conselhos na implementação da política pública derivou da circunstância política que o país estava atravessando, no centro

da oposição ao regime militar encontrava-se uma importante mobilização da sociedade brasileira, que atuava no processo de transição à democracia. Através de sua própria organização grandes classes da sociedade expressaram suas demandas contidas no período da ditadura, demandas que eram por habitação, saúde, saneamento, educação; assim surgiam os movimentos sociais. Estes movimentos trouxeram foram protagonistas no processo de democratização e na formulação das políticas sociais no primeiro governo civil da transição à democracia. Os movimentos sociais marcaram fortemente a Constituição nas disposições referentes à incorporação de novos órgãos de representação da sociedade, exatamente os Conselhos Societários (GERSCHMAN, 1995).

Com o passar dos anos e com a chegada do novo século, o movimento popular que se referia a saúde praticamente desapareceu do cenário político e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira. Os projetos societários compartilhados com o Estado, expressos na letra Constitucional em diversos campos de política social de seguridade, saúde, educação, habitação, e que caracterizaram o início da democracia, se tornaram:

Confluência perversa entre um projeto participatório construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos sociais (DAGNINO, 2002, p. 288).

A autora citada ainda lembra, porém, que:

[...] apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (DAGNINO, 2002, p. 289).

A Constituição de 1988 tem em sua estrutura subsídios para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde, foi o ponto alto da política de saúde construída no Brasil, que surgiu a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir da visão e de ações de promoção da saúde, colaborando para a qualificação do SUS (Sistema único de Saúde) e a partir deste para a construção de uma grande união nacional tendo como centro a qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A política nacional de saúde, durante muito tempo, esteve orientada para um tipo de atendimento que priorizava a assistência médica curativa, deixando em segundo plano As

ações preventivas, conforme um modelo de assistência dual desenvolvido simultaneamente, e sem articulação, pelo Ministério da Previdência Social e Ministério da Assistência Social e Ministério da Saúde, fragmentando o setor. Cada uma destas áreas se desenvolveu segundo a lógica de seus grupos de interesse: a medicina previdenciária procurava, de maneira grosseira, garantir as condições mínimas de saúde do trabalhador, como objetivo de reproduzir o capital e a força de trabalho; assim como a saúde pública buscava promover as condições necessárias ao desenvolvimento econômico, tentando extirpar vetores e doenças incidentes nas áreas de maior interesse ao processo de desenvolvimento econômico brasileiro (SILVA, 1996).

A melhoria do saneamento das cidades, das condições de trabalho e de um maior acesso aos serviços, colaborou para a queda significativa na mortalidade infantil e para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, nas últimas décadas observaram-se avanços em indicadores de saúde. No início do século passado no Brasil, a expectativa de vida ao nascer era de 35 anos, um século depois, esta expectativa chega a uma média de 68 anos para homens e 72 anos de vida para mulheres, são brasileiros e brasileiras a caminho da longevidade, mas ainda restam muitas barreiras a serem transpostas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O incentivo de um controle social eficaz que se consolida através dos conselhos municipais, estadual e nacional, e das conferências de saúde, em todos estes níveis, no setor da saúde, tem se aparecido como fundamental para a participação da sociedade. Os progressos na municipalização, descentralização da gestão do sistema e financiamento do SUS registrando 99% dos municípios em gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal permitem que 70% dos recursos sejam repassados fundo a fundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um grande avanço no que se refere a políticas públicas, por ser a saúde um campo com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa e gestão participativa. O Sistema Único de Saúde ainda mantém, em seu padrão de atenção, uma perspectiva fortemente pautada nos embasamentos da biomedicina, apesar de avançado em seus princípios orientadores, isso dificultará em longo prazo, sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista financeiro quanto do potencial de reverter as tendências epidemiológicas dos graves problemas de saúde do país. Neste sentido, a promoção da saúde se mostra como uma possibilidade sólida de mudança na agenda da saúde para fortalecer e para fundamentar a sua consolidação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A elaboração de uma política de Promoção da Saúde deve se basear nas especificidades da realidade brasileira, considerando-se as cartas e acordos

internacionais que, desde Ottawa (1986), veem definindo a promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social, que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Paim (2002), uma política de promoção da saúde deve colaborar para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições.

A promoção da saúde, para o Ministério da Saúde (2002), não deve ser mais um plano de atenção, nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com este entendimento não deve ser constituída como mais um programa, ao contrário, tem sua composição em táticas que se movem de forma transversal em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa busca de voltar o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do edificar a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual. Desta forma, tem seu significado em ousar na busca de tecnologias, como indicadores, planejamento e processos avaliativos; que consigam atender o desafio da não fragmentação destas mesmas políticas, programas e ações. A definição de ações voltadas para a promoção da saúde, embora tenha um componente regulatório, devem ser mais indutoras e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação.

A articulação entre os setores governamentais na formulação de políticas e intervenções voltadas para promover a saúde da população tem como exemplo:

# Portaria Interministerial nº 2035 de 08/11/2001, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça, que institui Comissão voltada para a definição de estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional; Portaria Ministerial nº 737 de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes de Trânsito, que preconiza articulações com o Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério de Ciência e Tecnologia;  
# Portaria Interministerial nº 766, de 16/5/2001, que institui um Grupo de Trabalho Interministerial Saúde e Educação, que sob a coordenação do Ministério da Saúde,

terá como atribuições a elaboração, implementação e acompanhamento dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação sobre Saúde e Orientação Sexual. # Portaria Ministerial no. 1324, de 23/6/2002, que constitui Comissão Nacional com a finalidade de definir e avaliar diretrizes políticas voltadas a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças não transmissíveis (BRASIL, 2002, pág. 21).

O financiamento do Sistema Único de Saúde foi um dos grandes desafios à implantação do sistema. Juntamente com as políticas de previdência e assistência, como integrante da seguridade social, a política de saúde deve ser financiada com recursos provenientes da seguridade social, além dos orçamentos fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Município. Sem especificar claramente o valor a ser distribuído entre essas áreas, os repasses para a saúde foram bastante irregulares, se aproveitando, durante muito tempo, de partes das reservas “que sobram das despesas com benefícios previdenciários e prestações financeiras da assistência social (IPEA, 1991).

Para Tobar (1995) a retração dos gastos públicos com saúde é um fato antigo que vem seguindo as diferentes iniciativas de descentralização da política de saúde no Brasil, e ressalta que:

A descentralização formulada desde o Plano CONASP e veiculada pela AIS funciona claramente como uma estratégia de contenção do gasto público em saúde. (...) Mas enquanto a União aumentava o seu gasto em quase 54% (entre 1986 e 1989) (...) no mesmo período os estados retiravam seu compromisso com o custeio das ações de saúde. Pode concluir-se que a estratégia racionalizadora que se apoiou na desconcentração implica evasão de responsabilidades por parte da esfera central e , especialmente , de estadual. Só as esferas municipais mantiveram um crescente compromisso (TOBAR, 1995, pag. 75).

Pela legislação do SUS, o financiamento do sistema deve ser diferenciado por estados e municípios que, teoricamente, receberiam recursos de acordo com as suas necessidades de gastos em saúde. O total de recursos deve constituir um Fundo de Saúde, criado por esfera de Governo. Para disciplinar as transferências a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90, art. 35) estabeleceu que, nas transferências, 50% dos recursos deveriam atender a critérios populacionais e 50% a critérios diversos, como perfil epidemiológico; características da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro na gestão; participação do setor de saúde nos orçamentos locais; e contrapartida de estados e municípios. Critérios complexos e de difícil regulamentação, gerando, entre outras atitudes, imobilismo e descrença no sistema (SILVA, 1996).

Quando se fala no controle de doenças coletivas, é importante considerar que as atividades pautadas foram estruturadas de acordo com a dinâmica do trabalho de campo, realizado de casa em casa, a procura dos agentes de contaminação, tratando de maneira

específica e individual cada pessoa infectada. O modelo de atuação tinha o objetivo de erradicar endemias e eliminar os vetores transmissores, esse modelo teve base nas estratégias de campanhas militares, e pouco foi questionado sobre os determinantes de sua ocorrência ou as formas mais adequadas para o seu controle. Só com a instituição do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, surgiram novas diretrizes para a estruturação do setor como um todo. Iluminado por princípios vitais, entre os quais, a integração das ações de caráter curativo e preventivo, pelo menos no âmbito jurídico institucional, seria suplantada a histórica dualidade que promoveu a dispersão das ações e serviços de saúde, ao longo dos anos (SILVA, 1996).

Avanços em indicadores de saúde foram identificados nas últimas décadas; as melhorias do saneamento das cidades, das condições de trabalho e de um maior acesso aos serviços contribuíram para a queda significativa na mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida dos brasileiros. A sociedade moderna passou a ser caracterizada pela urbanização, no Brasil, por exemplo, mais de 80 % de brasileiros vivem nas cidades, e, além disso, verificou-se que nas últimas décadas estabelecimento desses brasileiros em regiões cada vez mais concentradas, onde os grandes aglomerados urbanos, metropolitanos ou não metropolitanos, abrigam mais de 50% da população (BRASIL, 2002).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, não é difícil que os modelos estabelecidos para a atuação do Estado em políticas sociais, neste caso a política de saúde, se componham em uma grande barreira à prática das ações necessárias, pois, muitas vezes, não levam em consideração a realidade econômica, política e institucional vigente. Existe uma referência negativa a existência de descontinuidades administrativas, as dificuldades se encontram, na maioria das vezes, em processos decisórios obscuros e centralizados; em recursos orçamentários limitados para o financiamento das políticas; e, na ausência de articulação e coordenação das ações, mesmo quando amparadas por modernos instrumentos legais (SILVA, 1996).

Pelo fato de que a maior parte da população brasileira dispõe de baixo poder aquisitivo, a promoção da igualdade social poderia ser garantida através do atendimento universal. Entretanto, numa sociedade irregular, muitas pessoas mantêm o uso dual do sistema, frequentando a rede do SUS paralelamente ao atendimento oferecido pelas seguradoras de saúde e empresas de medicina de grupo, entre outras, conveniadas às organizações privadas que incluem os serviços de saúde entre os benefícios sociais oferecidos aos seus funcionários, muitas vezes como forma de compensação trabalhista (SILVA, 1996).

Para Gadelha e Costa (2009), é importante rever repensar a saúde retomando e atualizando a abordagem estruturalista que favorecia os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira, sua introdução internacional, bem como sua relação com uma propagação extremamente diferente do desenvolvimento técnico e, nos termos atuais, do conhecimento e do aprendizado, dissociados das necessidades locais.

A relevância social da saúde é destacada com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população, por ser um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social. Por outro lado, a um conceito mais abrangente de desenvolvimento, a importância da saúde não se resume à sua função social. É preciso levar em consideração também a participação da saúde na geração de demanda efetiva para o sistema produtivo nacional, totalizando 9% do PIB, que pode ser observada no consumo final de bens e serviços (GADELHA & COSTA, 2009).

De acordo com Gadelha e Costa (2010), no que tange ao seu impacto no emprego, não somente as ocupações diretas em saúde cresceram 22% no período entre 2003 e 2007 — chegando a 4,2 milhões, enquanto as ocupações totais da economia cresceram 12% no mesmo período (IBGE, 2009); como também 10% do total de empregos qualificados estão ocupados pelo sistema produtivo da saúde.

A articulação sustentável da saúde e do desenvolvimento traz à necessidade de reflexão ao padrão geral de desenvolvimento brasileiro e a forma como ele se promulga no âmbito da saúde. Essa visão sugere a aceitação de que a saúde é compõe este processo e que as possibilidades de transformação nacional existem e se refletem neste campo, desde a sua dimensão política e social, até a sua dimensão econômica. No domínio de um novo modelo de desenvolvimento, a saúde compõe uma das atividades em que é possível articular a busca de equidade social e regional com o dinamismo econômico em longo prazo, que caracterizam o processo de desenvolvimento de um ponto de vista substantivo (GADELHA, 2007).

De acordo com Mendes (1999), há um consenso de que a atenção primária deve ser constituída como alicerce do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade. Starfield (2002) relata estudos que apontam sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde apresentando resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários.

A Atenção Básica à Saúde no Brasil, desde os anos de 1990, vem passando por inovações importantes, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. No ano de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente

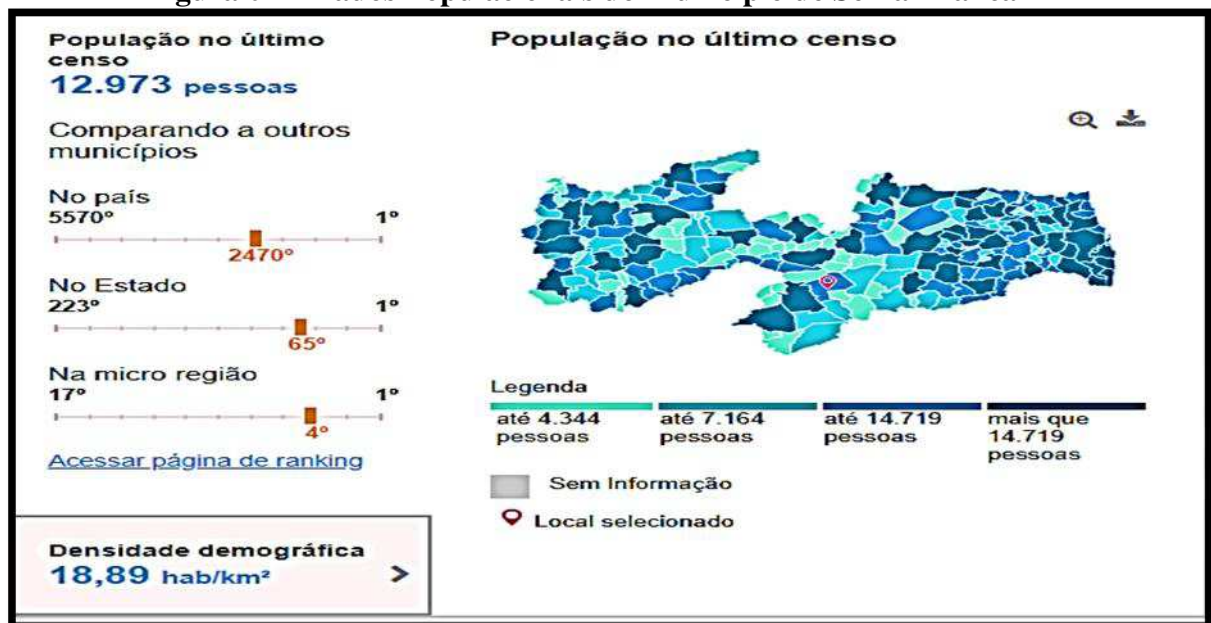


82 milhões de brasileiros estavam cadastrados por equipes de saúde da família. Sendo assim, existe a necessidade crescente e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA & GIOVANELLA, 2008).

### 3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DO MUNICÍPIO DE SERRA BRANCA-PB

A cidade de Serra Branca está localizada na microrregião do Cariri Ocidental Paraibano. Segundo dados estimados para o ano de 2017, sua população era de 13.707 habitantes (o que representa um aumento absoluto de 734 moradores em relação ao último censo - 2010), com área territorial total de 687,535 km<sup>2</sup> e densidade demográfica 18,89 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

**Figura 01 – Dados Populacionais do Município de Serra Branca-PB**



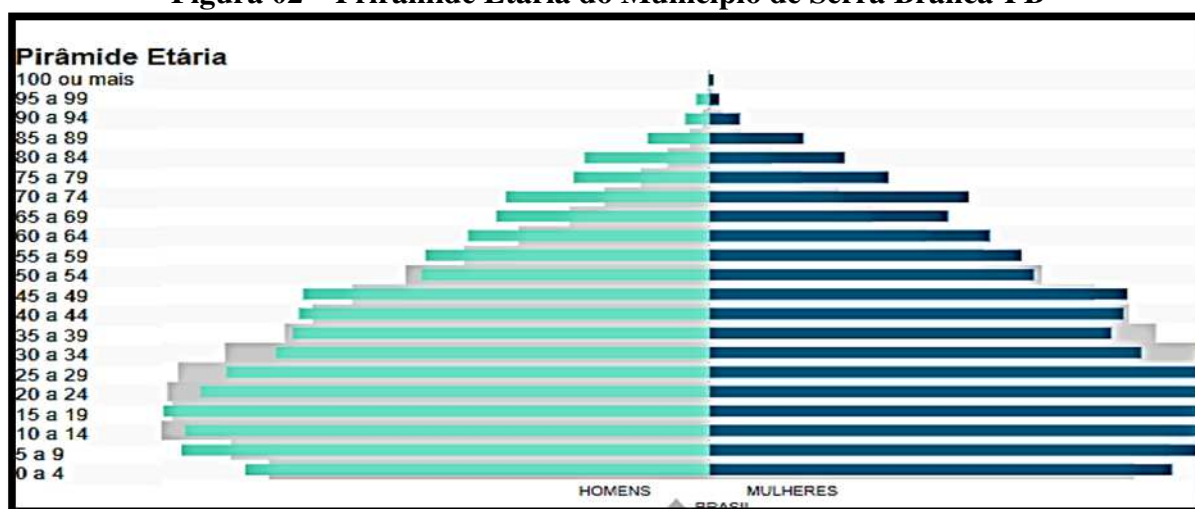
**Fonte:** IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Em termos de composição etária, 8,7% da população encontrava-se entre 0 e 5 anos de idade, 14,6% entre 6 a 14 anos de idade, 16,5% entre 15 e 24 anos de idade, 20,7% entre 25 e 39 anos de idade, 22,1% entre 40 e 59 anos de idade e 17,4% acima de 60 anos de idade. Logo, a maior parte da população serra-branquense configurava-se como jovem (60,5%

possuíam até 39 anos de idade), o que deveria ser considerado como critério para a destinação dos recursos e para o norteamento das ações públicas governamentais para o segmento da saúde local, historicamente voltado para ações curativas (e não preventivas).

Em termos de segmentação por gênero a população de Serra Branca era constituída por 48,82% de homens e 51,18% de mulheres. Em termos de localização domiciliar 64,89% dos moradores residiam na zona urbana e 35,11% na área rural. Em termos gerais (considerando a zona urbana e rural), a média de moradores em domicílios particulares ocupados era de 3,15 residentes.

**Figura 02 – Pirâmide Etária do Município de Serra Branca-PB**

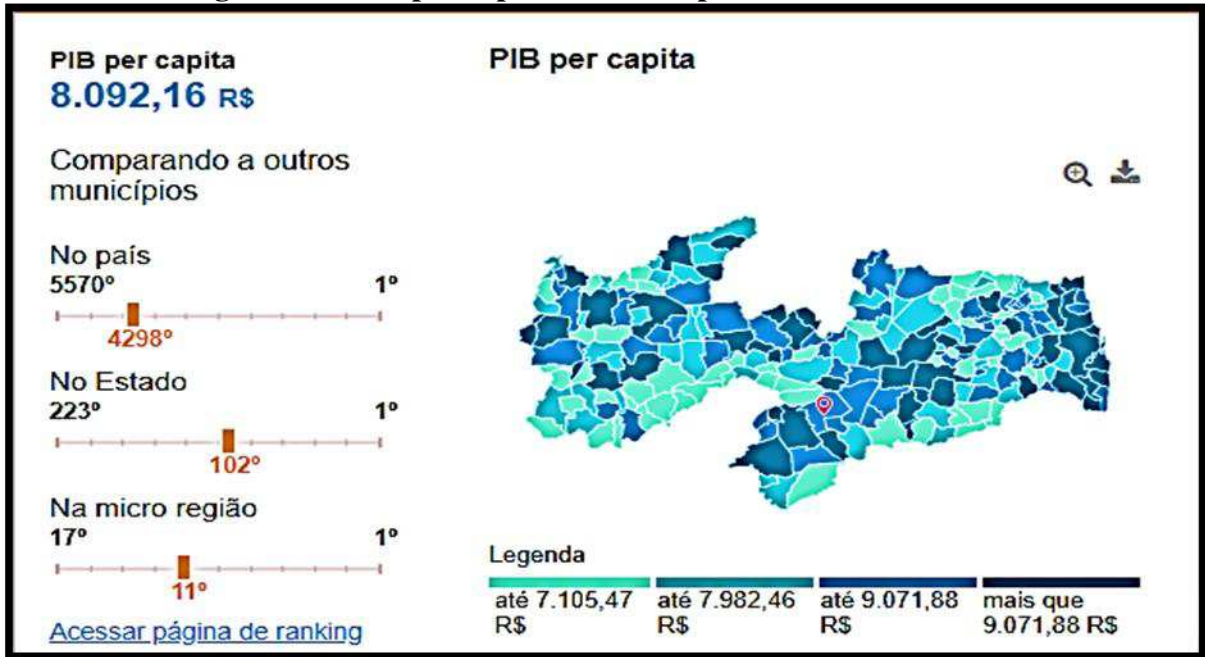


Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

### 3.1 Economia no município de Serra Branca-PB

A economia de Serra Branca apresentava no ano de 2015 um Produto Interno Bruto a preço corrente (PIB<sub>pc</sub>), correspondente a R\$ 109.762.100,00. Desse total, 44,22% era proveniente de atividades produtivas realizadas pelo setor privado e 55,78% por atividades providas pelo setor público. De modo tipificado, o setor agrícola, o setor industrial e o setor de serviços privados eram responsáveis por 4,15%, 4,70% e 35,37 do PIB<sub>pc</sub>, respectivamente. Em termos relativos, o PIB *per capita* dos serra-branquenses no mesmo ano foi de R\$ 8.092,16, o que gerava uma média de rendimento mensal de apenas R\$ 674,35 por habitante e posicionava o município como o 11º em termos regionais (Cariri Ocidental), em 102º nível estadual (Paraíba) e 4.298º a nível nacional (Brasil).

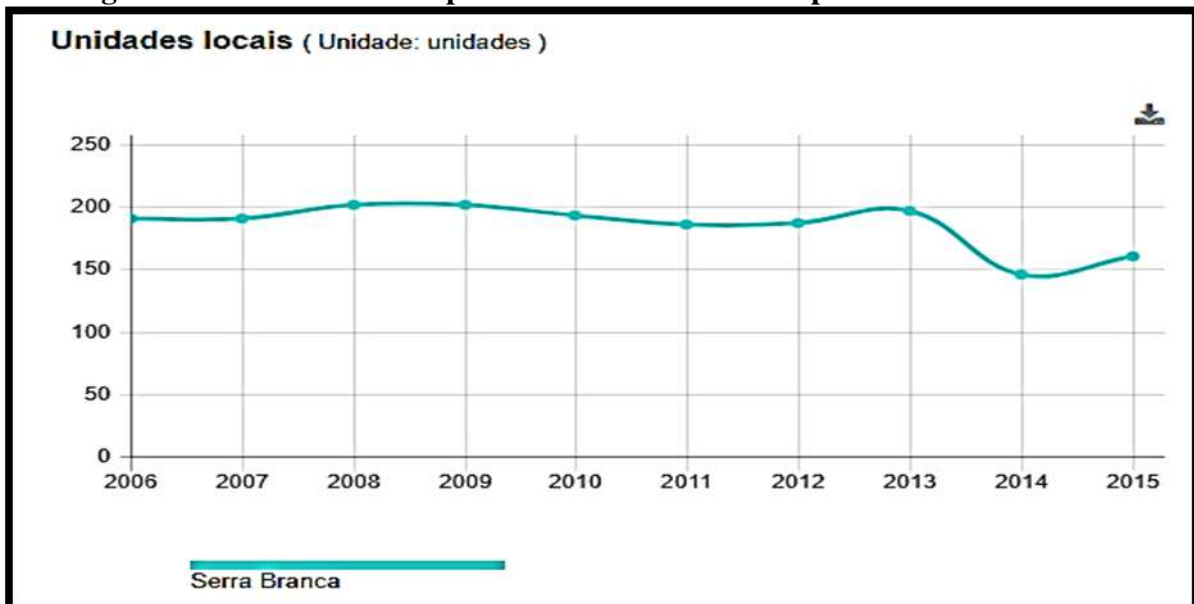
**Figura 03 – PIB per capita do Município de Serra Branca-PB**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Pela ótica da produção, o Cadastro Central de Empresas listava no ano de 2015 para o município foi de 159 unidades atuantes, com 82,67% da mão de obra ocupada assalariada e com ganhos médios mensais correspondentes a 1,6 salário mínimo. Normalmente, o restante dos empregados são pessoas com parentescos e sem remuneração formal ou regular.

**Figura 04 – Número de Empresas Atuantes no Município de Serra Branca-PB**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Já o Censo Agropecuário de 2015 do município demonstrou que 52.126 hectares são efetivamente cultivados em Serra Branca. Desse total, 11 hectares são utilizados por arrendatários, 7 hectares por assentados sem titulação efetiva, 2.207 hectares por ocupantes, 302 hectares por parceiros e 49.599 hectares por proprietários. A maior parte da área plantada pertence a produtores do gênero masculino (46.953 hectares) e apenas 5.173 hectares são de domínio feminino.

Em termos de resultado, o feijão (com 336 toneladas colhidas) e o milho (com 320 toneladas produzidas), configuraram-se como as principais culturas de cereais no ano de 2015. Entre as culturas com lavouras permanentes, destacaram-se a manga (com 36 toneladas colhidas), o coco-da-baía (com 12 toneladas produzidas) e a castanha do caju (com 4 toneladas colhidas). Por fim, entre as culturas com lavouras temporária, sobressaíram-se a tomate (com 150 toneladas produzidas), a melancia (com 84 toneladas colhidas) e a batata-doce (com 10 toneladas produzidas).

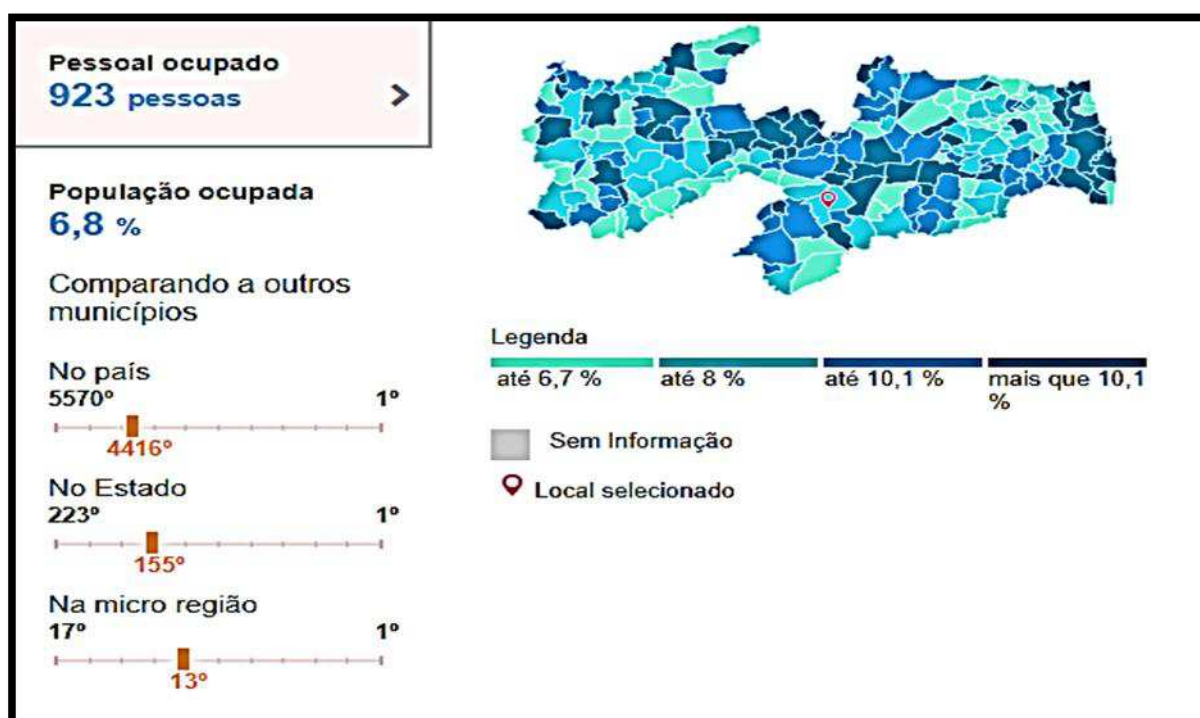
Já a pecuária no município de Serra Branca era composta em 2015 por: 4.800 bovinos (gerando 309.000 litros de leite/ano), 20.644 caprinos, 14.167 ovinos, 13.896 galináceos, 547 suínos e 356 equinos. Além disso, foram produzidos no período 11.880 kg de tilápia e 327 kg de mel de abelha.

### **3.2 Trabalho e rendimento no município de Serra Branca-PB**

Em termos ocupacionais, no ano de 2017 apenas 932 pessoas possuíam um emprego formal no município de Serra Branca, o que correspondia a 6,8% da população total. Como decorrência a maior parte dos municípios sobrevivia de ocupações informais com ganhos normalmente baixos e intermitentes.

Tal cenário implicou em um pequeno percentual efetivado (empregado) da População Economicamente Ativa (apenas 59,30% da população total), o que posicionou o município em situação subalterna quando comparado com o contexto regional (13º posição), estadual (155º posição) e nacional (4.416º posição) no ano de 2017.

**Figura 05 – Percentual do População Ocupada no Município de Serra Branca-PB**



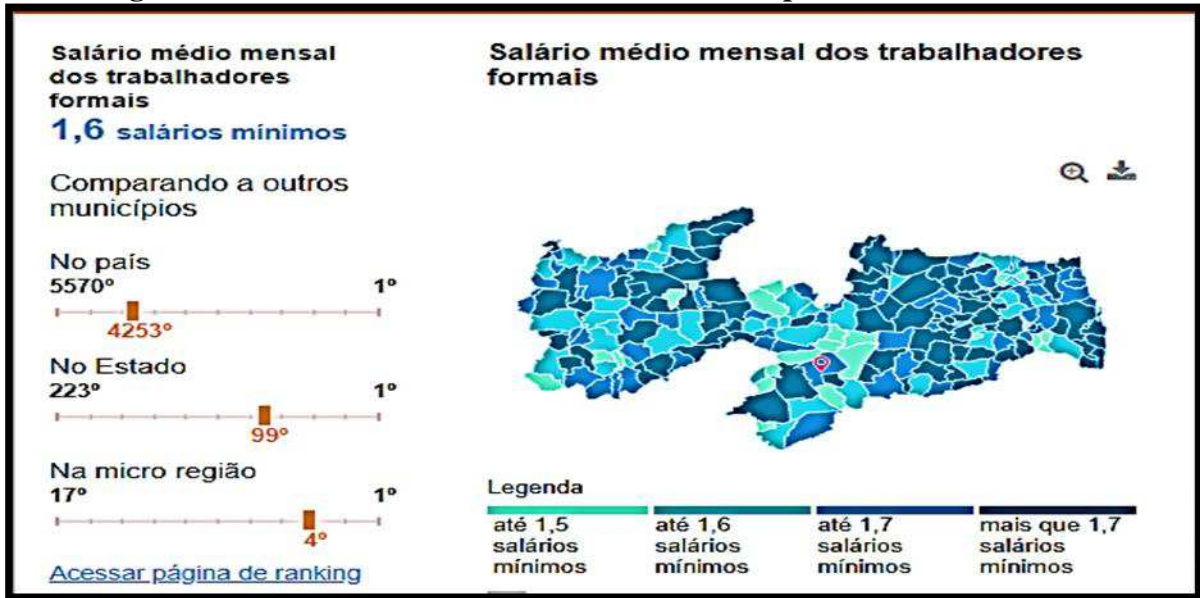
**Fonte:** IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Deve ser ressaltado que, a ocupação simples de um emprego formal não significava necessariamente proventos elevados, uma vez que, o salário médio mensal dos trabalhadores formais de Serra Branca correspondiam no mesmo período somente a 1,6 salário mínimo (o equivalente na época em termos monetário a R\$ 1.499,20).

Similar ao exposto anterior, no comparativo remuneração, o município de Serra Branca, novamente ficou alocado em posição inferior no contexto nacional (4.253º). Todavia, pelos baixos níveis dos proventos estaduais e regionais o posicionalmente foi intermediária na Paraíba (99º posição) e superior na Região do Cariri Ocidental (4º posição).



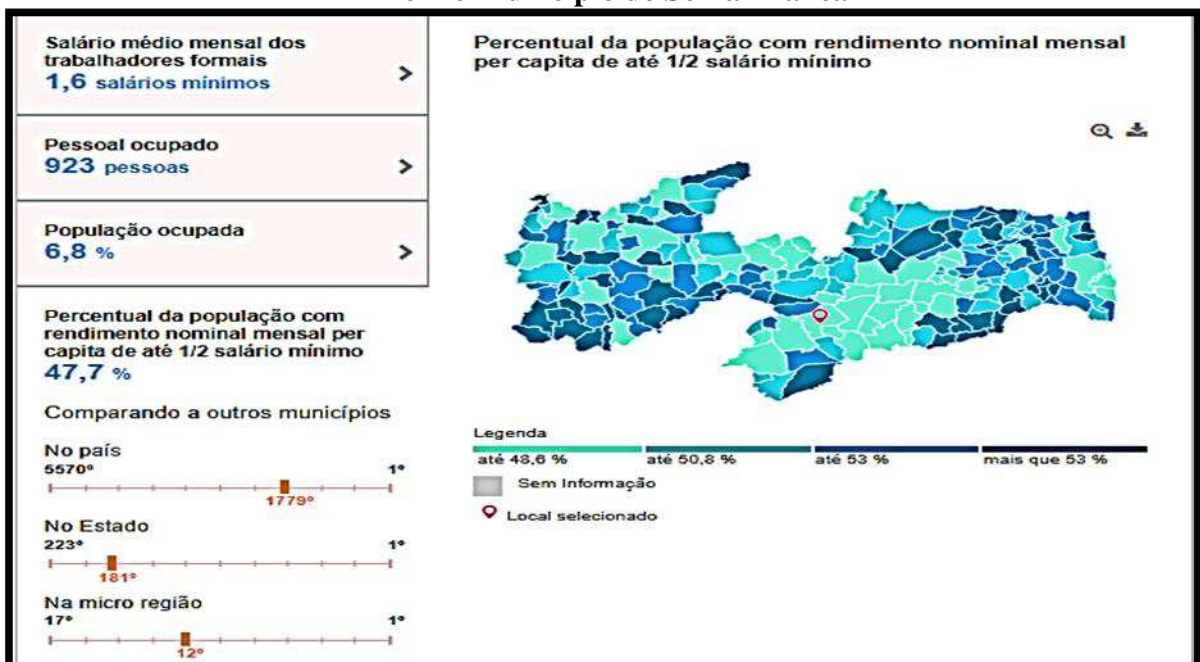
**Figura 06 – Rendimento Médio Mensal no Município de Serra Branca-PB**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Como sequela desse cenário, o percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até 1/2 salário mínimo era 47,7%, ou seja, 6.538 serra-branquenses viviam com aproximadamente com R\$ 468,00 mensais no ano passado, o que posicionava o município como um dos piores a nível regional (12º do Cariri Ocidental) e a nível estadual (181º da Paraíba) e secundário a nível nacional (1.779º do Brasil).

**Figura 07 – Percentual da População com Rendimento Mensal de Meio Salário Mínimo no Município de Serra Branca-PB**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Como agravante, destaca-se que a maior parte dos empregos formais eram originária do setor público, especialmente alocados na instância local de governo. Em dados, no ano de 2017, 523 indivíduos trabalhavam para o governo o que correspondia a 3,85% da população total e a 56,12% dos trabalhadores com carteira assinada.

Como precarização ainda maior do cenário exposto, apenas 43% dos trabalhadores com carteira assinada no setor público eram concursos, apresentado conseqüentemente estabilidade funcional. Logo, a grande maioria era temporária, dependendo normalmente de cenários políticos construídos e dos conchavos firmados a cada ciclo eleitoral.

### **3.3 Pobreza e desigualdade e educação no município de Serra Branca-PB**

Como mencionado anterior, somente 932 pessoas no município de Serra Branca possuem emprego formal, bem como, a média de rendimento mensal é de apenas R\$ 674,35 por habitante. Como resultado do exposto, 61,79% da população residente no município era considerada pobre no ano de 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando mensurada a pobreza subjetiva (ocorre quando um indivíduo ou uma família tem o mínimo necessário para subsistirem, mas não possuem os meios necessários para viver de acordo com a área onde estão inseridos, nem com pessoas de *status social* comparável), este percentual aumenta para 67,02% da população total.

No período em questão, em termos distributivos o cenário era ainda pior, pois, dos 13.707 habitantes, apenas 58 tinham rendimentos entre 5 e 10 salários mínimos (0,42% da população), 17 tinham ganhos entre 10 e 15 salários mínimos (0,12% da população), 16 tinham provimentos entre 15 e 20 salários mínimos (0,12% da população), e 6 tinham remuneração acima de 20 salários mínimos (0,04% da população).

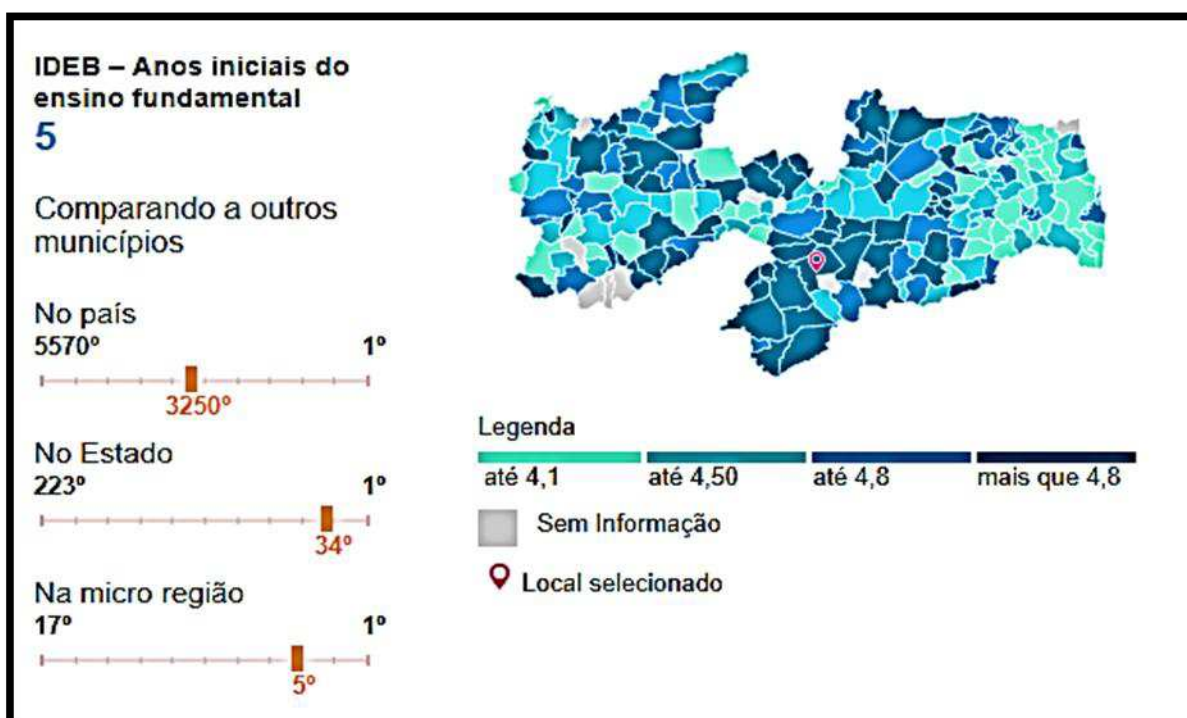
Como implicação o Coeficiente de Gini de Serra Branca (parâmetro internacional usado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre os países, no qual quanto mais próximo de zero melhor a distribuição de renda) era de apenas 0,41, o que classificava o município como o 1.732º melhor a nível nacional e o 39º a nível estadual.

Como perspectiva de mudança futura, a educação igualmente demonstrava sérios problemas no ano de 2015, pois apesar da Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade ser elevada com coeficiente de 98,2%, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)

- Anos iniciais do ensino fundamental e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - Anos finais do ensino fundamenta eram baixos.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - Anos iniciais do ensino fundamental para o período mencionado era 5 o que posicionava o município como o 5º melhor a nível regional, o 34º a nível estadual e o 3.250º a nível nacional.

**Figura 08 – IDEB (anos iniciais do ensino fundamental) no Município de Serra Branca**

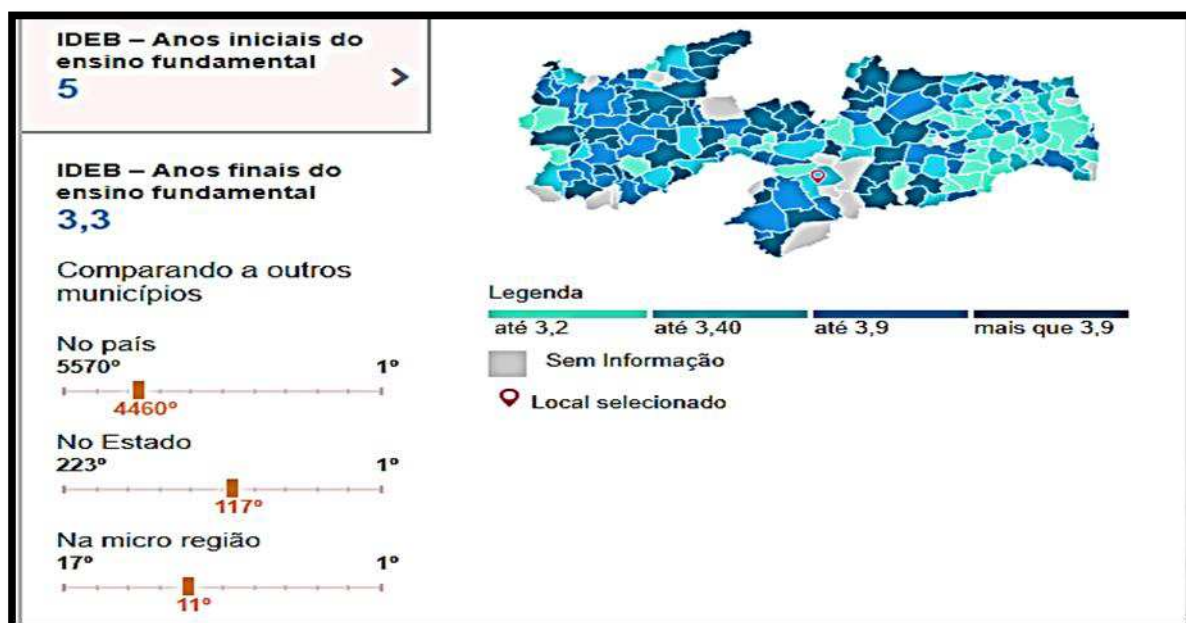


Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

Já o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - Anos finais do ensino fundamental para o intervalo citado era apenas de 3,3 o que posicionava o município como o 11º melhor a nível regional, o 117º a nível estadual e o 4.460º a nível nacional.



**Figura 09 – IDEB (anos finais do ensino fundamental) no Município de Serra Branca**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/serra-branca/panorama>.

#### 4 ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SERRA BRANCA-PB

A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população. Do mesmo modo, tem papel central na geração de emprego, renda e riqueza para o país, uma vez que, a saúde é fator determinante para a efetivação da capacidade produtiva humana (sem saúde não há trabalho).

A constatação do caráter crítico da relação entre saúde e desenvolvimento, remete à importância de se avaliar a estrutura e a origem do financiamento da saúde, assim como a caracterização da sua evolução recente no orçamento municipal, uma vez que, a partir da Constituição Federal de 1988 muitas competências foram atribuídas aos governos locais.

Dentro dessa conjuntura, a análise dos dispêndios reais (desconsiderando a correção monetária) em saúde referentes ao município de Serra Branca, na Paraíba, indica um aumento gradativo dos investimentos no período de 2010 a 2014, com exceção do ano de 2011, onde se pode identificar uma leve baixa, recuperada no ano seguinte, conforme é possível se constatar

no Quadro 01. Isto indica, entre outras coisas, a tendência à manutenção do direcionamento progressivo dos fluxos financeiros para o SUS.

### Quadro 01 – Total Anual de Despesas Públicas do Município de Serra Branca-PB com Saúde

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Gasto com Saúde<sup>1</sup></b>	7.198.392,30	6.957.635,31	8.294.810,97	8.633.413,70	10.489.213,12

**Fonte:** Frente Nacional de Prefeitos (FNP), 2018. Disponível em: <http://comparabrasil.com/municipios/paginas/modulo1.aspx>

<sup>1</sup> Valores em Preço Constante (Ano base 2010) – Corrigidos pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA).

De forma mais específica, quando se compara a participação absoluta dos dispêndios em saúde na composição total das despesas públicas anuais realizadas pelo município de Serra Branca, pode ser averiguado que entre 2010 a 2014 houve um acréscimo real relativo de 45,7% (o que corresponde a um incremento monetário de R\$ 3.290.820,82). O crescimento ocorreu especialmente nos anos de 2012 à 2014 quando foram realizadas obras na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que totalizaram R\$ 1.400.000,00 e o convênio do governo do estado para a reforma do hospital municipal que perfizeram R\$ 540.000,00.

### Quadro 02 – Participação Relativa das Despesas com Saúde no Total dos Gastos Públicos

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Gasto Total<sup>1</sup></b>	21.721.272,15	21.119.188,41	29.040.891,11	29.617.191,64	29.483.541,82
<b>Gasto com Saúde<sup>1</sup></b>	7.198.392,30	6.957.635,31	8.294.810,97	8.633.413,70	10.489.213,12
<b>Percentual (%)</b>	33,14%	32,94%	28,56%	29,15%	35,58%

**Fonte:** Frente Nacional de Prefeitos (FNP), 2018.. Adaptado pela Autora e Orientador.

Em termos relativos, também ocorreu uma ampliação proporcional na participação dos gastos em saúde em relação ao total das despesas considerando os anos limite da série. Todavia, na maioria dos anos houve retração percentual, o que demonstra uma ausência de prioridade e de continuidade dos investimentos públicos na área.

Confrontando agora a participação dos gastos públicos em saúde com relação às receitas locais, pode ser verificado que entre 2010 a 2014 houve uma variação real da receita total de 31,8% (o que equivale a uma ampliação absoluta de R\$ 6.875.824,22), enquanto a variação nos gastos com saúde (como mencionado anteriormente) foi de 45,7% (o que corresponde a um acréscimo de R\$ 3.290.820,82).

Em termos relativos, em todos os anos da série a participação proporcional dos dispêndios públicos com saúde sempre ficou acima de 30% das receitas totais, o que gerou com

média percentual para o período 32,21% (o que é considerada satisfatório, pois, equivale a quase um terço da receita orçamentária anual do município)

### Quadro 03 – Participação Relativa das Despesas com Saúde no Total das Receitas Públicas

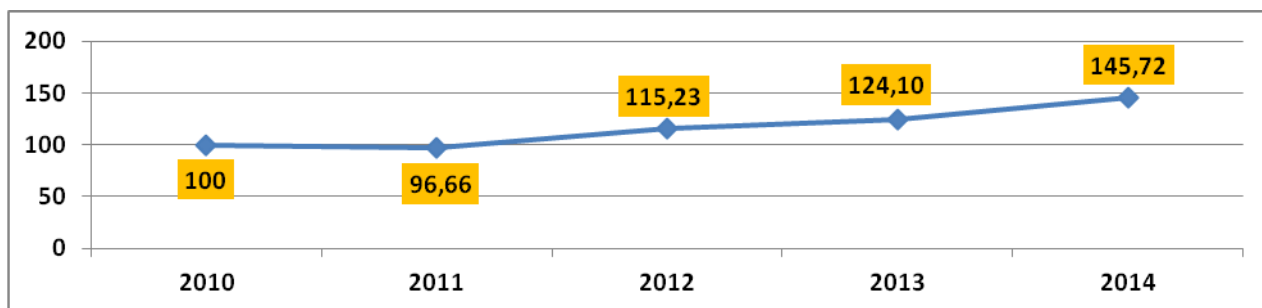
Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Receita Total <sup>1</sup>	21.617.574,99	23.103.811,43	27.627.936,05	28.007.323,02	28.493.399,21
Gasto com Saúde <sup>1</sup>	7.198.392,30	6.957.635,31	8.294.810,97	8.633.413,70	10.489.213,12
Percentual (%)	33,30%	30,11%	30,02%	30,83%	36,81%

**Fonte:** Frente Nacional de Prefeitos (FNP), 2018. Adaptado pela Autora e Orientador.

<sup>1</sup> Valores em Preço Constante (Ano base 2010) – Corrigidos pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA).

Como trajetória e considerando o ano de 2010 como base, os dados demonstram que a evolução relativa dos dispêndios em saúde da prefeitura de Serra Branca foi decrescente no ano de 2011 (-3,34%), e crescente nos anos de 2012 (15,23%), 2013 (24,10%) e 2014 (45,72%). Destaca-se que, durante todo este período a prefeitura foi governada pelo mesmo gestor (Eduardo José Torreão Mota), não justificando uma ruptura de processo por mudanças de objetivos governamentais.

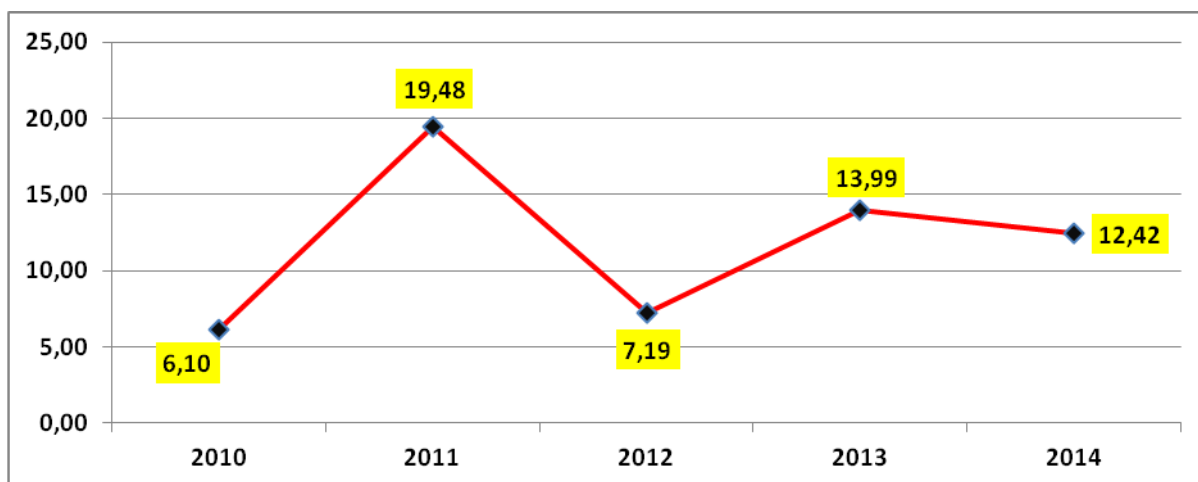
### Gráfico 01 – Variação dos Gastos em Saúde Pública no Município de Serra Branca-PB (%)



**Fonte:** Frente Nacional de Prefeitos (FNP), 2018. Adaptado pela Autora e Orientador.

Quando observado o indicador taxa de mortalidade infantil no período em estudo, percebe-se que a taxa oscilou bastante, aumentado em um ano e diminuído no ano subsequente. Em outras palavras, a taxa de mortalidade infantil no município de Serra Branca subiu nos anos ímpares (2011 e 2013) e retraiu-se nos anos pares (2012 e 2014).

**Gráfico 02 – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil no Município de Serra Branca  
(Unidade: óbitos por mil nascidos vivos)**



**Fonte:** IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Adaptado pela Autora e Orientador.

No intervalo de 2010 a 2011, considerado o período de maior crescimento de mortalidade infantil, a taxa cresceu 319,34%. Ao longo de todo o período (2010 a 2014) a taxa expandiu 203,61%. Todavia, a explicação para a ampliação exponencial da taxa de mortalidade infantil não pode ser atribuída exclusivamente a fatores monetários de gastos ou receitas, uma vez que, em ambas as séries não se dispõem de alternância corresponde na participação dos gastos em saúde que colaborem com uma correlação direta para o fenômeno.

Como resposta Rutstein (1976) salienta que a mortalidade infantil é uma ocorrência “evitável” por serviços de saúde eficazes desde os anos 70, constituindo-se, portanto, em um “evento sentinela” da qualidade da atenção médica. Em países onde o risco de morrer dos menores de um ano permanece elevado, a necessidade de se obter estimadores de qualidade que evidenciem esta problemática não é apenas uma exigência metodológica, mas ética, por que implica a “mortalidade consentida” de crianças.

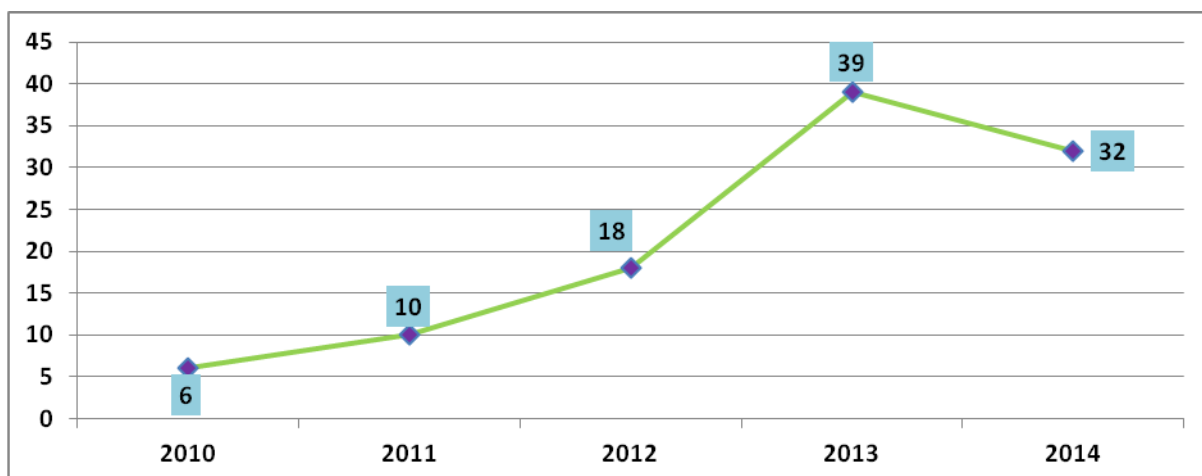
Para Araújo (1992), no Brasil, onde o sub-registro médio de óbitos em geral é de 25% e as causas “mal definidas” constituem, na região Nordeste, até 45% dos óbitos registrados, a magnitude da mortalidade infantil tem sido aproximada por estimadores demográficos de sub-registros internacionalmente reconhecidos.

Quando analisado o indicador taxa de morbidade hospitalar no período em estudo, percebe-se que a taxa foi majoritariamente progressiva, aumentando de forma contínua entre os anos de 2010 a 2013, e retraindo-se apenas no ano de 2014.

O aumento acumulado percentual da taxa de morbidade hospitalar no período de 2010 a 2014 foi de 533,33%, atingindo o seu ápice no ano de 2013, onde comparada ao ano base (2010) o crescimento foi de 650%.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) os principais fatores responsáveis pela expansão da taxa de morbidade hospitalar no município de Serra Branca no intervalo em estudo foram em ordem decrescente, problemas relacionados a: gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho digestivo; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; e neoplasias (tumores).

**Gráfico 03 – Evolução da Taxa de Morbidade Hospitalar no Município de Serra Branca**



Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Adaptado pela Autora e Orientador.

Em termos de composição hodierna, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) configura o sistema de saúde do município de Serra Branca constituído por 13 estabelecimentos sendo 12 públicos e 1 privado (destaca-se que nenhum é terceirizado). Desse total, 12 não possuem internação hospitalar e o único hospital que possui é público, porém, com poucos tipos de especialidades (apenas, clínica geral, obstétrica e pediatria).

Dos 12 estabelecimentos públicos de saúde, 11 possuem atendimento ambulatorial e somente 1 possui serviço de apoio a diagnose e terapia (SADT), constituindo um total de 60 leitos disponíveis para toda a população serra-branquense (não há leitos no setor privado).

Considerando a infraestrutura material, o sistema de saúde do município só possui 1 aparelho eletrocardiógrafo e 1 aparelho de Raio X de até 100mA. Logo, não existe disponibilidade de aparelho tomógrafo, ultrassom *doppler* colorido, mamógrafo, equipamento

de hemodiálise, eletroencefalógrafo, ressonância magnética e Raio X para densitometria óssea.

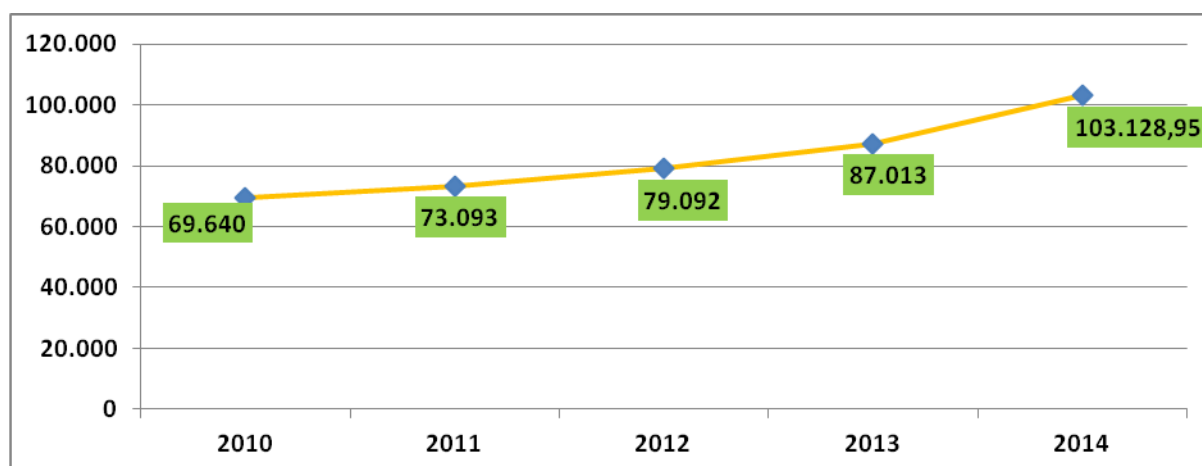
#### Quadro 04 – Composição Atual do Serviço de Saúde do Município de Serra Branca

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS
1 Número total de estabelecimentos	13 (100,00%)
2. Número total de estabelecimento públicos	12 (92,31%)
3. Com atendimento de emergência	1 (7,69%)
4. Número de especialidades disponíveis	3 (33,33%)
5. Com atendimento ambulatorial	11 (84,62%)

Fonte: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Adaptado pela Autora e Orientador.

Como intercambio dos resultados expostos, pode ser destacado que o papel estratégico da saúde na agenda de desenvolvimento local e a relação de mútua causalidade entre esses campos têm sido amplamente reconhecidos. Políticas e ações em saúde representam benefícios que extrapolam a especificidade do setor – a de proporcionar o bem-estar da população –, a exemplo de seu impacto no crescimento da economia municipal.

#### Gráfico 04 – Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) no Município de Serra Branca - PIB a preços constantes (Unidade: R\$ x1000)



Fonte: IBGE (2018). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Adaptado pela Autora e Orientador.

Sobre a associação dos temas, e considerando os dados apresentados no gráfico acima, conclui-se que:

- a) No período de 2010 a 2014 o PIB do município cresceu 48% (quarenta e oito por cento);

- b) Em termos de variação do PIB ano a ano:
- b1) Entre 2010 e 2011 o PIB do município cresceu cerca de 3,4 milhões de reais;
  - b2) Entre 2011 e 2012 o PIB do município cresceu cerca de 6 milhões de reais;
  - b3) Entre 2012 e 2013 o PIB do município cresceu cerca de 8 milhões de reais;
  - b4) Entre 2013 e 2014 o PIB do município cresceu cerca de 16 milhões de reais. – há um impacto visível dos gastos com a obra da UPA (1,4 milhões) e do convênio do governo do estado para o hospital (540 mil reais);
- c) Pelos dados disponíveis para o período estudado, fica claro que apesar do crescimento significativo nos números do PIB (48%), nas receitas municipais (35,7%) e nos gastos com saúde (45,7%), os índices de mortalidade infantil e morbidade hospitalar cresceram no município de Serra Branca;
- d) Se faz necessário ter claro que as informações disponíveis não são suficientes para uma análise mais detalhada e mais aprofundada sobre essa situação (fica sugerido o emprego de possíveis técnicas de correlação);
- e) Como remate explana-se que gastos maiores em saúde não significaram melhores simétricas dos indicadores de saúde no município. Resultados positivos somente serão possíveis com ações múltiplas, conjugadas e de longo prazo.

Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento podem ser entendidas como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhora do padrão de vida da população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização correta da relação entre saúde e desenvolvimento envolve uma quebra de padrões políticos inscritos na Constituição Federal de 1988 que separa a ordem econômica da social sendo necessária uma (reformulação) de políticas públicas de saúde. Existem iniciativas favoráveis às mudanças necessárias, conforme mostrado no corpo desta análise, entretanto com impactos limitados.

Tendo em vista o crescimento em investimentos em saúde entre 2010 e 2014 mesmo tendo aumentado o PIB, não impactou no índice de mortalidade infantil, como também no índice de morbidade hospitalar. Diante desta análise, pode-se constatar com os dados que tivemos acesso que nem sempre gastar, mas, significa prestar uma melhor assistência à população possibilitando impactar positivamente a vida da mesma.

Conclui-se, assim, que existem fatores que contribuem para o crescimento dos índices citados anteriormente. As faltas de transparência e de planejamento têm influenciado neste sentido. Sugere-se que se dê uma maior atenção às conferências municipais, onde realmente se possam criar diretrizes para os gastos públicos em saúde e com uma participação efetiva da sociedade em geral. Com isso, torna-se necessário que os conselhos municipais sejam mais atuantes para que consigam perceber sua importância no processo de desenvolvimento integral da sociedade. Tendo em vista que a saúde é um dos indicadores que primeiro é observado quando não esta bem.

No que se refere a o aumento de 45,7% nas despesas com saúde de 2010 a 2014, podemos observar que houve a construção da UPA no valor de 1.400,000,00, que pelo que consta não teve impacto positivo ao que se refere a prestação de serviços na saúde, pois continua fechada para atendimentos.

Os recursos são de grande importância para o sistema de saúde pública, mais sem organização e administrar melhor os recursos, eles não serão utilizados de forma efetiva, que é o que vem sendo observada com parte dos recursos destinados a saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA P.F, GIOVANELLA L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Inf. Epidemiol. SUS**, 1 (2): 5-16, 1992.
- BAPTISTA, T. W. de F. (2007). Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(3), 615-626.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde: cadernos de informações de saúde Paraíba**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm>. Acesso em fev 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de promoção a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
- DEEPASK. O mundo e as cidades através de gráficos e mapas. **Saúde e saneamento: Veja despesas municipais por cidade do Brasil - SERRA BRANCA, PB**. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=serra-branca/PB-Investimento-em-saude-e-saneamento:-Veja-o-gasto-publico-no-seu-municipio>>. Acesso em fev de 2018.
- DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. 1984.
- GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, p. 326-327, set/dez. 2007.
- GADELHA .C.A.G, COSTA L.S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO C.V; BAPTISTA T.W.F, LIMA L.D. (organizadores). **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.
- GADELHA, C.A.G., COSTA, L.S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - rospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 103-132. ISBN 978-85-8110-015-9.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez, 2004

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

GUIMARÃES R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Ver. Saúde Publica**. 2006;40 (Esp):3-10. DOI:10.1590/S0034-89102006000400002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2018.

LASWEL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1958.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy**: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, AL, IBAÑEZ, N, ELIAS, PEM. (Org). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Editora Hucitec, p. 21 a 59, 2009.

MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits, **Policy Currents**, Fevereiro: 1-4. 1995.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

PAIM, JAIRNILSOM. **Saúde - Política e Reforma Sanitária**, COOPTEC ISC, Salvador 2002.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C.; CHILD, C. G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. J. Med.**, **294**: 582-8, 1976.

SILVA, H. M. **A política de saúde no Brasil**: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1996 - 132p.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

VIANA A. L. D. ELIAS P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2007;12 (Supl):1765-77. DOI:10.1590/S1413-81232007000700002.