



**UNIFACS**

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES\*

**UNIVERSIDADE SALVADOR-UNIFACS  
PROGRAMA DO PÓS GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E  
URBANO - PPDRU**

**GEOVANE SANTANA DOS SANTOS**

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: O  
CASO DA MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS**

Salvador  
2012

**GEOVANE SANTANA DOS SANTOS**

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: O  
CASO DA MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade Salvador, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano

Orientador: Prof. Dr. Jorge Almeida Uzêda.

Salvador  
2012

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador – UNIFACS, Laureate International Universities.

Santos, Geovane Santana dos,

A regionalização da assistência a saúde no estado da Bahia: o caso da microrregião de Cruz das Almas / Geovane Santana dos Santos. – Salvador, 2012.

116 f.: il.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Desenvolvimento Regional e Urbano – UNIFACS, Laureate International Universities como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.  
Orientador: Prof. Dr. Jorge Almeida Uzêda.

1. Crescimento regional - Cruz das Almas (BA). 2. Regionalização da Saúde - Cruz das Almas (BA). 3. Economia da Saúde.

CDD: 338.098142

GEOVANE SANTANA DOS SANTOS

A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: O  
CASO DA MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador — UNIFACS, Laureate International Universities, pela seguinte banca examinadora:

Jorge Almeida Uzêda \_\_\_\_\_  
Doutor em História pela Universidade Federal da Bahia, UFBA  
Universidade Salvador UNIFACS

Alcides dos Santos Caldas \_\_\_\_\_  
Doutor em Geografia pela Universidade de Santiago de Compostela  
Universidade Salvador UNIFACS

Hamilton Moura Ferreira Junior \_\_\_\_\_  
Doutor em Ciência Econômica pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 5 de novembro de 2012.

Ao meu pai Severiano *in memoriam* pelo esforço para dar uma educação de qualidade aos filhos e a minha mãe Renildia pela vida dedicada aos filhos e a família.

## AGRADECIMENTOS

As pessoas que me ajudaram não só para construir este trabalho de final de curso, mas também em minha vida pessoal, profissional e acadêmica.

Aos Secretários (as) de Saúde dos Municípios de Cruz das Almas (Marlúcia Aleluia Santana do Nascimento) e de São Felix (Renato Ato Batista) e por sua importante contribuição na entrevista concedida e por viabilizar acesso as informações, e as suas respectivas equipes pela prestação nas informações.

Aos meus pais Severiano (in memória) e Minha Mãe Renildia, pela formação moral e por ter mostrado a importância da educação na transformação das nossas vidas. Às minhas irmãs pelo apoio e a minha esposa Rosangela e ao meu filho (Cayo Vinicius) pela compreensão.

Ao Reitor da UFRB professor Paulo Gabriel Nacif e aos Pró- Reitores de Planejamento Warly Anjos e Marcilio Baliza que me concederam um horário diferenciado para viabilizar a realização deste curso e a compreensão da dificuldade de conciliar trabalho e estudo.

E por fim aos Professores do ensino médio Rita Magalhães, Bento e Madalena Mamona pelos conselhos pela orientação educacional e pessoal despendidas na minha adolescência. Aos Prof. Luiz Alberto Bastos Pititinga, Hamilton Ferreira Júnior e Antônio Plínio Pires de Moura da Faculdade de Economia da UFBA pelo acolhimento e oportunidade. À Professora *Alba* Regina Neves Ramos e ao Prof. Alcides dos Santos Caldas da UNIFACS pelo acolhimento neste Programa de Pós-Graduação e ao meu orientador. Prof. Jorge Almeida Uzêda pela paciência, compreensão e principalmente pela ajuda no direcionamento deste trabalho.

## RESUMO

O SUS criado na constituição de 1988 tem como princípio a universalidade, a equidade e integralidade, em um sistema público, nacional, universal com diretrizes para a descentralização. Para sua execução, no plano operacional foram editados normativos, que trataram da organização da oferta de serviços “região sanitária” e contribuiu para a Regionalização da Assistência a Saúde (RAS), buscando a otimização no que se refere à distribuição técnica, espacial, científica e operacional das ações de saúde hierarquizadas em níveis de atenção articulados entre si. Tal construto baseia-se na teoria do lugar central de Charistaller, onde a cidade é vista como centro de abastecimento de bens e serviços para sua população e das cidades circunvizinhas. Objetivo central deste trabalho é evidenciar as transformações ocorridas nas variáveis de emprego, renda e de infra-estrutura do núcleo da cadeia produtiva, assim como no aspecto das finanças municipais com a implantação da Microrregião sanitária de Cruz das Almas e subsidiariamente, contribuir com um estudo teórico prático que possibilite o avanço dos modelos alternativos de desenvolvimento regional. Como ferramenta de investigação, utilizou-se o estudo de caso descritivo, desenvolvida por meio de investigação documental (documentos oficiais), com a utilização de bancos de dados oficiais com fonte secundária e da realização de entrevistas com o gestor dos Municípios da microrregião que geriam seus sistemas de saúde no período com fonte primário. Deste trabalho resultou-se; a identificação das variáveis e variações produzidas pela implantação da política de pública de RAS, e o diagnósticos da RAS após o processo de implantação das Macro/Microrregiões no município. No período houve ampliação da população da microrregião que passou de 234.798 e 250.565 habitantes respectivamente entre 2000 e 2010, o PIB per capita 1.563,98(2000), 3.383,91(2005) e 4.550,67(2009). Ressalta-se a participação da administração pública na composição do PIB com percentuais de 28% em 2000 e 2009 e de 26% em 2005 para o município sede. No que tange aos aspectos econômicos: No período houve ampliação do número de profissionais que passou de 323 em 2005 para 501 em 2010 representando ampliação de 55,11%. Concomitantemente alteração também na quantidade dos postos de serviço, que passou de 452, para 715 em 2010, um aumento de 58,19%. Já as receitas orçamentárias e de saúde, apresentaram uma variação positiva com ampliação da participação da segunda sobre primeira na ordem de 17,70% para 22,74% respectivamente. Na análise das despesas, as despesas da função saúde cresceram em uma proporção maior que as despesas orçamentárias, sem ampliar a participação desta naquela, em virtude da ampliação das despesas da função educação e administração. A execução destas despesas causa impactos positivos na arrecadação de tributos municipais, o ISSQN que tem como fato gerador serviços prestados, ampliou sua arrecadação em 389% em quanto que o montante de receita tributária foi acrescido em 281%. No tocante as transferências da União (fundo a fundo) destinadas à saúde e as outras transferências da união e a da cota do FPM, houve a ampliação da participação percentual das transferências SUS fundo a fundo nas transferências da união em decorrência do maior crescimento do fundo de saúde em detrimento dos outros (227%, 183% e 163% respectivamente). Destacam-se nos achados da pesquisa, a baixa transferência para o fundo municipal de saúde realizado pelo Estado e a pouca cooperação entre os municípios representando também pela baixa transferência intermunicipal. A conclusão deste trabalho aponta para ampliação da relação entre o processo de regionalização da saúde e a ampliação das atividades do núcleo da cadeia produtiva em saúde.

**Palavras Chaves:** Crescimento regional. Regionalização da Saúde. Economia da Saúde.

## ABSTRACT

SUS created in the Constitution of 1988 has as principle universality, equity and comprehensiveness, in a public, national, universal system with guidelines for decentralization. For its implementation in the operational plan were published that the Organization dealt with regulatory services supply "health region" and contributed to the regionalization of Health care (RAS), seeking the optimization with regard to spatial distribution, technical, scientific and operational back-up of health actions prioritised in attention levels United among themselves. This construct is based on central place theory of Charistaller, where the city is seen as a central supply of goods and services to its people and towns neighbouring cycle. The central objective of this study is to highlight the changes in the variables of employment, income and core infrastructure of the production chain, as well as in municipal finance aspect with the deployment of health Micro Cruz das Almas and secondarily, to contribute with a theoretical study that enable the advancement of alternative models of regional development. As a research tool, we used the descriptive case study, developed through research of documents (official documents), with the use of official databases with secondary source and conducting interviews with the Manager of the municipalities of microregion managing their health systems in the period with the primary source. This work resulted; the identification of variables and variations produced by the implementation of public policy of RAS and the RAS diagnostics after the deployment process of Macro/micro-regions in the municipality. During the period there was expansion of the population of the Northeast region from 234,798 and 250,565 inhabitants respectively between 2000 and 2010, the GDP per capita (2000) .98, 1,563 3,383 .91 (2005) and 4,550 .67 (2009). The participation of public administration in the composition of GDP percentage of 28% with in 2000 and 2009 and 26% in 2005 for the county seat. With regard to economic aspects: in the period there was expansion in the number of professionals who went from 323 in 2005 to 501 in 2010 representing 55.11% magnification. At the same time also changes the amount of service station, which grew from 452 to 715 in 2010, an increase of 58.19%. Already the budget and health care revenue showed an increase with expansion of participation of second on first in the order of 17.70 percent to 22.74% respectively. In the analysis of expenditure, expenditure on health function has grown into a larger proportion that budgetary expenditure without expanding the participation of this in that, due to the expansion of education function and administration expenses. The execution of these expenses cause a positive impact on the collection of municipal taxes, the TAXES that is triggering event services, has expanded its collection in 389% and as the amount of tax revenue was increased 281%. As regards the transfers of Union (bottom to bottom) intended for health and other Union and transfers of quota of FPM, there was the expansion of the participation percentage of transfers to fund transfers SUS of the Union as a result of the largest health fund growth at the expense of others (227%, 183% and 163% respectively). Stand out in search results, the low transfer to municipal health fund held by the State and little cooperation between the municipalities representing the intermunicipal transfer also. The completion of this work points to expansion of the relationship between the process of regionalization of health and expansion of core activities of the productive chain me.

**Keywords:** Regional growth. Regionalization of health. Health economics.



## LISTA QUADROS

Quadro 1 - Relação dos cursos de Graduação em funcionamento na Microrregião .....	87
Quadro 2 - Relação dos cursos de Graduação em funcionamento na Microrregião .....	87

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da microrregião de Cruz das Almas.....	58
---	----

## LISTA TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Municípios por Macro e Microrregião da Bahia período de 2007 à 2011.....	53
Tabela 2 - Microrregião de Cruz das Almas Bahia, PDR 2007/2011.....	59
Tabela 3 - Densidade Demográfica da Microrregião de Cruz das Almas, População Censo de 2000 e 2010 e Estimativa populacional 2005.....	61
Tabela 4 - Variação Populacional 2005 e 2010.....	62
Tabela 5 - Indicadores Demográficos População Urbana e Rural censo 2000 e 2010.....	64
Tabela 6 - Participação Percentual População de Criança e idosos.....	65
Tabela 7 - População Feminina em Idade Fértil.....	66
Tabela 8 - Distribuição da População por Gênero.....	66
Tabela 9 - PIB e PIB Per capita dos Municípios da Microrregião de Cruz das Almas .....	68
Tabela 10 - PIB setor Serviço e PIB da Administração Pública na Microrregião. Valores em (R\$ milhões).....	69
Tabela 11 - Números e Valores de Internações por Local de Realização.....	70
Tabela 12 - Números e Valores de Internações por Local de Residência.....	71
Tabela 13 - Números de Estabelecimentos de Saúdes Credenciados no CNES .....	72
Tabela 14 - Números de Estabelecimentos Ambulatoriais de Saúdes Credenciados no CNES .....	74
Tabela 15 - Números de Estabelecimentos com Internação Hospitalar Credenciados no CNES .....	74
Tabela 16 - Números de Estabelecimentos de Diagnóstico Terapêutico Credenciados no CNES .....	75
Tabela 17 - Números de Estabelecimentos de Urgência no CNES .....	76
Tabela 18 - Números de Clínicas no CNES .....	77
Tabela 19 - Números de Clínicas Outras no CNES.....	77
Tabela 20 - Números de Consultórios de Urgência Odontológicos e Médicos .....	77
Tabela 21 - Números de Leitos de Repouso.....	78
Tabela 22 - Números de Leitos de Repouso/Observação - Urgência e Complementares .....	79
Tabela 23 - Números de Leitos e Instalações de obstetrícia e Neonatologia.....	79
Tabela 24 - Equipamentos Médicos.....	80
Tabela 25 - Equipamentos Médicos de Diagnósticos.....	81
Tabela 26 - Equipamentos Médicos de Infra-estrutura, Manutenção da Vida e Outros Equipamentos .....	81
Tabela 27 - Números de profissionais na microrregião no período 2005 a 2010.....	86
Tabela 28 - Números de Ocupações na microrregião no período 2005 a 2010 .....	86
Tabela 29 - Números de Postos de Serviços/profissional de Saúde na microrregião no período 2005 a 2010 .....	87
Tabela 30 - Relação entre receitas SUS e receita total .....	96
Tabela 31 - Relação entre despesas função saúde e despesa total.....	97
Tabela 32 - Relação entre Receitas Tributárias e Receitas de Saúde .....	98
Tabela 33 - Participação Percentual Receitas oriundas ISSQN, Receitas tributárias e nas despesas da função saúde.....	99
Tabela 34 - Relação entre as transferências da união e as transferências SUS Fundo a Fundo .....	100
Tabela 35 - Participação percentual entre as transferências da união e as transferências SUS Fundo a Fundo .....	101
Tabela 36 - Relação entre as transferências Cota ICMS e as transferências SUS Fundo a Fundo .....	102

Tabela 37 - Relação entre as transferências municipais e as transferências SUS Fundo a Fundo  
..... 103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEB	Conselho Estadual de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CICAN	Centro Estadual de Oncologia
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CNES	Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREAIDS	Centro de Referência da AIDS
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIREG	Diretoria de Regulação da Assistência
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISEB	Instituto de Saúde do Estado da Bahia
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor Regional
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PP	Políticas Públicas
PPI	Programação Pactuada Integrada
PR	Plano de Regulação
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Regionalização da Assistência a Saúde
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SEI	Superintendência de Estudos Sociais e Econômico
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TLC	Teoria do Lugar Central

UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WB	Banco Mundial
SCN	Sistema de Contas Nacionais
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
PPA	Plano Plurianual
LDO	Lei de Diretrizes orçamentárias
INTEGRASUS	Integração ao Sistema Único de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
ONG	Organizações Não Governamentais
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre a Transferência de Bens Imóveis
ITR	Imposto Territorial Rural
FEPEX	Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados, ou Fundo de Exportação
IPI	Imposto Sobre Produto Industrializado
IPVA	Imposto sobre a Produção de Veículos Automotores
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
1.1 OBJETIVO GERAL .....	21
1.2 METODOLOGIA .....	21
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
<b>1.3.1 Cadeia Produtiva.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3.2 Políticas Públicas.....</b>	<b>25</b>
<b>1.3.3 Regiões em saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>1.3.4 Crescimento Econômico Regional .....</b>	<b>31</b>
<b>2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO MODELO.....</b>	<b>35</b>
2.1 A CONCEPÇÃO DO MODELO UNIVERSAL DE SAÚDE .....	35
2.2 SISTEMA A PARTIR DE 1988 .....	36
2.3 REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	39
2.4 POLÍTICAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS E DESIGUALDADES REGIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA .....	43
<b>3 ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NA BAHIA .....</b>	<b>45</b>
3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE .....	45
3.2 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES .....	47
3.3 AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE .....	48
3.4 PLANO DIRETOR REGIONAL .....	49
3.5 PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO .....	53
3.6 PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA .....	54
3.7 PLANO ESTADUAL DE REGULAÇÃO.....	55
<b>4 A MICRORREGIÃO ANTES E DEPOIS DA REGIONALIZAÇÃO .....</b>	<b>58</b>
4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	59
4.2 ASPECTOS ECONÔMICOS.....	66
4.3 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS UM OUTRO OLHAR.....	69
4.4 OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	71
<b>4.4.1 Estabelecimentos de saúde.....</b>	<b>71</b>
<b>4.4.2 Recursos físicos dos estabelecimentos.....</b>	<b>76</b>
<b>5 IMPACTO NA ECONOMIA LOCAL.....</b>	<b>82</b>
5.1 GERAÇÃO DE EMPREGOS DIRETOS .....	82
5.2 AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE/PREVISÃO LEGAL .....	88



<b>5.2.1 As fontes de financiamentos/ as origem dos Recursos para a Saúde.....</b>	<b>90</b>
<b>5.2.2 Descentralização de recursos/receitas SUS Municipal.....</b>	<b>92</b>
5.3 FLUXO DE RECURSOS PARA A MICRORREGIÃO NO PERÍODO E O IMPACTO FINANCEIRO GERADO .....	94
<b>5.3.1 Relação entre as Receitas SUS e Receita total do município. ....</b>	<b>95</b>
<b>5.3.2 Relação entre as despesas função saúde e as despesas totais. ....</b>	<b>96</b>
5.4 IMPACTOS FINANCEIROS DO SETOR SAÚDE NAS RECEITAS MUNICIPAIS ...	97
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDECE A – Roteiro de entrevista ao gestor .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDECE B – Questionário aplicado aos gerentes do núcleo da cadeia produtiva de saúde - rede suplementar .....</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição federal de 1988 estabeleceu que o sistema de saúde brasileiro deveria obedecer aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Segundo o Artigo 196 do texto Constitucional a saúde é direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por intermédio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. (C.F. 1988)

Segundo Viacavo (1999), ainda hoje, passados 24 anos da aprovação e criação do SUS, estudos ainda apontam as deficiências na captação, na distribuição e no gerenciamento dos recursos públicos destinados ao setor.

As políticas de Saúde no Brasil continuam se caracterizando pela insuficiência de recursos, pela fragmentação organizacional, pela falta de equidade na alocação dos recursos, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, ineficiência na gestão e baixa eficácia das ações de saúde.

A discussão sobre a regionalização da assistência à saúde, por sua vez, é de extrema importância, uma vez que os recursos disponíveis para o setor são escassos e há uma pobreza crônica que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado. Além disso, as desigualdades existentes entre os municípios tornam ainda mais urgente a necessidade de se fortalecer a regionalização da assistência como forma de propiciar maior equidade no sistema.

A organização regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde enfrenta dificuldades na sua efetivação, sendo necessário, portanto, análises objetivas em cada região, nas quais sejam considerados os seus aspectos políticos e socioeconômicos para que a regionalização da assistência seja um instrumento, não só regulatório, mas também, e principalmente, emancipatório, de forma a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade. Administrativamente este processo iniciou-se com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Isto posto, apresenta-se como principal objetivo desta dissertação avaliar o impacto econômico da implantação da Microrregião sanitária de Cruz das Almas pela ótica da oferta dos serviços de saúde no núcleo da cadeia produtiva de saúde. Para alcançar tais objetivos foram utilizados como instrumentos metodológicos a investigação documental (documentos

oficiais), os Bancos de Dados Oficiais com fonte secundária e realização de entrevista estruturada com os gestores de dois municípios, Cruz das Almas e São Felix.

A escolha da economia de Cruz das Almas deve-se, principalmente, à familiaridade do autor com a economia deste município. Além disto, esta microrregião foi uma das primeiras a ser instaladas no Estado da Bahia. Muito embora exista estrutura de saúde nos outros municípios que compõem a micro, todo fluxo de paciente de média e alta complexidade deverá ser direcionado para a sede da microrregião (Cruz das Almas). Ressalta-se que estes serviços por natureza tem um custo de produção maior, logo demandam maior investimento e maior volume de custeio. Assim os gastos relacionados ao funcionamento da estrutura de saúde local ganham uma importância maior quando inseridos no contexto da economia do município.

Neste contexto a pergunta de investigação é: O processo de regionalização da assistência é uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, com vista à integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos destinados à saúde em um espaço territorial. Tal fato pode ser entendido como aplicação da função *estabilizadora*<sup>1</sup>, adotada por meios da função *alocativa*<sup>2</sup>, investimento em um bem semi-público ‘saúde’, gerando impacto de *distribuição*<sup>3</sup> de renda. Neste contexto a pergunta de investigação deste trabalho é: A Regionalização da Assistência a Saúde gera impacto no núcleo da cadeia produtiva da saúde?

---

<sup>1</sup> A função estabilizadora: O funcionamento do sistema de mercado não é por si só, capaz de assegurar altos níveis de emprego, estabilidade dos preços e altas taxas de crescimento econômico. Sendo assim, a intervenção do governo pode ser importante no sentido de proteger a economia de flutuações bruscas, caracterizadas por alto nível de desemprego e/ou alto nível de inflação. Para isso, os principais instrumentos macroeconômicos à disposição do governo são a política fiscal e monetária (GIAMBIAGI; ALÉM, 2001, p. 35).

<sup>2</sup> Na função alocativa: “Tem o objetivo de alocar os recursos quando não seja possível pelas condições de mercado, a determinação de preços de bens e serviços de forma a assegurar uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis na economia.” (REZENDE, 2001, p. 17).

<sup>3</sup> A função distributiva: Em primeiro lugar, através do esquema de transferências o governo pode promover uma redistribuição direta da renda, tributando em maior medida os indivíduos pertencentes às camadas de renda mais alta, e subsidiando os indivíduos de baixa renda. Em segundo lugar, os recursos captados pela tributação dos indivíduos de renda mais alta podem ser utilizados para financiamento de programas voltados para a parcela da população de baixa renda, como o de construção de moradias popular (GIAMBIAGI; ALÉM, 2001, p. 33).

A hipótese apresentada é que: A Regionalização da saúde gera externalidades<sup>4</sup> no núcleo da cadeia produtiva de saúde nas Macrorregião/Microrregião ampliando a oferta de serviço de saúde e indiretamente promovendo o crescimento da economia local.

Este é, portanto, um estudo sobre a importância dos gastos relacionados ao funcionamento da saúde pública para a economia do município de Cruz das Almas, cujo marco teórico e analítico, assim como os achados da pesquisa serão apresentados detalhadamente de forma descritiva nos capítulos que se seguem, mas podem ser brevemente resumidos nesta apresentação.

A presente dissertação é composta por seis capítulos. No primeiro apresentamos a pergunta de investigação, hipótese, os objetivos deste trabalho e a metodologia adotada. No segundo capítulo estão postas as principais referências teóricas, base de sustentação para a hipótese apresentada, quais sejam: cadeia produtiva, políticas públicas, regiões e crescimento econômico regional. O primeiro direcionado o objeto de pesquisa. O segundo com foco de discussão para os aspectos conceituais seu processo de formação e principalmente seu papel como elemento solucionador de problemas. No terceiro apresentamos as diversas concepções conceituais para formação de regiões e sua abordagem como instrumento de análise e por fim a abordagem de crescimento econômico como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, promovida através do processo de regionalização concebida com base na Teoria do Lugar Central de Christaller.

No terceiro capítulo apresentamos o marco legal, abordando sua evolução e importância na construção do modelo, as desigualdades existentes no sistema de saúde baiano e a política de alocação de recurso construída neste processo. Já no quarto capítulo apresentamos os instrumentos de construção e organização da regionalização da assistência a saúde e de planejamento das políticas previstas na NOB e na NOAS.

---

<sup>4</sup> ECONOMIAS EXTERNAS (Externalidades). Benefícios obtidos por empresas que se formam (ou já existentes) em decorrência da implantação de um serviço público (por exemplo, energia elétrica) ou de uma indústria, proporcionando à primeira vantagens antes inexistentes. Por exemplo, a construção de uma rodovia pode permitir aos produtores agrícolas próximos custos de transporte mais baixos e acesso mais rápido aos mercados consumidores. A existência de economias externas permite em geral uma redução de custos para as empresas e significa uma importante alavanca do desenvolvimento econômico. Muitas empresas, antes de tomar a decisão de se instalar em determinados locais, avaliam seu potencial presente e futuro de economias externas. O contrário acontece quando a instalação de certas atividades traz aumentos de custos para as empresas ou afugenta clientes ou, ainda, desestimula a demanda de certos produtos.

Nesse caso, ocorrem as “deseconomias externas”, como, por exemplo, quando indústrias contaminam com chumbo as pastagens e águas adjacentes: o leite produzido na região pode ter sua demanda em queda não apenas por constatar-se que o produto contém aquele metal, como pelo simples fato de que os consumidores, sabendo da origem do leite, se recusam a comprá-lo, por precaução (SANDRINI, 1999, p. 193).

No quinto capítulo apresentamos a microrregião de Cruz das Almas que é o objeto de nosso estudo e analisamos as transformações ocorridas no período de estudo, abordando os aspectos demográficos, econômicos epidemiológicos e estrutura do setor saúde.

No sexto capítulo apresentamos os impactos econômicos promovidos pela política de regionalização implementadas na microrregião e evidenciadas nas seções anteriores. Abordamos aqui aspectos como geração de emprego e renda, as fontes de financiamento da saúde, o fluxo de recursos e o impacto gerado nas contas municipais o caso de Cruz das Almas, município sede da microrregião e o impacto financeiro do setor saúde nas receitas municipais.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Impacto econômico da implantação da Microrregião sanitária de Cruz das Almas pela ótica da oferta dos serviços de saúde no núcleo da cadeia produtiva de saúde.

Concomitantemente: Analisar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia; a Programação Pactuada Integrada (PPI); o Plano Diretor de Investimento (PDI); e os demais documentos oficiais relacionados ao planejamento e à regulação com o intuito de identificar a teoria na qual o processo de Regionalização da Assistência a Saúde (RAS) foi construída. Concomitantemente caracterizar a microrregião de Cruz das Almas, segundo critérios econômicos, sociais, epidemiológicos, de financiamento e de oferta de serviços de saúde, evidenciando as alterações produzidas pela implantação da política pública de RAS no município sede da microrregião de Cruz das Almas: no aspecto econômico à geração de empregos no núcleo da cadeia produtiva, e no aspecto das finanças municipais o comportamento das receitas e despesas relacionadas ao funcionamento do modelo da RAS. Subsidiariamente, contribuir com um estudo teórico prático que possibilite o avanço dos modelos alternativos de desenvolvimento regional.

### 1.2 METODOLOGIA

O presente trabalho visa investigar um fenômeno dentro do seu contexto. Este processo de investigação empírica é denominado de “estudo de caso” (YIN, 2005, p.32). No “estudo de caso” as questões da pesquisa centram-se no “como” ou no “porquê” e a estratégia de

pesquisa é abrangente, recorrendo a várias fontes de evidência e a diversas triangulações de dados (idem). De acordo com (GIL, 2004, p.54)

Estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

Como estratégia de pesquisa, os estudos de caso podem ser estudos exploratórios, estudos descritivos e estudos explanatórios, dependendo do tipo de questão da pesquisa, da extensão de controle que o investigador tem sobre eventos e do grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição, a acontecimentos históricos (YIN, 2005, p.23). Trabalhamos com uma abordagem descritiva, Segundo Andrade (2001, p. 124):

Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

A abordagem metodológica apresentada procura dar conta da complexidade do processo de regionalização da assistência à saúde e do processo estrutural que define as dimensões dos serviços e o impacto econômico gerado. Por se tratar de estudo de caso, de acordo com Beuren (2006), os resultados apresentam a limitação de não poderem ser generalizáveis a outros objetos ou fenômenos.

Na realização da pesquisa bibliográfica do estudo de caso, deu-se conforme Vergara (2000, p. 48):

Pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral.

A pesquisa buscou apreender os elementos essenciais, visando responder as indagações centrais da investigação. Para tanto foram usadas fontes primárias de informação, que compreendem entrevistas aplicação de questionários e as fontes secundárias que incluem as pesquisas bibliográficas da literatura sobre o assunto pesquisado. Segundo Andrade (2001, p. 42-43):

Fontes primárias são constituídas por obras ou textos originais, material ainda não trabalhado, sobre determinado assunto. As fontes primárias, pela sua relevância, dão origem a outras obras, que vão formar uma literatura ampla sobre aquele determinado assunto.

E que:

As fontes secundárias referem-se à determinadas fontes primárias, isto é são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primárias e constituem-se em fontes das pesquisas bibliográficas.

A pesquisa foi operacionalizada da seguinte forma: A primeira etapa teve como referência e objeto de investigação o processo de Regionalização da Assistência no Estado da Bahia e da implantação das microrregiões sanitárias. Nesta etapa foram utilizados os instrumentos oficiais relacionados à Regionalização, quais sejam: PDR, PPI, PDI e o plano de regulação (PR). Na segunda etapa levantou-se informações econômicas, sociais, epidemiológicas, de financiamento e de oferta de serviços de saúde, nos bancos de dados oficiais tais como: DATASUS; SIOPS, caderno de saúde; IBGE, etc... Na terceira etapa, realizou-se entrevistas estruturadas com os gestores SUS do município sede da microrregião (Cruz das Almas) e o gestor de saúde do município de São Felix, este último por também gerir o sistema de saúde do município<sup>5</sup> desde 2006; com perguntas previamente definidas e abordando as seguintes áreas: Regionalização, oferta de serviço de saúde e impacto da regionalização na economia local.

### 1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 1.3.1 Cadeia Produtiva

O conceito de cadeia produtiva pode ser apresentado e compreendido como produto de processo sistêmico. Assim pode-se afirmar que em um dado processo de produção de bens, os diversos atores estão interconectados por fluxos de materiais, de capital e de informação, objetivando suprir um mercado consumidor final com os produtos gerados pelo sistema.

Muito embora o conceito tenha sido desenvolvido tendo como objeto o setor primário, tal conceito pode também ser aplicado para os outros setores da economia. Tal flexibilidade possibilita a utilização abrangente do conceito, permitindo a utilização das suas ferramentas para a formulação de estratégias e políticas de desenvolvimento em uma ampla gama de processos produtivos.

As cadeias produtivas são resultantes dos processos de especialização das atividades e da crescente interdependência entre os diversos agentes e da pressão competitiva do mercado por maior integração. Ele pode ser representado pelo desenho de um fluxo contínuo das atividades dentro do processo de transformação de diversos insumos e de seus respectivos produtos, em

---

<sup>5</sup> Portaria Ministerial 19/2006 DO de 14/02/2006

um cenário de coordenação e integração das atividades e/ou por um conjunto de operações técnicas. Assim Lírio (2007), define Cadeia Produtiva como:

[...] o conjunto de atividades econômicas que se articulam progressivamente desde o início da elaboração de um produto. Isso inclui desde as matérias-primas, insumos básicos, máquinas e equipamentos, componentes, produtos intermediários até o produto acabado, a distribuição, a comercialização e a colocação do produto final junto ao consumidor, constituindo elos de uma corrente.

A abordagem de cadeia de produção possibilita a compreensão de vários elementos que compõem a estrutura de análise referente a um tema, na cadeia produtiva da saúde podem ser um instrumento de descrição técnico-econômica, evidenciando as tecnologias desenvolvidas e suas capacidades produtivas, a natureza dos produtos finais e intermediários, assim mostra a estruturas de mercado utilizadas, e seus tipos de ligações. Da um recorte do sistema produtivo, permitindo identificar os agentes da cadeia produtiva e suas inter-relações, estabelece método de análise de estratégia dos agentes.

Deste modo uma cadeia produtiva é composta por segmentos classificados de forma genérica tais como: produtores, processadores, atacadistas, distribuidores; prestadores de serviços; varejistas e consumidores. De forma resumida aplica a este trabalho a compreensão de cadeia de produção como:

[...] uma sucessão de operações de transformação dissociáveis, capazes de ser separadas e ligadas entre si por um encadeamento técnico... e também um conjunto de relações comerciais e financeiras que estabelecem, entre os estados de transformação, um fluxo de troca, situado de montante a jusante, entre fornecedores e clientes. (BATALHA, 1997, p. 24).

No âmbito da saúde, no tocante a cadeia produtiva, destaca-se o trabalho realizado por Cordeiro (1980), no livro, A indústria de saúde no Brasil, como a primeira produção relevante referente a este tema. Neste trabalho o autor apontava a existência de um complexo médico-industrial configurado pela penetração da lógica econômica capitalista no âmbito da provisão de bens e serviços em saúde, destacando os serviços médico-hospitalares e a indústria farmacêutica. No da década de 2000, houve uma retomada ao tema com a publicação do livro: Brasil: Radiografia da Saúde, organizado por Negri e Giovanni (2001), cujos trabalhos abordam os diversos setores produtivos do complexo, neste livro são publicados diversos artigos elaborados pelo autores: Gadelha, Quental e Fialho (2002) e Quental, Gadelha e Fialho (2001). Compõem também a obra diversos estudos das indústrias particulares da área da saúde.



A utilização destas teorias, com aplicação destes conceitos, foram fundamentais para entender o processo de organização do setor, que passava por um processo de aproximação entre a lógica do mercado, na produção de bens semi-público, dados principalmente pela forte intervenção estatal seja na regulação e/ou na produção. Com a estruturação SUS, ampliou-se a interação entre o público e o privado, através da contratualização e/ou convênios.

Em suma segundo Gadelha (2002):

o complexo da saúde vem passando por um típico processo schumpeteriano de mutação industrial e do ambiente institucional, envolvendo o setor privado e o Estado que, de um lado, vem levando à consolidação do complexo como um conjunto articulado de setores que seguem a lógica industrial e, de outro, coloca novos desafios e oportunidades para seu desenvolvimento no Brasil.

Para esta pesquisa, tem como objeto o núcleo da cadeia produtiva da saúde que segundo Sicsú (2006, p. 190) o núcleo comporta: os hospitais, clínicas, laboratórios, centros diagnósticos e os planos de saúde, com atendimento, principalmente clínico, cirurgias e diagnósticos seguidos de urgências e maternidade.

Neste caso não trataremos aqui atividades classificadas por ele como complementar ao núcleo quais sejam:

Indústria farmacêutica, ao comércio varejista para produtos farmacêuticos, a artigos médicos e ortopédicos, ao comércio atacadista vinculado a medicamentos e equipamentos, aos financiadores e compradores de serviços (planos de saúde fundamentalmente), até atividades de informática, formação de recursos humanos e de pesquisa e associações profissionais, empresariais e de classe.

Muito embora a abordagem acerca de cadeia produtiva e seu núcleo sejam relevantes para o entendimento do objeto de estudo, os mesmos devem ser entendidos apenas como o primeiro ciclo do raio de ação das políticas públicas de regionalização da assistência saúde, ou seja, o resultado destas políticas certamente atingirá indiretamente outros agrupamentos da cadeia produtiva da saúde e/ou de outras cadeias produtivas, tais como o setor serviço de transporte, comércio.

### **1.3.2 Políticas Públicas**

As funções desempenhadas pelo Estado na sociedade moderna são amplas e diversificadas. Incluem atividades já desempenhadas nos séculos passados, tais como segurança interna e externa, as atividades como promoção do bem estar social. Neste contexto visando suprir as

possíveis “falhas de mercado” pode-se afirmar que o Estado moderno atua em áreas como: Produção de bens, sejam eles públicos e/ou semi-públicos; onde o primeiro pode ser consumido simultaneamente pela população sem gerar exclusão, a exemplo das ruas, e o segundo pela própria natureza do bem, pode ser produzido pela iniciativa privada. Quando produzido na esfera pública o Estado define regras para o seu uso, são eles educação e saúde. Regulação econômica, corresponde à ação do Estado com a finalidade de limitação dos graus de liberdade dos agentes econômicos para a tomada de decisões em um ambiente com falhas de mercado. Regulamentação e fiscalização visam organizar e monitoramento de atividades que podem ampliar o bem estar social, tais como geração de emprego e também gerar externalidades negativas a exemplo da poluição e promoção do desenvolvimento/crescimento econômico através políticas monetária, fiscais e/ou cambial.

Assim o Estado moderno está presente em diversas áreas mediando interesses conflitantes, assumindo um dimensão política, onde perpassa decisões de formas de atuação/intervenção, intensidade e principalmente o alcance. Neste contexto o instrumento utilizado para materialização destas ações são as políticas públicas.

Souza, (2006, p 24), afirma:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

A perfeita compreensão das Políticas Públicas em seus aspectos conceitual e operacional é precedida de análise dos fundamentos teóricos para sua elaboração e execução. No que concerne à elaboração e execução, as políticas públicas não estão isoladas do Estado e da sociedade, estes agentes políticos as influenciam e são influenciados. Logo, é possível observar, no resultado final deste embate, políticas públicas com forte conteúdo ideológicos e políticos.

Do ponto de vista conceitual, segundo Teixeira (2002), ressalta que as políticas podem ser agrupadas quanto ao grau da intervenção, abrangências dos benefícios e quanto ao impacto

social. Estes arranjos são fundamentais no processo de construção, implantação e acompanhamento da política. O primeiro agrupamento é subdividido em estrutural onde estão as ações voltadas a mudanças de longo prazo como renda, emprego, propriedade entre outras, e as conjunturais ou emergenciais onde estão as ações destinadas à atender situação temporária, imediata. O segundo agrupamento as classificam como universais e/ou fragmentadas, as universais são as destinadas a todos os cidadãos, e são voltados a atender a parcela da população definida por um fator, tais como: idade, condição física, gênero entre outros; já as fragmentadas são as direcionadas para grupos sociais dentro de cada segmento. Por fim, o terceiro agrupamento das políticas públicas representadas por distributivas, redistributivas e as regulatórias: as distributivas têm por finalidade alocar os benefícios individuais, as redistributivas visam redistribuir recursos entre os grupos sociais, criando equidade e as regulatórias que estabelece regras e procedimentos, definindo comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade. No Brasil o modelo metodológico de construção e análise de política pública está baseado em uma ampla discussão entre agentes políticos (governo e sociedade), este processo é chamado de ciclo de Políticas Públicas.

Souza, (2006, p. 29), apresenta este modelo e suas etapas:

Essa tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. O ciclo da política pública se constitui dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Os estágios apresentados são desenvolvidos na esfera governamental da seguinte forma: no estágio inicial na definição da agenda são estabelecidas as prioridades, através do levantamento de áreas de interesse, demandas setoriais e problemas apresentados. Neste estágio os embates são realizados a fim de definir as principais linhas de atuação das políticas públicas.

Neste sentido Teixeira (2002, p. 5) afirma:

Compreende a formação de uma agenda que pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação. É preciso entender composição de classe, mecanismos internos de decisão dos diversos aparelhos, seus conflitos e alianças internas da estrutura de poder,

que não é monolítica ou impermeável às pressões sociais, já que nela se refletem os conflitos da sociedade.

O estágio seguinte consiste na identificação de alternativas e avaliação das opções, ou seja, na formulação de políticas, uma vez tratadas, os dados coletados no embate para a formulação da agenda, são elencadas as linhas de atuação das políticas, assim como debatidas as possíveis soluções para os problemas apresentados. Uma outra abordagem é apresentada por Souza (2006, p.26) a qual afirma que: A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Na seleção de opções, são definidas as possíveis ações que serão implementadas para a resolução do(s) problema(s) apresentado(s) na agenda. No planejamento para a realização das ações são levados em consideração o montante de recursos, tempo de execução e principalmente as atividades que deverão ser desenvolvidas para a efetiva execução da ação. Ressalta-se que neste estágio não são levados em consideração apenas aspectos técnicos conforme cita Fley (2000, p. 227).

Na fase de elaboração de programas e de decisão, é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação. Normalmente precedem ao ato de decisão propriamente dito processos de conflito e de acordo envolvendo pelo menos os atores mais influentes na política e na administração. Em geral, a instância de decisão responsável decide sobre um 'programa de compromisso' negociado já antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. Decisões 'verdadeiras', isto é, escolhas entre várias alternativas de ação, são raras exceções nesta fase do ciclo político.

Uma vez selecionadas as políticas, passa-se a implantação onde são efetivadas as ações. É neste estágio que as tarefas são operacionadas. Neste processo poderão surgir inúmeros problemas, assim será necessário, por parte do executor, realizar o controle e acompanhamento, com vistas à realizar correção das ações, objetivando atingir as metas estabelecidas. Em Souza (2002) a implementação se refere como a política pública está sendo posta em prática, ou seja, à transformação da política em ação. Ela ainda afirma que:

Nem sempre os problemas de implementação estão situados no seu desenho, nas questões organizacionais e gerenciais ou em apenas em um dos principais atores que implementam a política pública, ou seja, a burocracia ou as organizações que recebem delegação do governo para atendê-la.

Por fim o último estágio, a avaliação, sendo este à mensuração dos resultados das ações, necessárias para quantificar a eficiência, eficácia e efetividade das políticas. Com estes resultados será possível definir a permanência ou não da política avaliada.

Segundo Rua (2012):

As definições de avaliação são muitas, mas um aspecto consensual é a sua característica de atribuição de valor. A decisão de aplicar recursos em uma ação pública sugere o reconhecimento do valor de seus objetivos pela sociedade.

Ainda segundo Rua (2012):

A avaliação representa um potente instrumento de gestão na medida em que pode – e deve – ser utilizada durante todo o ciclo da gestão, subsidiando desde o planejamento e formulação de uma intervenção, o acompanhamento de sua implementação, os consequentes ajustes a serem adotados, e até as decisões sobre sua manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção.

No tocante às políticas públicas do setor saúde, estas devem levar em consideração a peculiaridade do território e da população brasileira, Souza (2002, p.10) considera relevantes os seguintes fatores:

Múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

A partir da constituição de 1988, com a criação do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito a assistência a saúde integral (preventiva e curativa) e os entes federativos passam a ter responsabilidade pela implantação e manutenção do sistema. As leis nº 8.080/90 e a 8.142/90 são os primeiros instrumentos de políticas de saúde adotadas, na ótica do modelo proposto pela constituição. A primeira é conhecida como lei orgânica da saúde, enquanto que a segunda estrutura o modelo participativo em suas diversas esferas e norteia a alocação de recursos fundo a fundo, dando aos Estados e Municípios autonomia financeira.

Posterior à promulgação duas leis citadas acima, foram editadas normas infra legais, pelo Ministério da Saúde, a fim de direcionar a implantação do SUS. Destaca-se aqui a NOB de

1996 que possibilitou ao município, a gestão do seu sistema de saúde, com autonomia administrativa e financeira, mas, integrado ao sistema estadual e nacional.

Resalta aqui, a importância da Emenda constitucional 29, de setembro de 2000, como principal elemento viabilizador do sistema de saúde e de suas políticas, no formato estabelecido pela constituição. Haja vista que foi este instrumento legal que definiu a origem dos recursos para financiar o modelo SUS. Nestes documentos ficaram estabelecidos que o recurso deveria ser oriundo das receitas tributárias, onde a base vinculável é composta pelos impostos pagos deduzidas as transferências entre governos e o percentual mínimo que cada ente federativo deveria aplicar em saúde.

Em um aspecto geral as políticas públicas podem ser instrumentos de promoção do crescimento local, haja visto que estas devem atender aos anseios dos atores políticos de forma direta gerando os resultados pretendidos e de forma indireta gerar externalidades positivas para a sociedade, resultado este não pretendido pela política.

### **1.3.3 Regiões em saúde**

Para compreender o processo da RAS é fundamental compreender a definição e a construção histórica do conceito de região e regionalização, uma vez que este construto está ligado aos aspectos sociais, culturais e econômicos de cada momento histórico, elementos estes determinantes para nortear o processo de agrupamento do espaço em um cenário regional. Assim como o conceito de região, o de regionalização apresenta em seu conteúdo uma heterogeneidade social, econômica, cultural e política.

As primeiras definições acerca de regiões levavam em consideração aspectos meramente geográficos e/ou naturais, onde a análise de superfície e de paisagem específicas são os principais elementos caracterizadores da região.

Segundo Corrêa (1996) apud Chagas 2012, a partir dos anos de 1970, o conceito de região poderia ser interpretado por três grandes definições. A primeira refere-se à região como sendo a organização espacial dos processos sociais associados ao modo de produção, aqui embutido os aspectos conceituais do materialismo histórico criado por Marx. Uma outra concepção traz relação com os aspectos culturais entre um grupo e lugares particulares, criando elementos de identidade entre estes (CORREA, 1996; BEZZI, 2004). Por fim região como meio para as

interações sociais ou espaço de dominação e poder; idéia contida em Correa (1996). Aqui a região é entendida dentro da sociedade como o fator primordial para a existência da diferenciação regional.

O conceito de região adotado neste trabalho é apresentado pelo Ministério da Saúde (2009), onde se define região como recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Ressalta-se que a formação da região conforme apresentaremos posteriormente deu-se exclusivamente através da adoção de critérios técnicos.

Aqui faz-se também necessário diferenciar conceitualmente região e regionalização. Em Haesbaert (1999, p. 17):

[...] Em primeiro lugar, admitimos que regionalização é um processo amplo, instrumento de análise para o geógrafo em sua busca dos recortes mais coerentes que dêem conta das diferenciações no espaço. Por outro lado, região, como conceito, envolve um rigor teórico que restringe seu significado, mas aprofunda seu poder explicativo; para defini-la devemos considerar problemáticas como a das escalas e fenômenos sociais mais específicos (como os regionalismos políticos e as identidades regionais) entre aqueles que produzem a diversidade geográfica do mundo.

Assim a região e regionalização estão diretamente relacionadas aos interesses dos agentes envolvidos nos estudos regionais, sendo esses interesses difusões em decorrência da concepção teórica que orienta o trabalho. Podendo assim, assumir uma gama distinta de concepções conforme o período no tempo e a concepção teórica.

#### **1.3.4 Crescimento Econômico Regional**

O processo de regionalização da assistência a saúde, pode ser visto também com uma política de indução para o crescimento regional, em um contexto de investimento direto, com a criação de infra-estrutura econômica e social e/ou como realizador de despesas governamentais em bens e serviços públicos e pagamento de salários.

Como desenvolvimento/crescimento o conceito aqui adotado é o apresentado por Oliveira (2002), onde:

O desenvolvimento deve ser encarado como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social. Desenvolvimento nada mais é que o crescimento –

*incrementos positivos no produto e na renda* – transformado para satisfazer as mais diversificadas necessidades do ser humano, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, dentre outras.

Neste contexto apresentaremos a Teoria do Lugar Central (TLC) de Christaller, principal construto teórico da regionalização da assistência à saúde. Na década de 1930 na Alemanha, seguindo uma tendência apresentada pelos principais pensadores do século XVIII e XIX, que apresentavam suas teses pautadas na existência de “leis naturais superiores” que regiam o funcionamento das coisas. A exemplo de Smith e sua “a mão invisível”, Christaller em sua abordagem das distribuições geográficas das cidades daquele período, coadunavam com esta “lei”, e afirmava que estas se organizavam segundo o princípio da centralidade, onde um centro “urbano” concentrava as principais atividades industriais e de serviços da região, restando as atividades complementares para as cidades circunvizinhas.

Segundo Guimarães (2006, p.4)

A função primordial de um núcleo urbano é atuar como centro de serviços para seu hinterland imediato, fornecendo bens e serviços centrais. Estes, por sua vez, caracterizam-se por serem de ordens diferenciadas, gerando uma hierarquia de centros urbanos análoga aos bens e serviços que ofertam.

O modelo teórico proposto por Walter Christaller (1893-1969) apresenta com restrições hipotéticas: densidade populacional uniforme, ou seja, a população distribuída no espaço de polarização de forma homogênea, iso-tarifas de transportes, os custos de transportes de mercadorias são iguais independente da distância para o centro de comercialização, iso-preferências dos consumidores, os consumidores da região apresentam o mesmo padrão de consumo e iso-distribuição de renda, padrões de renda uniformes dentro do espaço polarizado. Cunha (2005) afirma que estas restrições hipotéticas induzem à não existência de comércio externo, ou seja, a demanda de bens e serviços oferecidos no lugar central é realizada pela população da região de influência do pólo urbano centralizador. Outro ponto relevante e a localização estratégica da “cidade” pólo, no centro geométrico da área de influência.

Em Cunha (2005, p.12) estão apresentados dois conceitos fundamentais para o entendimento da TLC, são eles o limite crítico da procura e o alcance do bem.

limite crítico, definido em termos do nível mínimo de demanda necessário para estimular a oferta do bem ou serviço, refletindo as economias de escala na prestação do serviço e as economias urbanas de aglomeração; e “alcance”, caracterizado como a distância máxima que se está disposto a percorrer para o usufruto do bem ou serviço, variando de acordo com a complexidade do mesmo. Assim, o limite crítico pode ser representado como



o menor círculo concêntrico que justifique a oferta do bem ou serviço e o alcance como o maior círculo concêntrico que forma a região complementar do lugar central e define sua área de influência. Esta encontra seu limite na existência de outra área de influência de um centro de igual ou superior hierarquia.

Logo a área de influência de um centro limita-se a capacidade de produção do centro com uma demanda satisfatória e o nível máximo de sacrifício que o consumidor deseja fazer para adquirir este bem.

É relevante também na análise TLC, ressaltar que os “lugares centrais” variam de tamanho, no que diz respeito a população, e a disponibilidade de serviços. A junção destes itens define a área de influência dos bens e a escala de produção. Moura (2001, p. 28) apresenta os resultados de duas pesquisas, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizadas em 1978 e 1993 e publicadas em 1987 e 2000 respectivamente, referentes à região de influência das cidades. Estes trabalhos apresentam dados empíricos referentes à estas afirmações:

É a demanda de bens e serviços por parte da população que, conforme a frequência com que se realiza, torna os lugares distintos entre si. Bens e serviços comprados ou utilizados frequentemente, presumidamente devem ser oferecidos por centros que apresentem um alcance espacial a partir de uma curta distância, com acessibilidade para um volume reduzido de população, que se localiza em área próxima e que tende a procurar centros alternativos. Ou seja “um bem comprado frequentemente implica em sua oferta por numerosos centros localizados a uma distância próxima entre si” (IBGE, 1987, p.11); já, bens e serviços de uso menos frequente caracterizam-se por apresentar alcance espacial maior, resultando em localizações mais distanciadas; e os de uso esporádico e/ou ocasional tendem a uma oferta concentrada em poucos centros, se não em um único centro compondo o papel hierárquico máximo de um sistema urbano.

Neste sentido são agrupados seguindo a “lei de mercado” os serviços especializados tais como saúde especializada, educação superior e os bens superiores tais como ópera.

O modelo teórico da TLC apresenta como limitações os seguintes aspectos: Os geográficos da região, a existências de rios, montanhas etc...; os institucionais, as fronteiras administrativas ou culturais; os de poder de compra, os rendimentos das famílias e as preferências de consumo não são homogêneas em todo o território; os de localização das atividades não comerciais (instalações militares, função pública, instituições religiosas, etc.) podem não obedecer a uma lógica diferente da dos lugares centrais; os de impacto das infra-estruturas,

influência diretamente no custo dos transportes e os de impacto das economias ou deseconomias de aglomeração vão contra o modelo (Informação verbal)<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Apresentação do Noelio D. Spinola, na disciplina Economia Regional, na Unifacs no semestre letivo 2010-1

## 2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO MODELO

### 2.1 A CONCEPÇÃO DO MODELO UNIVERSAL DE SAÚDE

A década de 1980 foi um divisor de águas para a saúde pública no Brasil, aliando com o processo de mudanças políticas com a redemocratização, a sociedade com as eleições de 1986 elegeu a saúde como bandeira de reivindicação social. No centro deste embate, duas tendências, os reformistas e os conservadores. Na VIII Conferência Nacional de Saúde o temário central versou sobre: I-A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III-Financiamento setorial, assim, várias das propostas reformistas foram ratificadas dentre as quais o modelo de prevenção à doença, um contraponto ao modelo curativista vigente até então, e o acesso universal ao sistema de saúde, contraponto ao modelo baseado na seguridade da previdência social (trabalhadores com carteira assinada).

Nunes (1998) apresenta o seguinte cenário evolutivo do processo pré constituição de 1988:

Somente em 1988 é que se promulga a nova Constituição Federal. Dois anos antes, em 1986, com a presença de cerca de 4.000 participantes, a VIII Conferência Nacional de Saúde propunha a organização do Sistema Único de Saúde e, efetivamente, no ano seguinte, 1987, é aprovado o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, pelo qual todas as pessoas passam a ter atendimento nos ambulatórios da rede básica e nos hospitais públicos e conveniados.

Outro direcionamento importante para o sistema de saúde foi à inserção de novos sujeitos sociais na arena de discussão para a definição de políticas públicas voltadas para o setor. Com isto a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política.

Bravo (2001) afirma que a 8ª Conferência representou:

Inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Bravo (2001) ainda afirma que:

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram

o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

Nesta arena os atores políticos debatiam as principais propostas para o setor, destacam-se aqui pontos como: extensão da cobertura à toda população e definição do Estado como responsável constitucional pela promoção; criação dos SUS como estratégia de reorganização do setor saúde através da descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal assim com seu financiamento efetivo e por fim a inserção de atores regionais no processo regional de decisão por meio da criação dos Conselhos de Saúde.

## 2.2 SISTEMA A PARTIR DE 1988

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde, foi iniciado a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142 de 1990, concretizado através das orientações estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 01/91, NOB/93, NOB/96) materializadas por meio de portarias ministeriais.

Constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde é um sistema público, nacional e de caráter universal baseado nas diretrizes da descentralização, com comando único em cada esfera de governo; Integralidade do atendimento; e Participação da comunidade. Albuquerque (2012. pág. 5) ratifica a estruturação apresentada:

Desde que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Somente mais recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

Teixeira (1989, p.50-51) ressalta que a constituição de 1988 apresenta pontos relevantes para a saúde tais como: direito universal à Saúde e o dever do Estado, o papel de regulamentação, fiscalização e controle das ações de saúde do poder público; a organização do SUS em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; definição da forma de participação do setor privado no sistema de saúde, como forma-se complementar às ações públicas, preferencialmente com as entidades filantrópicas e proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A constituição federal de 1988 determina em seu Art 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade.

Por outro lado, para a efetiva implementação do SUS, especialmente no que se refere ao processo de descentralização e à definição do papel das esferas de governo, deve-se considerar, pelo menos, três grandes questões: as desigualdades existentes no País e nos Estados; as especificidades dos problemas no setor saúde e as especificidades do federalismo brasileiro.

Neste sentido a NOB 93, no que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, estabelece normas e procedimentos reguladores para a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Este processo deve ser entendido como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social. BRASIL (1993). Os instrumentos para a materialização da descentralização foi a NOB 96. Este documento teve como principal objetivo promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do sistema único de saúde. BRASIL (1996).

Assim, as bases para estruturação do SUS já estavam edificadas, através de mecanismos tais como: descentralização, integralidade e de hierarquização da saúde, entretanto apenas nas

Normas Operacionais de Assistência a Saúde NOAS 01/01, que a regionalização, foi “consolidada”. No capítulo 01 a regionalização na referida norma foi assim definida:

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é sem dúvida promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Articula-se, portanto, em torno da hipótese de que, atualmente, a ampliação da responsabilidade dos municípios referente ao acesso aos serviços não só da atenção básica, tendo a regionalização como a organização funcional do sistema e fundamental para o fortalecimento do SUS.

Apesar dos avanços deslumbrados pelas NOAS 01/01, alguns pontos apresentados na norma sofreram severas críticas. Albuquerque (2011, p.6), indica as três principais: o tecnicismo na definição das regiões, foco na organização da média e da alta complexidade em detrimento da atenção básica, o foco econômico-financeiro (análise da eficiência) e a ausência da expressão política.

Apesar do mérito de introduzir uma definição de região de saúde e importantes instrumentos para o planejamento regional, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a NOAS recebeu algumas críticas, ao longo dos últimos anos, no sentido de que: 1. Os módulos assistenciais tinham uma definição muito rígida, estritamente técnica e normativa, o que dificultava a criação de regiões de saúde mais coerentes com a realidade dos lugares (BRASIL, 2004; ALMEIDA, 2005) e com a própria noção de região com conteúdos provenientes de diferentes escalas geográficas (GUIMARÃES, 2005); 2. A organização assistencial pela regionalização tinha como foco principal a média e alta complexidade em detrimento de uma visão também voltada para a Atenção Básica; 3. A NOAS tem como essência “o primado da eficácia como conceito tomado da economia, mais uma vez mantendo-se a tônica econômico-financeira sob a lógica da descentralização da saúde. (ELIAS et al, 2001, p.17); 4. As regiões criadas foram concebidas apenas como uma categoria de territorialização, sem expressão política, dificultando a descentralização da pactuação política e da efetivação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada. (PPI) (FLEURY ; OUVENEY, 2007).

Um ponto importante na análise das NOAS, diz respeito ao direcionamento do documento para a gestão da oferta de serviços de saúde no âmbito do território, esta ação certamente gera externalidade o núcleo da cadeia produtiva local, na medida em que a definição de macro e micros regiões de saúde acarretam o direcionamento de investimentos em infra-estrutura para atendimento das demandas ora direcionadas.

Na década 2000, o pacto pela saúde foi o principal instrumento de política de saúde promovida pela união, este instrumento abrangia as seguintes dimensões: pacto em defesa do SUS, pela vida e de gestão. Neste último o tópico regionalização são abordados em um prisma diferente das já apresentadas em documentos anteriores, ou seja, o tecnicismo foi deixado de lado e a ênfase foi dada à liberdade de pactuação entre os entes federados, principalmente os municípios. As regiões de saúde propostas pelo pacto levam em consideração os arranjos políticos locais e as diversidades econômica, cultural e social das regiões. Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), se constituem num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive (BRASIL, 2006), passando a ser, portanto um elemento fundamental na promoção da regionalização da saúde, atuando em conjunto com os Estados e os Municípios.

As tentativas de regionalização das ações por meios de instrumentos normativos tem como principal objetivo construir efetivamente um sistema único de saúde que abranja todo território nacional, garantindo o acesso aos serviços de saúde e diminuindo a desigualdade existente no país.

### 2.3 REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No Brasil, o processo de construção do SUS seguiu a estratégia da municipalização, através da descentralização de recurso, transferência de unidades de saúde de outras esferas (federal e estadual) e da delegação de atividades gerenciais. A normatização do SUS através das NOB's aumentou a autonomia dos municípios, mas não reduziu a iniquidade, que era o principal objetivo - aproximar a oferta de serviços de saúde às demandas específicas de cada município. As principais razões apresentadas são: os critérios de alocação de recursos que favorecem municípios com maior capacidade de oferta, as transferências de recursos tem sua maior parte vinculada ao tamanho da população e a falta de capacidade de planejamento, gestão e à

regulação dos prestadores de serviços dos pequenos e médios municípios. Cabe destacar que, por motivos lógicos (economias de escala, por exemplo), nem todos os municípios podem oferecer serviços de média e alta complexidade.

As NOAS foram editadas visando corrigir as imperfeições criadas pela NOB, fortalecendo o processo de descentralização e com vistas a garantir a equidade no acesso em todos os níveis, com ênfase à média e alta complexidade, que representam o grande gargalo da consolidação dos princípios básicos do SUS.

Nesta norma, a tentativa de integração entre os gestores dos SUS, estaduais e municipais, é evidente. A ideia central da norma é que a implantação do SUS depende da compatibilidade de três princípios: descentralização, a regionalização e a hierarquização. Sendo que o primeiro princípio tem como base a integração do município à gestão do SUS, no segundo a criação de estruturas regionalizadas de saúde (micro-região, macro-região, módulo) a fim de atender a demanda de um conjunto de municípios e, por fim, a construção de estruturas assistenciais por nível de complexidade.

A NOB segue a mesma lógica descrita anteriormente, isto é, usa o financiamento como o principal instrumento da política de saúde. É seu objetivo fazer com que parte dos recursos federais para o custeio da assistência passe a ser transferida para os Estados e Municípios, incentivando a ampliação das ações de atenção básica, a qualificação e responsabilização de microrregiões na assistência à saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor (MARQUES; MENDES, 2002).

Ressalta-se que NOAS, propõe-se a reorganizar as atividades assistenciais de forma regional. Isto é, se ela for utilizada para corrigir falhas na assistência e para apoiar as estratégias de mudança de modelo assistencial trilhadas por diversos municípios. Contudo, é importante que se considere algumas questões quanto à sua efetividade.

Assim pode-se afirmar que a estratégia principal do processo de Regionalização adotada no início 2000 pelo Ministério da Saúde foi a instauração de um sistema de planejamento integrado, construindo um sistema funcional de assistência à saúde aplicado à territórios e populações entre as três esferas (federal, estadual e municipal), promovendo, ainda, um mecanismo de regulação de fluxos de relacionamentos que garanta o acesso aos níveis de atenção necessários. Duas grandes estratégias fundamentam este processo: estruturação da



oferta de serviço e o fortalecimento da capacidade gerencial, isto é, da capacidade de regulação, planejamento, controle e avaliação, principalmente no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde.

Dado o propósito acima, Nascimento (2012) afirma que o processo de descentralização através da Regionalização dos Sistemas Estaduais de Saúde tem uma avaliação positiva, e ressalta que no passado existia a centralização da oferta dos serviços nos grandes centros, dificultando o acesso a população do interior, não havendo garantia da integralidade da assistência em saúde, visto que o modelo do sistema de saúde era voltado para a hospitalização, sem investimentos na atenção básica. O outro fator a ser considerado é o controle político da estrutura de saúde existente naquela conjuntura, onde as decisões referentes a investimentos, custeio e principalmente integração entre os municípios estavam atreladas à decisões de cunho político partidário. Batista (2012) ressalta que a regionalização é um processo positivo e que fortaleceu assistência à saúde dando mais independência ao município, entretanto indica que o subfinanciamento com o grande limitar da política de regionalização.

Além do PDR, a NOAS prevê dois importantes instrumentos de planejamento: a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Cabe destacar, que a NOAS indica a necessidade de pactuação de metas físicas e financeiras entre os municípios integrados em “regiões de saúde”. Assim, os municípios que atendem os residentes de outros municípios receberiam a correspondente contrapartida de recursos. O PDI, por sua vez, indica as necessidades de investimentos em estrutura de assistência, nos municípios garantindo a conformação de um sistema regionalizado e descentralizado.

A regionalização pressupõe a alocação de recursos em uma determinada área geográfica, visando facilitar o acesso, elevar a qualidade dos serviços e a equidade do sistema, reduzindo custos e respondendo com mais eficiência às necessidades dos usuários. A estratégia da regionalização da assistência à saúde pretende, portanto, encontrar um equilíbrio entre uma excessiva centralização estrutural e uma descentralização total dos serviços. Indiretamente estas ações acarretam em investimentos em serviços de saúde levando a contratação de serviços de apoio e mão-de-obra especializada.

Mendes (1994) define princípios básicos da regionalização através dos chamados “princípios organizativo assistenciais” da proposta do Distrito Sanitário. Entre eles, pode-se destacar: a

descentralização; o planejamento e programação local; hierarquização; intercomplementaridade; integralidade; heterogeneidade.

Ainda segundo Mendes (1994) o princípio da hierarquização fundamenta-se na possibilidade de se resolver, com eficiência, determinados problemas de saúde de complexidade e custos sociais diferenciados. A hierarquização compreenderia, segundo o autor, dois sub-princípios: o da suficiência e da insuficiência tecnológica de cada nível de atenção: cada nível possui uma suficiência resolutiva que o justifica, mas é insuficiente para atender problemas que ultrapassam sua capacidade resolutiva, demandando um nível de maior complexidade e referência e contra-referência: a hierarquização exige um fluxo e um contra fluxo de pacientes e de informações gerenciais, dentro da rede de serviços de saúde.

Mendes (2001) justifica a instituição de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde com, entre outros, os seguintes argumentos: a conjunção do espaço subestadual com o espaço supramunicipal cria a possibilidade de uma cooperação mais próxima e concreta entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de saúde; transforma a PPI num instrumento de gestão cotidiana; permite, por meio de uma ação cooperativa, ajustar a oferta de serviços de saúde, seja pela eliminação da sobre-oferta, seja pela redução da sub-oferta; permite diminuir a pressão da demanda por serviços localizados nos pólos, especialmente nas regiões metropolitanas; fortalece o papel regulatório da SES; permite melhorar o controle público. Além da gestão da clínica como instrumento funcional à integração, o autor sustenta a importância da estruturação de sistemas integrados de informação, onde se destacam as centrais de regulação, de marcação de consultas, exames e internações, e a proposta de contratação de metas.

A implantação do modelo regional de assistência a saúde proposto pelo Ministério da Saúde-MS, não foi aplicado em sua totalidade, dada principalmente a diversidade econômica e social dos municípios brasileiros. Ressalta-se ainda: a competição por recursos entre os municípios e os Estados, instabilidade de recursos para o financiamento, sobreposição de atuação em algumas áreas e ausência de atuação em outras e ausência de sistemas eficazes de controle gerencial.

## 2.4 POLÍTICAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS E DESIGUALDADES REGIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

O Brasil é um País com dimensões continentais, culturas diversificadas e densidade populacional e tecnológica bastante heterogênea ao longo do território. A Bahia também está inserida neste contexto apresentado altos índices de concentração populacional e de serviços de saúde. A constituição de 1988 a Lei nº 8080 e 8142, as NOB e NOAS estabelecem com principal critério de repasse de recursos a quantidade de habitantes (população local), fato este que acaba por agravar as distorções já existentes.

Neste contexto vale ressaltar as NOB's que introduziram duas reformas de impacto: na forma de financiamento e na estrutura para a prestação de serviço, criando a Atenção Básica e a forma de financiamento para estes serviços. No acesso à Atenção Básica, um pacote básico de serviços a serem providos pelos municípios à população com financiamento do governo federal por um pagamento fixo per capita - PAB (Piso Assistencial Básico). Já a atenção de maior complexidade (Média e Alta Complexidade - MAC), eram destinadas à municípios habilitados na "Gestão Plena do Sistema Municipal", ou seja, os municípios capazes de gerir sua rede de assistência. Ressalta-se aqui que a remuneração era por produção, onde estes recursos eram alocados pelo Estado para o município, através da Programação Pactuada Integrada (PPI). Os municípios que não eram habilitados na gestão plena tinham sua demanda por estes serviços geridos pelo Estado, através da secretaria estadual de saúde.

Segundo o World Bank (WB, 2002), a Bahia apresentou na última década, resultados significativos no estado de saúde da população, como demonstram alguns indicadores como a mortalidade infantil e mortalidade materna, entretanto, a morbidade permanece alta, atingindo principalmente a população mais pobre. Tal resultado pode ser resultado da forma de alocação de recursos adotado.

Em 2000, a Bahia gastou o equivalente de 6.7% do GDP estadual em cuidado de saúde. O setor público financia 45% desta despesa. O Governo Federal era o contribuinte maior, com 57% do total, suas transferências foram alocadas para Atenção Básica (27%), média complexidade (63%) e atenção de alta complexidade (10%). As transferências Federais para Atenção Básica vão diretamente para municípios como recursos do PAB. Dezenove das 417 municípios do Estado foram qualificadas para Gestão Plena do Sistema Municipal, e recebem 9% das transferências federais para a Bahia para atenção de Média Complexidade. O Governo de Estado na Bahia, continua gerindo dois terços das transferências federais para saúde. O governo do Estado financia um quarto das despesas públicas em saúde,

quase 80% destas são gastos em procedimentos de média complexidade realizados pela rede própria do governo do Estado. O Governo de Estado aloca só uma proporção pequena de seu orçamento para a Atenção Básica. Os Municípios financiam aproximadamente 20% do setor público de saúde do total gasto na Bahia, com seus próprios recursos. Aproximadamente quarenta por cento destes são gastos em Atenção Básica, o restante alocado a procedimentos de média complexidade. Há variações significativas do gasto per - capita em saúde entre os Municípios, isto não é surpreendente visto que há uma grande variação em população (de 2,987 a 2.25 milhões) e em condição de gestão. (19 certificados em gestão plena).

O relatório conclui ainda que existe grande desigualdades na distribuição geográfica de recursos públicos “per capita” em saúde, sendo que em algumas microrregiões consomem seis a dez vezes mais cuidados de Média e Alta Complexidade que em outras. A concentração dos recursos estaduais na folha de pagamento dos seus próprios funcionários mantém a iniquidade na distribuição geográfica, uma vez que os hospitais beneficiários tendem a se localizar nos grandes centros urbanos, como Salvador. WB (2002).

Estimativas dos benefícios recebidos pela população local sugerem que com mais ou menos 18% da população do Estado, a Região Metropolitana consome 30% das transferências federais para atenção complexa e 57% de despesas de saúde provenientes do tesouro do Estado - isto é equivalente a aproximadamente 40% dos recursos federal e estadual<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Esta estimativa é referente ao consumo de serviços pela população, e não produção de serviços pelos provedores. Importante considerar a diferença entre estes dois conceitos. Internacionalmente, gastos com saúde, são sempre concentrados em poucos lugares, onde estão concentrados os serviços e a população de pequenas localidades são encaminhadas para as grandes cidades para obtenção de serviços de maior complexidade.

### **3 ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NA BAHIA**

#### **3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE**

A adoção de um modelo administrativo regionalizado na área da saúde no Estado da Bahia remonta a década de 1970, quando se instituiu as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Inicialmente, as DIRES constituíam parte da Fundação de Saúde do Estado da Bahia (FUSEB), depois transformada no Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB) que depois foi extinto transferindo suas atribuições para a administração direta por meio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Considerando o limitado papel desempenhado naquele momento pelos municípios, a criação das primeiras 17 DIRES resultou da estratégia do Governo Estadual em organizar a assistência para a população usuária dos 315 municípios existentes na época. Atualmente, existem 31 DIRES, para 417 municípios.

Tendo em vista o momento do Sistema Único de Saúde, naquele período, sem ações que viabilizassem o acesso da população do serviço de saúde, tornou-se evidente a necessidade de reformulação desta estrutura de organização da administração regionalizada. Como parte do processo de reorganização da SESAB, visando inclusive a própria habilitação do Estado da Bahia na condição de “Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde”, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que definiu o número de Macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais de saúde, componentes da estratégia de regionalização do SUS proposto pela NOAS/01-2002.

Assim, a SESAB reorganizou as 31 DIRES existentes, sendo que 08 destas, localizadas nos municípios definidos como sede de macrorregião, terão suas estruturas reforçadas e assumirão as funções de “gestão macrorregional”. As 23 DIRES restantes, segundo a SESAB (2005), se transformarão em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Cada Macrorregião terá as CRS como subordinadas.

De acordo com a análise do arcabouço legal realizada na seção anterior, múltiplos fatores incidem e incidiram sobre a organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde no Brasil, devido, sobretudo, à própria característica e dinamismo do sistema de saúde brasileiro. Dentre estes fatores destacam-se os avanços na descentralização e nos mecanismos de

alocação de recursos existentes, refletindo, dessa maneira, na necessidade de definição de um novo perfil de atuação para as Secretarias Estaduais de Saúde com novas funções e competências.

Em outubro de 2003, o Estado da Bahia se habilitou na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde. Esta condição pressupõe novas responsabilidades e desafios às políticas de saúde no Estado. Assim, para que a SESAB possa cumprir o papel de Gestor do Sistema Estadual de Saúde, tornou-se necessário desenvolver um processo de reorganização, com qualidade e eficiência, a gerência de suas unidades prestadoras de serviços, especialmente as unidades hospitalares. Foi necessário reavaliar a gerência por administração direta de unidades de saúde na Bahia em decorrência da visível perda de qualidade dos serviços executados, num contexto de empobrecimento geral da população e de grande carência social, gerando um aumento da demanda por serviços de saúde. Tal ineficiência na administração direta tem sido agravada pela própria natureza dos serviços em questão, caracterizados pela permanente necessidade de incorporação de novas tecnologias.

Dentro deste contexto, o Governo do Estado da Bahia decidiu, dentre as opções existentes, adotar modelos alternativos de gestão na área hospitalar com o objetivo declarado de melhorar a eficiência da ação do Estado, direcionando assim, para um novo papel. No que se refere à assistência hospitalar, a estratégia estadual apóia-se em quatro modalidades distintas de gestão<sup>8</sup>: Administração direta, Municipalização, Terceirização da administração e Administração por Organizações Sociais. No período a rede hospitalar era composta de 45 unidades, sendo que 30 hospitais são mantidos sob sua administração direta, sendo 10 com mais de 150 leitos, 10 de médio porte e 10 hospitais de pequeno porte, os quais poderiam vir a ser municipalizados. Ainda sob sua administração direta, a SESAB mantém 12 Unidades Especiais de Atenção à Saúde, tais como o Centro de Referência da AIDS (CREAIDS), Centro Estadual de Oncologia (CICAN) e Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI).

Assim, a lógica deste modelo de atenção à saúde do Governo do Estado da Bahia, sugeria que a necessidade de administrar uma rede desse porte dificultaria o papel da SESAB de gestor do Sistema Estadual de Saúde. Esta é a principal justificativa da Secretaria de Saúde para a separação da função “prestação de serviços” (hospitalares e outros) da função de “Gestão do Sistema Estadual de Saúde”.

---

<sup>8</sup> PDR e PTI

Nesse sentido identificam-se nos documentos oficiais disponíveis, referenciados pela Lei Orgânica da Saúde e o atual estágio de organização do Sistema Único de Saúde, com destaque para a NOAS-01/02, as grandes funções que devem integrar o papel da SESAB como órgão condutor do Sistema Estadual de Saúde, quais sejam: Planejamento e orçamento, relação com os municípios, gestão e gerência, normas técnicas e padrões de qualidade, desenvolvimento de recursos humanos para o SUS no Estado, vigilância à saúde, comunicação e ações administrativas e para infra-estrutura própria.

Dentro deste contexto, a SESAB reestruturou sua proposta em função de dois fatores, quais sejam: o processo de descentralização em andamento que tem levado a transferência de algumas unidades para a gerência municipal; e a adoção de novas modalidades para a gerência da rede própria, por meio da terceirização para empresas privadas ou de parcerias com organizações sociais totalizando 15 unidades.

Entretanto, este modelo de assistência ampliou a necessidade de pessoal no nível central, uma vez que as novas modalidades de administração pressupõem uma regulação e fiscalização das parcerias celebradas. Nesse sentido, caberá a SESAB fazer a gestão dos serviços delegados, ou seja: elaborar, celebrar e controlar os contratos de gestão celebrados com os Municípios e organizações sociais e elaborar, celebrar e controlar contratos com empresas responsáveis pela gerência terceirizada de unidades próprias.

No tocante a esta estratégia, o principal fator limitante refere-se a dificuldade de gestão apresentado pelos municípios, o que tem levado a SESAB a reassumir unidades antes municipalizados. Assim, a proposta para o nível central da administração estadual centrou-se na readequação de setores com destaque para as funções de planejamento, regulação e apoio aos sistemas municipais de saúde, com prioridade no plano assistencial para a Atenção Básica.

### 3.2 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES

O Plano de Saúde é a expressão concreta do processo de planejamento da saúde no Estado, um instrumento necessário cuja formulação e implementação possibilita a qualificação da gerência e gestão do SUS. Assim, é instrumento referencial para discussões e reflexões que resultem em ações concretas, execução, monitoramento, e avanço do SUS. Este Plano direciona as políticas de saúde, com vistas a atender as necessidades de saúde da população,

assim como, o financiamento do setor. A construção deste documento tem como base as atribuições definidas no Termo de Compromisso de Gestão e os objetivos e metas assumidos no Pacto pela Saúde, além da busca de efetivação das propostas e diretrizes da Conferência Estadual de Saúde.

A formulação do PES, que deve respeitar um processo ascendente de elaboração, apresenta uma série de etapas, entre elas: Construção de análise de situação de saúde com base macrorregional (perfil epidemiológico, demográfico e sócioeconômico; diagnóstico da organização dos serviços – atenção básica, MAC ambulatorial e hospitalar). Definição das diretrizes prioritárias com base nos relatórios da Conferência Estadual de Saúde, Conferências Setoriais (saúde bucal, Ciência e Tecnologia, Assistência Farmacêutica), Agenda Estadual de Saúde, Documento de Diretrizes do Plano Nacional de Saúde, além de Relatório de Gestão e da Análise da Situação de Saúde. Estas diretrizes serão distribuídas de acordo com os seguintes grupos temáticos: Estado e saúde da população, Organização dos serviços – modelo de atenção, Gestão do sistema de saúde, Gestão do trabalho e educação permanente em saúde e Controle social do SUS.

### 3.3 AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE

Constitui-se em um instrumento norteador da construção do PES, ao explicitar diretrizes e compromissos prioritários para a gestão. A habilitação do Estado da Bahia na condição de Gestão Plena do Sistema exige novas competências e capacidades político-institucionais para o exercício de ações coordenadas e de cooperação, com destaque para a responsabilidade regulatória.

A Agenda Estadual de Saúde se constitui em um instrumento de planejamento e de gestão ao contemplar proposições políticas do governo estadual para a área de saúde, traduzidas em compromissos prioritários, objetivos, atividades estratégicas, indicadores e metas. Neste contexto, passa a ser um instrumento político e democrático de pactuação de ações prioritárias com prestadores, usuários e profissionais de saúde, na medida em que se submete a mesma à apreciação do Conselho Estadual de Saúde, Ordenador da atuação da SESAB, que passa a redirecionar sua atuação para o alcance dos objetivos propostos e Eixo norteador da atuação



dos municípios, que utilizarão o referencial da Agenda Estadual para construir suas próprias Agendas.

A materialização da agenda se dá por meio do Plano Operativo, que é um instrumento que detalha as principais operações e os respectivos recursos financeiros necessários à concretização dos objetivos propostos na Agenda. Tem como principal objetivo dar visibilidade às atividades estratégicas contidas na Agenda, bem como nortear o trabalho dos técnicos da SESAB.

### 3.4 PLANO DIRETOR REGIONAL

É um instrumento previsto na NOAS 2001 (PORTARIA Nº 95 de 25/01/01), para diminuir os problemas de acesso a saúde e iniquidade de acesso. Assim o principal objetivo é organizar um sistema de saúde que leve em conta as desigualdades existentes nos municípios brasileiros, tanto do ponto de vista gerencial quanto da capacidade de ofertar os serviços demandados pela população.

(Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção) ... (Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional) ... (para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde – SES).

Desta forma o processo de regionalização da assistência, passa a ser a principal estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, a ser desenvolvida em todo o território nacional. Assim, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é posto como o principal instrumento de organização deste processo nos Estados e no Distrito Federal. No âmbito estadual, as Secretarias Estaduais de Saúde é a responsável pela elaboração, submissão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e encaminhado ao Ministério da Saúde.

A necessidade de implantação de um modelo regional de assistência à saúde na Bahia, levou a SESAB em consonância com a CIB, elaborar PDR 2004, previsto na NOAS. Neste documento, foi necessário à definição do modelo organizacional/operativo do Sistema de Saúde. Assim foi definido conforme PDR 2004, as macrorregiões, microrregiões, módulos assistências e municípios satélite. Na composição territorial de cada unidade administrativa de saúde, o documento apresenta os aspectos geográficos e sócioeconômicos e principalmente a oferta de serviços de saúde já instalado, como relevantes para a definição.

Do ponto de vista geográfico, isto é, do espaço físico, a lógica de delimitação territorial tomou como referência as características demográficas e socioeconômicas das diversas áreas territoriais do Estado, o que conduziu à delimitação de Macrorregiões, compostas por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade que seja um centro (s) polarizador (es) das atividades socioeconômicas da Macrorregião, considerada, para efeito do processo de regionalização da assistência à saúde como “cidade ponto de partida” para a delimitação das Macrorregiões. Desse modo, a cidade “ponto de partida” em geral dispõe de serviços de saúde de alta complexidade ou está incluída na relação dos municípios que serão alvo de investimentos nos projetos de reorganização da atenção de urgência/emergência e atendimento à gestante de alto risco, áreas prioritárias em função do quadro epidemiológico da população e da busca de redução da mortalidade materna e por causas externas. Do ponto de vista da organização da prestação de ações e serviços de saúde, isto é, da lógica organizacional e programática do sistema de serviços de saúde, o elemento de referência é o grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios.

Desta forma foi definido no documento os seguintes conceitos para as regiões administrativas: **MACRORREGIÕES**, compostas por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma ou mais cidades centro(s) polarizador(es) de serviços de saúde de alta complexidade, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, projetos de reorganização da atenção de urgência/emergência e atendimento à gestante de alto risco; **MICRORREGIÕES**, constituídas pelos Módulos Assistenciais, com a identificação dos municípios "pólos" destas Microrregiões, cujo sistema municipal de saúde disponha dos serviços de média complexidade necessários ao estabelecimento da referência e contra referência de pacientes nos diversos módulos assistenciais; **MÓDULOS ASSISTENCIAIS**, também estes com a identificação dos municípios "sedes", responsáveis pela atenção "mínima da média complexidade" à população da sua respectiva área de abrangência e englobando um ou mais municípios que atendam aos critérios definidos e aprovados na CIB-BA, para esta composição e **MUNICÍPIOS SATÉLITES**, componentes dos Módulos Assistenciais.

A definição dos municípios sede de macrorregiões, de microrregiões e dos módulos assistenciais de saúde foi definida através da definição de um conjunto de critérios técnicos que deveriam ser observados tais como: definição das cidades consideradas “sede” para o desenho das macrorregiões, as quais deveriam ter oferta de procedimentos de alta complexidade ou oferta de leitos de UTI ou participar do projeto de gestação de alto risco ou participar do projeto de urgência e emergência do Estado, avaliação do acesso viário (ênfase ao rodoviário) aos municípios que dispunham de serviços de alta complexidade, avaliação fluxo de pacientes de alta complexidade no Estado, municípios de origem e de destino definindo assim área de influência do bem e provável sede de macrorregião.

Na definição dos possíveis municípios candidatos à pólos das Microrregiões de Saúde, considerou-se que o município deveria preencher os seguintes requisitos aprovados na CIB-BA: possuir leitos de internação credenciados ao SUS, nas quatro especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Obstétrica e Clínica Cirúrgica), ter realizado parto cesariano no ano 2000, dispor de população igual ou superior a 35 mil habitantes ou ser sede de DIRES. Com base nesses critérios, a SESAB identificou (58) os municípios de poderiam vir a ser pólos de Microrregiões. Entretanto segundo o PDR 2004, 28 delas, além de estarem muito próximas umas das outras, quando na análise do fluxo de AIH, mesmo tendo apresentado internações nas quatro especialidades, não se caracterizavam como principais referências. Assim visando uma distribuição mais equânime no território o grupo de trabalho. Diante disso, aprovou-se na CIB-BA que, quando necessário, o critério de desempate seria a identificação do município que apresentasse o maior fluxo de AIH's e maior suficiência de procedimentos definidos no Anexo III da NOAS 01\2002 e assim ficou, inicialmente definida a configuração de 30 microrregiões no Estado. Finalmente, a partir das informações acerca do restante dos municípios do Estado, tratou-se de desenhar as microrregiões, em torno dos possíveis “municípios pólos”, levando-se em conta novos critérios aprovados pela CIB-BA, quais sejam: a contigüidade entre os municípios de uma dada microrregião, a ligação entre os municípios por trechos da malha rodoviária, a aglutinação de uma população em torno de 250 mil habitantes, a existência de um fluxo de usuários dos serviços de saúde dos diversos municípios, especialmente o fluxo de demanda por internação para os municípios pólo. Assim, a proposta final (2002), contemplou a 31 microrregiões.

Para a conformação dos módulos assistenciais, foram obedecidos os critérios para a seleção dos municípios sede, aprovados na CIB-BA: ter população maior ou igual a 30 mil habitantes

e estar habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Após a identificação dessas cidades, observou-se que, para algumas microrregiões, novos critérios deveriam ser aprovados, uma vez que as mesmas apresentavam situações especiais, ou por se apresentar com poucos municípios que atendiam aos critérios eleitos, ou porque os que atendiam, geograficamente, eram distantes dos outros municípios da microrregião. Para essas situações especiais, elegeram-se como sede de módulo os municípios que apresentavam em seu território hospital realizando internações nas três especialidades básicas – pediatria, clínica médica e obstetrícia com parto normal – e que ofereciam, no mínimo, 25% dos procedimentos do Anexo III da NOAS. Com base nos critérios de base populacional e condição de gestão foram eleitos 87 “municípios sede” e, utilizando-se outros critérios selecionou-se outros 35 municípios, totalizando 122 “municípios sede” de módulos assistenciais.

Em 2003, após a realização da PPI, o PDR sofreu novas alterações, o que se configurou num novo desenho geográfico no Estado, com o desmembramento de duas em três macrorregiões, o acréscimo de uma microrregião e três módulos assistenciais, perfazendo assim, um total de 07 macrorregiões, 32 microrregiões e 125 módulos assistenciais. Em 2005 a SESAB, promoveu mudanças no PDR, subdividindo a Macrorregião Nordeste em 2, passando o Estado a contar com 8 macrorregiões, mas permaneceram 32 microrregiões e 125 módulos assistenciais.

Tabela 1 - Evolução quantitativa da distribuição territorial das Macros, Microrregião e dos Módulos Assistências do Estado da Bahia no período de 2002 à 2011

<b>Unidade Territorial</b>	<b>2002 PDR</b>	<b>2003 PPI</b>	<b>2004 PDR</b>	<b>2005 PDR</b>	<b>2007/2011 PDR</b>
MACRORREGIÃO	06	07	07	08	9
MICRORREGIÃO	31	32	32	32	28
MODULO ASSISTÊNCIAL	122	126	126	125	00

Fonte: Elaboração Própria (2012).

Já o PDR elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, para o período 2007 à 2011 e atualmente vigente, dividiu o Estado em 9 (nove) macrorregiões, 28 microrregiões, em relação ao período anterior foram criadas 2 (duas) novas macrorregião a Centro norte e Leste, neste documento os principais objetivo são contribuir para o desenvolvimento de Regiões Sanitárias com maior grau de autonomia e maior resolutividade, integrar Regiões Sanitárias e Regiões Administrativas e contribuir para construção da integralidade das ações e serviços de saúde na região. Assim para a construção das novas regiões sanitárias, foram estabelecidos os seguintes critérios: As microrregiões em que o

número de habitantes for superior a 600.000, divide-se a microrregião em duas, sendo a referência o município de maior número de habitantes, nos vazios territoriais de raio maior que 100 km admite-se a construção de microrregião partindo do município de maior número de habitantes, se numa micro houver mais de um município com população superior a 70.000 habitantes, prevalece o maior, nos casos referidos acima, quando a diferença de população entre os municípios maiores for inferior a 10.000 habitantes, considera-se como MR o que tiver a maior capacidade instalada. O resultado da adoção dos critérios estabelecidos pela SESAB e aprovado na CIB esta apresentado na tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição dos Municípios por Macro e Microrregião da Bahia período de 2007 à 2011

<b>Macrorregião</b>	<b>N.º Micro</b>	<b>N.º de Municípios</b>	<b>População</b>
Centro Leste	4	73	2.190.186
Centro Norte	2	38	803.074
Extremo Sul	2	21	746.811
Leste	4	48	4.659.442
Nordeste	2	33	824.349
Norte	3	27	1.060.398
Oeste	3	37	893.740
Sudeste	4	73	1.749.354
Sul	4	67	1.710.010
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>417</b>	<b>14.637.364<sup>9</sup></b>

Fonte: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>

### 3.5 PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO

O Plano Diretor de Investimento - PDI é parte do PDR, nele estão contidas as propostas e destinação dos recursos de investimentos necessários para a execução do PDR, assim como, as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, ou seja, dever garantir a implementação do PDR, a curto e longo prazo.

<sup>9</sup> Tendo em vista que população e uma das variáveis utilizadas para alocação de recursos na saúde, o Ministério da Saúde MS adota as estimativas censitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, os dados populacionais apresentados acima são referentes à Resolução N° 7, de 11/08/2009, DOU de 14/08/2009, População estimada 2009.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também às necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR, conter a descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.

Assim o gestor estadual através deste instrumento direciona recursos, comprometendo-se a fortalecer com suporte tecnológico compatível e com infra estrutura de assistência ambulatorial, as sedes dos módulos assistenciais e pólos de microrregiões, potencializando assim a oferta desses serviços, visando o atendimento aos usuários o mais próximo da sua residência.

### 3.6 PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

A programação pactuada integrada (PPI), entendida como um instrumento de planejamento das ações e serviços de saúde, é uma norma que representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do Estado, independente de sua condição de gestão. No Estado da Bahia a primeira versão foi realizada de forma descentralizada por Macrorregião de saúde em 2003, provocando ajustes no PDR, aprovado no ano anterior.

Em linhas gerais constam na Portaria GM/MS nº 1.020/02, como principais objetivos da PPI:

Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, orientar a alocação de recursos financeiros federais de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população, explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS destinados às ações e serviços de saúde, consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde, mediante a adequação dos critérios de distribuição dos recursos, dando concretude à conformação de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, explicitar o pacto estadual quanto à definição do comando único de forma coerente com as condições de habilitação e definir os limites financeiros globais para assistência de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento à população do próprio município, em seu território e pela parcela

correspondente à programação das referências de outros municípios, de acordo com o previsto na NOAS/SUS 01/02.

Constam ainda no mesmo documento citado acima que são diretrizes gerais:

Integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e Município, de forma ascendente, coerente com os respectivos Planos Estadual e Municipais de Saúde, Agenda de Saúde e Quadro de Metas para o ano correspondente, orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades, assegurar que as diretrizes, objetivos, prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros assistenciais para a programação sejam submetidos à aprovação da CIB e Conselhos de Saúde e ser coordenado pelo gestor estadual e que seus métodos, processos e resultados deverão ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, em cada Unidade Federada.

Logo a construção deste instrumento de planejamento deve seguir três etapas: No âmbito da CIB, os gestores estaduais e municípios estabelecem os critérios para a macro alocação de recursos e para a assistência a média complexidade nas referidas macros, atendendo às delimitações das políticas de saúde estabelecida nos planos estaduais de saúde, planos plurianuais, pacto da atenção básica, planos diretores de regionalização e demais instrumentos do planejamento. Posteriormente no âmbito municipal, os seus respectivos gestores adaptam os parâmetros de alocação de recursos e assistência à média complexidade, às especificidades locais e promovem a pactuação das referências intermunicipais, por meio de fóruns regionais e ou microrregionais. O processo deve resultar na composição dos tetos municipais e na formalização dos pactos. No âmbito estadual a SES compatibiliza as programações municipais, à consolidação do teto estadual, definindo os limites financeiros assistenciais. Em linhas gerais, a PPI só terá utilidade prática se refletir os fluxos estabelecidos e for acompanhada sistematicamente.

### 3.7 PLANO ESTADUAL DE REGULAÇÃO

A Regulação da assistência à saúde é uma importante ferramenta de gestão e qualificação do sistema, contribuindo para garantir a assistência integral e equitativa à população. Estes princípios passaram a ser abordados, do ponto de vista normativo a partir das Normas operacionais, NOAS 01/2001 a NOAS 01/2002 e posterior Pacto pela Saúde.

As NOAS tinham como objetivo reduzir o impacto gerado pelo processo de fragmentação da gestão pública existente com os normativos anteriores. A hierarquização dos serviços por nível de complexidade e a regionalização da assistência a saúde, induziu a construção e

estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência (intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais), que deveriam estar previstos no PDR, com as devidas previsões financeiras no PPI. Estas ações evidenciaram a necessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos fossem efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a demanda e a capacidade física instalada. Estas normas afirmam ainda que as ações de regulação assistencial devem ser estruturadas, por meio da implantação de Complexos Reguladores, estes com uma ou mais centrais de regulação, que, por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames e de leitos.

No Pacto Pela Saúde houve uma retomada nas abordagens de aspectos gerenciais do SUS, com o aprimoramento das ferramentas e mecanismos de gestão e concomitantemente reforçam a estruturação e organização do sistema. As ações previstas no plano visavam a consolidação dos processos de regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação (PDR, PPI e PDI), possibilitando a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde nos estados.

Em 2008 o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS Nº 1.559/2008, instituiu a Política Nacional de Regulação, a qual abordava três eixos estruturantes: O recursos para a implantação (Portarias GM/MS Nº 1.571/2007 e a Nº 2.907/2009) e para o custeio dos Complexos Reguladores; Instrumentos para a operacionalização dos Complexos Reguladores (PDR, PPI, PCEP, Contratos/Contratualizações, Protocolos, CNES, CNS, PNASS, SISREG) e programa de capacitação permanente de recursos humanos.

Em 2011 foi editado o Decreto Nº 7.508 que regulamenta a Lei Nº 8.080/90, mostrando a importância da regionalização e hierarquização na organização do SUS. A regionalização apresenta o conceito de “Região de Saúde”, apresentado segunda Art º2, I:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Nesta região deve conter as ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. No que tange a hierarquização, o referido decreto cita no Art.8º:



O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

O referido decreto também determina que o acesso às ações e serviços de saúde seja ordenado pela atenção primária e referenciado aos serviços de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados pelas portas de entrada.

No âmbito do estado da Bahia visando aprimoramento e integração dos processos de trabalho; fortalecer instrumentos de gestão do SUS que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, fortalecer processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde a Secretaria Estadual da Saúde através da SUREGS DIREG instituiu a Política Estadual de Regulação do SUS através da Portaria nº 1.080 de 02 de agosto de 2011.

A Política trata das diretrizes e princípios definidores da Regulação Estadual. Aborda como eixos principais: processos de trabalho e fluxos (operacionais e de comunicação) nas esferas estadual e municipal, financiamento e transporte.

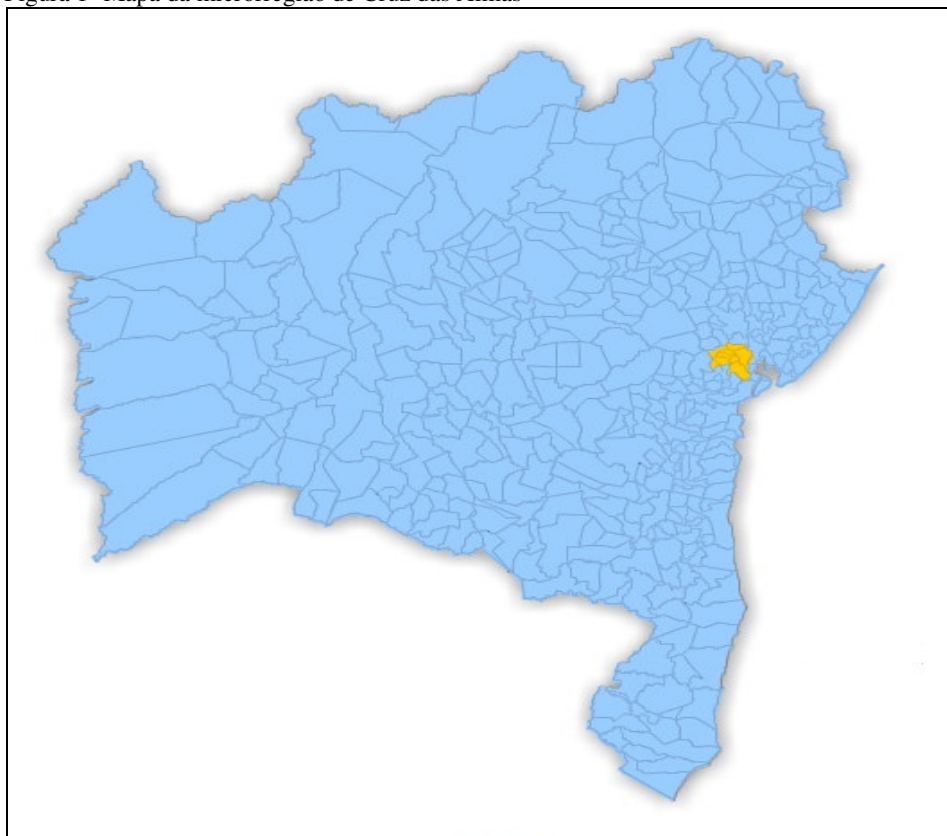
A operacionalização da Política é definida no Plano de Regulação da Assistência e o Manual de Implantação dos Complexos de Regulação, ambos elaborados e consensuados entre a Secretaria Estadual da Saúde - SESAB e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS. É necessária a sistematização de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação da implementação desta Política. Esse processo exigirá a definição de metodologia, parâmetros e indicadores específicos para a avaliação da Política. Grande parte das informações referentes ao processo de acompanhamento e avaliação deverá ser produzida nos Complexos Reguladores e no interior das várias unidades assistenciais de saúde que operacionalizarão esta Política Estadual.

A Política Estadual de Regulação aprovada na Resolução CIB Nº 140/2011 publicada na Portaria Estadual Nº 1.080 de 02/08/2011 define as diretrizes e princípios norteadores da Regulação para o estado da Bahia, enquanto que a implementação e operacionalização estão estabelecidas no Plano de Regulação da Assistência a ser consensuado no Conselho dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, Comissões Intergestores Regionais – CIR e Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

#### 4 A MICRORREGIÃO ANTES E DEPOIS DA REGIONALIZAÇÃO

A microrregião de Cruz das Almas, esta inserida na Macrorregião Leste, a sede Cruz das Almas dispõe de serviços de média complexidade necessários ao estabelecimento da referência e contra referência de pacientes nos municípios circunvizinhos (Conceição da Feira, Cachoeira, Cabaceiras do Paraguaçu, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Muritiba, Maragojipe, São Félix e Sapeaçu).

Figura 1- Mapa da microrregião de Cruz das Almas



A área indicada no mapa corresponde a 1.917km<sup>2</sup>, 0,34% da área do Estado que é de 571,643Km<sup>2</sup>, estando sua sede à 152 km da capital do Estado, Salvador, as principais vias de acesso a capital do Estado são BR 101 e BR 324.

#### 4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Os nove municípios que compõem a micro região são de pequeno porte com média populacional abaixo de 30.000 habitantes no período 2000 e 2010(26.089 e 27.841), quatro municípios tinham população acima da média sem, no entanto, haver grande discrepância entre o município de maior população e o de menor, Cruz das Almas e Cabaceiras do Paraguaçu em 2000 e Cruz das Almas e Sapeaçu em 2010 respectivamente.

Tabela 2 - Microrregião de Cruz das Almas Bahia, PDR 2007/2011

Unidade Territorial de Análise	N.º Micro	N.º de Municípios	População		
			Censo 2000	Estimativa IBGE	Censo 2010
Bahia	28	417	13.070.250	13.815.260	14.637.364
Macrorregião Leste	4	48	3.846.853	4.222.512	4.659.442
Microrregião		9	234.798	248.265	250.565
Cruz das Almas			53.049	57.556	58.606

Fonte: Elaboração Própria

Segundo os CENSOS realizados pelo IBGE em 2000 e 2010, a população da micro região correspondem à 234.798 e 250.565 habitantes respectivamente, no período houve um decréscimo da participação percentual desta população na população do Estado (1,80% em 2000 para 1,7 em 2010). Quando comparada participação da população da microrregião em relação a macrorregião a tendência permanece (6,10% em 2000 e 5,38% em 2010). Tais fatos podem estar ligados a dois fatores quais sejam:

Processo de migração em decorrência da decadência econômica da região que segundo Araújo (2007).

A região do Recôncavo baiano durante muito tempo, no século XVIII, se caracterizou por sustentar a economia da Bahia com a produção açucareira. Nesse contexto, Santo Amaro representava um dos mais importantes centros econômicos do estado. Os impactos observados no município, com o declínio da produção açucareira, contribuíram para o baixo dinamismo econômico de Santo Amaro que, atualmente, sustenta-se na atividade agrícola e produção agro-industrial (destaque para a reativação e ampliação dos complexos madeireiros, voltados para o setor de papel e celulose, no período de 1995-2000), além de sua localização próxima a Feira de Santana e a Salvador. Assim, apesar de Santo Amaro, junto com Cruz das Almas,

assumirem papéis como subespaços de apoio à região econômica Recôncavo Sul (RS), oferecendo serviços médico, hospitalar, educacional e comercial, o município apresenta o mais significativo saldo migratório negativo, enquanto que Cruz das Almas mostra saldo migratório intra-estadual positivo, porém pouco expressivo quando comparado ao exibido por Santo Antonio de Jesus. Essa situação pode, talvez, ser entendida devido à condição assumida por Santo Antonio de Jesus, que se sobressai por estar localizado num dos eixos rodoviários estruturantes do estado, BR-101, onde a proximidade com os municípios de Feira de Santana e Salvador facilita sua função de centro urbano abastecedor de mercadorias e serviços às áreas circunvizinhas. Cruz das Almas, por sua vez, constitui-se como sub-espaco cujo papel central de oferecer serviços institucionais, educacionais<sup>10</sup>, saúde e comércio são resultantes de sua condição de centro urbano de importância local.

E o agravado pela diminuição da taxa de fecundidade observada no período IBGE (2010).

O número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil, no Brasil, foi de 1,86 filho em 2010, bem inferior ao do Censo 2000, 2,38 filhos. O declínio dos níveis de fecundidade ocorreu em todas as grandes regiões brasileiras. Os maiores declínios foram observados nas regiões Nordeste e Norte, que possuíam os mais altos níveis de fecundidade em 2000. Entre as unidades da federação, a mais baixa taxa de fecundidade pertence ao Rio de Janeiro (1,62 filho por mulher), seguido por São Paulo (1,63) e Distrito Federal (1,69). A mais alta foi a do Acre (2,77 filhos por mulher). O padrão de fecundidade das mulheres brasileiras também sofreu alterações entre 2000 e 2010. A tendência observada até então era de rejuvenescimento, isto é, uma maior concentração dos níveis de fecundidade nas idades mais jovens. Em 2010, ocorre uma mudança, e os grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade, que concentravam 18,8% e 29,3% da fecundidade total em 2000, respectivamente, passaram a concentrar 17,7% e 27,0% em 2010. Para os grupos de idade acima de 30 anos, observa-se um aumento de participação, de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010.

Já o município sede da microrregião, apresentou um comportamento inverso ao apresentado pela macro e microrregião, ou seja, houve no período um acréscimo na população total que passou de 53.049 habitantes em 2000, para 57.556 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 2005 e 58.606 habitantes em 2010. Foi o município que mais cresceu em número de habitantes (5.557), tem a maior população da microrregião nos dois períodos de entre Censo aqui analisado (53.049 em 2000 e 58.606 em 2010). Em termos percentuais houve decréscimos na participação da população do município na população do estado (0,41% - 2000, 0,42% - 2005 e 0,40% - 2010 respectivamente) e na macro (1,38% - 2000, 1,36% - 2005 e 1,26% - 2010). Entretanto quando comparada a população da micro tal fenômeno não se apresenta, o que se verifica é a ampliação que passou de 22,59%, 23,18% e 23,39% respectivamente. Os dados apresentados acima relevam no aspecto populacional (quantitativo

<sup>10</sup> Destacou-se durante muito tempo por contar com a escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), única do estado, localizada no município. Esta atraía estudantes de várias regiões da Bahia, impactando positivamente a geração de renda municipal (SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, 1997).

e percentual), que Cruz das Almas tem perfil diferente na microrregião. Tal fato está ligado diretamente ao processo de migração para este município em virtude da implantação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)<sup>11</sup> ocorrido 2005, mas com ampliação do número de cursos e vagas na antiga escola de agronomia no primeiro período em análise.

Tabela 3 - Densidade Demográfica da Microrregião de Cruz das Almas, População Censo de 2000 e 2010 e Estimativa populacional 2005

Unidade Territorial de Análise	Área (KM <sup>2</sup> )	População			Densidade		
		2000	2005	2010	2000	2005	2010
Bahia	571.643	13.070.250	13.815.260	14.016.906	22,86	24,17	24,52
Macrorregião leste	16.453	3.850.601,00	4.222.512	4.357.703	234,04	256,64	264,86
Microrregião	1.917	234.798	253.919	250.565	122,48	132,46	130,71
Cruz das Almas	173	53.049	57.556	58.606	306,64	332,69	338,76

Fonte: Elaboração Própria (2012).

A densidade demográfica da microrregião no período passou de 122,48 habitantes/Km<sup>2</sup> no censo 2000 para 130,71 habitantes/Km<sup>2</sup> no censo 2010, acima da média baiana que é de 22,86 e 25,61 habitantes/Km<sup>2</sup> respectivamente. A sede da micro, o município de Cruz das Almas é o que possui a maior densidade demográfica 306,64 e 338,76 e a que apresentou o maior acréscimo absoluto, destaca-se aqui a implantação da UFRB no município.

<sup>11</sup> A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB é uma Autarquia, criada pela Lei 11.151 de 29 de julho de 2005, por desmembramento da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia, com sede e foro na Cidade de Cruz das Almas, no Estado da Bahia, e unidades instaladas nos Municípios de Santo Antônio de Jesus, Amargosa e Cachoeira, são implementados a partir do segundo semestre de 2006 conforme tabela abaixo. Em 2010 seguindo proposta inicial de implantação e adesão da instituição ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a universidade apresenta a perfil a seguir:

Quadro comparativo			
Período de análise		2006	2010
Números de Servidores		254	935
Discentes Matriculados	Graduação	1.276	4.932
	Pós Graduação	29	474
Números de Cursos	Graduação	16	33
	Pós Graduação	2	13
Orçamento		17.726.378	127.179.415
Fonte: PROPLAN/UFRB			

Tabela 4 - Variação Populacional 2005 e 2010

Unidade Territorial de Análise	Variação da população	
	Variação percentual %	Crescimento / decréscimo de Habitantes
Bahia	1,46	201.646
Macrorregião leste	3,20	135.191
Microrregião	-1,32	-3.354
Cruz das Almas	1,82	1.050

Fonte: Elaboração Própria (2012).

A tabela acima apresenta a variação percentual e quantitativa da população da micro, merece destaque o acréscimo populacional no município de Cruz das Almas e redução da população de Muritiba.

Ressalta-se aqui que o principal critério utilizado para alocação dos recursos para a assistência ambulatorial e hospitalar do sistema de saúde municipal conforme estabelecido na NOB 1996, são os valores “*per capita*” nacional, definidos para as transferências efetuadas fundo a fundo - Fundo nacional, estadual e municipal de saúde- onde o teto financeiro pode ser executado segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos. O primeiro, que trataremos aqui, representa o maior fluxo de recursos conforme veremos na seção 5.2.2.1, consiste na transferência de valores diretamente aos fundos, independente de convênio ou instrumento congênere. Aqui destacado as transferências por meio do Piso Assistencial Básico (PAB)<sup>12</sup> e o Incentivo aos Programas

<sup>12</sup> O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional. O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor per capita nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>13</sup>, conforme citado abaixo respectivamente.

Ainda em uma abordagem de aspectos demográficos, apresentaremos a seguir algumas tabelas cujos dados referem-se a recortes da população. Tais análises são importantes visto que os aspectos apontados estão inseridos em um contexto nacional, e são objetos das políticas públicas. Ripsa (2009) apresenta as transformações ocorridas no país.

O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0, em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para essa mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher, que não são estudados neste informe.

No aspecto rural e urbano, é importante perceber o quanto, ao nível das necessidades de saúde, as comunidades rurais diferem das comunidades urbanas. Kassouf (2005) apresenta os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 1998, onde são apontadas que: quanto ao estado de saúde, a população entre 40 e 60 anos a população do meio rural avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim e 36,8% como regular. Na área urbana 6,3% avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim, 29,1% como sendo regular e, os demais (64,6%), como bom e muito bom. No tocante a realização de atividades nas últimas duas semanas, 8,9% desta população da rural foi afetada, conta 8,2% na área urbana. Na faixa

---

<sup>13</sup> Para o PSF e PACS, fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS. a) Programa de Saúde da Família (PSF): • acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município. b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município. c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma. Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor per capita nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

etária de 20 anos ou mais, a incidência é de mais indivíduos com problemas de coração, pressão e problemas mentais na área urbana do que na rural. Na área rural, a falta de esgoto e água encanada é bem maior do que na urbana, o que pode levar a porcentagem maior de indivíduos com diarreia e vômito. As dores nos braços ou mãos também podem ser consequência de um maior trabalho braçal no meio rural. Por outro lado, o stress, a correria do dia a dia e a poluição das áreas urbanas acarretam em maiores problemas de coração e pressão e problemas respiratórios. No ao acesso a serviços de saúde, 17% procuraram atendimento na área urbana, enquanto 12,4% o fez no meio rural. Ressaltam-se que na zona urbana tem uma maior oferta de serviços de saúde e que o acesso as unidades de saúde é mais fácil na área urbana que na rural. Ainda no tocante aos acesso, que 50,9% dos indivíduos da área urbana foram atendidos pelo serviço público de saúde, enquanto os do meio rural somavam mais de 73%. Ademais, na área urbana, 45,4% dos atendimentos foram feitos pelo SUS contra 71,7% no meio rural. Um outro ponto relevante apontado pelo autor diz respeito à atendimento por estrutura física. Neste aspecto os postos ou centros de saúde são os mais procurados pelos doentes, tanto no meio rural como urbano, mas a porcentagem de indivíduos nessa categoria é bem maior no rural (43,2%) do que no urbano (26,8%). Estes, além de apresentarem atendimento público gratuito, estão presentes em vilas e vilarejos subsidiados pelas prefeituras municipais. Os hospitais também são mais procurados no rural do que no urbano. Os consultórios médicos particulares ou de clínica, por outro lado, são visitados pelo dobro da população com residência urbana em relação a rural.

No que tange à nossa unidade territorial de análise segue-se:

Tabela 5 - Indicadores Demográficos População Urbana e Rural censo 2000 e 2010

Unidade Territorial de Análise	População Urbana		População Rural	
	2000	2010	2000	2010
Bahia	8.772.348	10.102.476	4.297.902	3.914.430
Macrorregião leste	3.471.765	3.982.753	378.836	374.950
Microrregião	131.881	151.952	102.917	98.613
Cruz das Almas	39.604	49.885	13.445	8.721

Fonte: Elaboração própria com dados do Censo 2000 e censo 2010.

No período 2000 e 2010 a população urbana foi superior a população rural 56% em 61% para o total da microrregião. O município sede da Micro possui a maior concentração urbana com 75% e 85% respectivamente. Entretanto alguns municípios apresentam população predominantemente rural tais como: Cabaceiras do Paraguaçu, Governador Mangabeira e



Sapeaçu com uma distribuição de (79% e 73%), (61% e 63%) e (54% e 51%) no período respectivamente. Ressalta-se que no segundo município citado houve um acréscimo na população rural, situação semelhante aconteceu com município de Cachoeira. Fatores históricos ligados ao povoamento da região (colonização, concentração de fábricas e recentemente investimento públicos) explicam uma tendência a predominância da população urbana.

Tabela 6 - Participação Percentual População de Criança e idosos

Unidade Territorial de Análise	% residentes de 0 a 14 anos			% residentes com 60 anos ou mais		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Bahia	31,97	31,47	24,53	8,25	8,04	9,91
Macrorregião leste	28,17	28,17	22,52	7,07	7,02	9,08
Microrregião	31,45	30,71	24,88	9,56	9,34	10,53
Cruz das Almas	29,44	29,44	22,90	8,94	8,94	10,20

Fonte: Elaboração própria com dados do Censo 2000, estimativa IBGE 2005 e censo 2010.

Na análise populacional cujo objeto é a saúde, é de suma importância a avaliação dos grupos populacionais de crianças e idosos, visto que o comportamento estático da série deste grupo pode demonstrar o resultado das políticas públicas adotadas no período e indica que medidas/políticas devem ser implementadas para atender às novas demandas que surgirão. Nos últimos dois censos, os dois grupos apresentaram em todos os níveis de agregação, assim como a tendência na população brasileira, uma declinação da participação da população jovem e ampliação da população acima de 60 anos. Ressalta-se que o crescimento rápido do peso relativo dos idosos deve impactar na economia e na sociedade, obrigando o Estado a implementar políticas públicas que possam fazer frente a esse fenômeno. Na micro 32,07% da população em média eram composta por crianças em 2000, e passou para 25,32% em 2010. Já a população acima de 60 anos que era de 9,53% em 2000 passou para 10,53%. Quando a amplitude entre os valores de máximo e mínimo por município, observar-se que não há variação expressiva entre os municípios.

Tabela 7 - População Feminina em Idade Fértil

Unidade Territorial de Análise	2000		2005		2010	
	Residentes	Idade Fértil	Residentes	Idade Fértil	Residentes	Idade Fértil
Bahia	6.608.217	4.249.280	6.989.484	4.504.462	7.138.640	4.609.574
Macrorregião leste	2.004.345	1.361.776	2.197.879,00	1.494.506	2.284.624	1.527.817
Microrregião	120.422	75.888	127.393	80.313	129.360	83.353
Cruz das Almas	27.820	18.266	30.182	19.817	30.924	20.357

Fonte: Elaboração própria com dados do Censo 2000, estimativa IBGE 2005 e censo 2010.

A população feminina em idade fértil é um importante indicador para a concepção de políticas públicas de saúde. Na microrregião a média da participação deste grupo na população feminina foi de 62,68% e 64,20% em 2000 e 2010, respectivamente. Valores estes próximo dos valores apresentados pelo Estado 64,30% e 64,57%. Um outro ponto a ser observado é a distribuição bastante homogênea da população no que diz respeito ao gênero em todas as esferas de agregação apresentada. (vide tabela 9).

Tabela 8 - Distribuição da População por Gênero

Unidade Territorial de Análise	População Por Gênero					
	2000		2005		2010	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Bahia	6.462.033,00	6.608.217,00	6.825.776,00	6.989.484,00	6.878.266,00	7.138.640,00
Macrorregião leste	1.846.256,00	2.004.345,00	2.024.633,00	2.197.879,00	2.073.079,00	2.284.624,00
Microrregião	114.376,00	120.422,00	120.872,00	127.393,00	121.205,00	129.360,00
Cruz das Almas	25.229,00	27.820,00	27.374,00	30.182,00	27.682,00	30.924,00

Fonte: Elaboração própria com dados do Censo 2000, estimativa IBGE 2005 e censo 2010.

#### 4.2 ASPECTOS ECONÔMICOS

Na avaliação dos aspectos econômicos, são trabalhadas aqui a variável PIB Municipal (Produto Interno Bruto), visto como a soma de todos os bens e serviços finais produzidos dentro do território econômico do município, independentemente da origem do produtor.

Ressalta-se que pela ótica da produção, segundo IBGE (2000), o PIB<sup>14</sup> corresponde à soma dos valores agregados líquidos, ou seja, o valor da produção dos bens e serviços descontados os insumos utilizados para determinado fim, dos setores primário, secundário e terciário da economia, mais os impostos indiretos, mais a depreciação do capital, menos os subsídios governamentais. Neste estudo os valores apresentados são para o período de 2000, 2005 e 2009, sendo este último é o último ano da série disponibilizado pelo IBGE/SEI (Superintendência de Estudos Sociais e Econômico).

Na microrregião o município de Cruz das Almas apresenta-se como destaque, visto que possui o maior PIB, assim como o maior PIB per capita, sendo superado apenas em 2005 pelo município de Cachoeira. No outro extremo está o município de Cabaceiras do Paraguaçu com os menores valores da série. Em um aspecto geral, os baixos valores do PIB apresentados influenciam nos valores médios que são: 43,65, 97,54 e 141,26 (valores em milhões) respectivamente em 2000, 2005 e 2009 e PIB per capita 1.563,98, 3.383,91 e 4.550,67 no mesmo período. Quando comparado a macrorregião e ao Estado a discrepância aumenta em virtude da presença de municípios que exploram e/ou se beneficiam com produção de petróleo a exemplo de Candeias e Madre Deus.

---

<sup>14</sup> O Produto Interno Bruto (PIB) a preços de mercado mede o total dos bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes sendo, portanto, a soma dos valores adicionados pelos diversos setores acrescido dos impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos não incluídos na valoração da produção. Por outro lado, o PIB é igual a soma dos consumos finais de bens e serviços valorados a preço de mercado sendo, também, igual a soma das rendas primárias.

Portanto o PIB pode ser expresso por três óticas:

1. do lado da produção - o PIB é igual ao valor da produção menos o consumo intermediário mais os impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos não incluídos no valor da produção.
2. do lado da demanda - o PIB é igual a despesa de consumo final mais a formação bruta de capital fixo mais a variação de estoques mais as exportações de bens e serviços menos as importações de bens e serviços.
3. do lado da renda - o PIB é igual a remuneração dos empregados mais o total dos impostos, líquidos de subsídios, sobre a produção e a importação mais o rendimento misto bruto mais o excedente operacional bruto.

Tabela 9 - PIB e PIB Per capita dos Municípios da Microrregião de Cruz das Almas

Unidade Territorial de Análise	PIB (R\$ milhões)			PIB Per Capita (R\$)		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Bahia	46.523,21	90.919,33	137.074,67	907.018,38	1.777.171,06	2.595.962,61
Macrorregião leste	26.266,32	50.117,34	72.629,88	282.901,77	514.931,59	752.924,55
Microrregião	392,86	877,88	1.271,34	14.075,80	30.455,17	41.856,00
Cruz das Almas	125,59	252,41	387,27	2.348,20	4.385,59	6.782,57

Fonte: Elaboração própria/SEI/IBGE.

Segundo o IBGE (2000) o setor institucional administração pública (APU) é constituído por unidades que têm como função principal produzir serviços não-mercantis destinados à coletividade e/ou efetuar operações de repartição de renda e de patrimônio. Entretanto o sistema de contas nacionais não considera a Administração como improdutivo segundo a metodologia. O valor adicionado é definido como o saldo entre a produção e o consumo intermediário, já na administração pública a produção é mensurada pelo custo, ou seja, o valor adicionado bruto é obtido pela soma de seus componentes: remunerações (salários e contribuições sociais), outros impostos sobre a produção pagos pelas administrações públicas e o consumo de capital fixo. Ressalta-se ainda que as despesas com a compra de serviços hospitalares pelo SUS não são tratadas como consumo intermediário, mas como consumo final mercantil das APU's.

No Sistema de Contas Nacionais (SNC) a APU consta como sub setores de atividade do setor serviço que contam com mais 15 sub setores. Dado a sua relevância no valor final do PIB municipal são apresentados de forma destacada nas pesquisas. Na análise dos dados dos municípios da microrregião, vide tabela abaixo, evidenciou tal fenômeno. Destaque para a sede que apresenta o menor percentual de participação da APU na série (28% em 2000 e 2009 e 26% em 2005) no setor serviço. Na outra extremidade municípios como Cabaceira do Paraguaçu, Governador Mangabeira e Maragogipe e Sapeaçu, cuja participação da APU está acima dos 50%. Na microrregião, é expressivo o valor da Administração Pública no setor serviço, 41% em 2000 e 2005 e 42% em 2009. Na macrorregião 14% em 2000 e 16% em 2005 e 2009. Na Bahia, 25% em 2000 e 27% em 2005 e 2009.

Tabela 10 - PIB setor Serviço e PIB da Administração Pública na Microrregião. Valores em (R\$ milhões)

Unidade Territorial de Análise	2000		2005		2009	
	Serviço	Adm Pública	Serviço	Adm Pública	Serviço	Adm Pública
Bahia	25.380,78	6.377,47	46.330,88	12.344,66	77.221,18	20.519,30
Macro	13.771,27	1.932,90	23.296,02	3.798,10	38.467,26	6.188,30
Micro	255,58	104,67	516,43	213,40	854,43	365,18
Cruz das Almas	89,84	25,49	173,23	45,71	287,34	80,11

Fonte: Elaboração própria/SEI/IBGE.

#### 4.3 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS UM OUTRO OLHAR

Segundo Pereira (1995) os indicadores definem medidas coletadas ou calculadas e mesmo qualquer observação classificável capaz de "revelar" uma situação que não é aparente por si só. Neste subitem apresentaremos apenas dois indicadores quais sejam: internação por local onde a unidade hospitalar está estabelecida e por local de residência do paciente, com as variações de número absoluto e valores pagos. As informações contidas nas tabelas tem sua origem nas unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) que enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais) para consolidação análise e pagamento.

Para entender o conteúdo apresentado nas duas tabelas abaixo, faz-se necessário entender as principais ações governamentais ocorridas no setor nos anos 2000. Este período foi marcado por políticas públicas de saúde voltadas para a recuperação do combalido setor privado de saúde na contramão do processo de transformação do modelo assistencial de acesso universal. Ações foram promovidas tais como: perdão de dívidas com previdência social, fundo de garantia e receita federal além de sistema de financiamento alternativo de financiamento para hospitais filantrópicos onde eram antecipados os valores a receber do Ministério da Saúde pelos serviços ambulatoriais e internações hospitalares que serão realizados, obtendo financiamento com prestações fixas de 12, 24 ou 30 meses. Concomitante a este processo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.721, concedendo reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares concedidos a partir da data de publicação dessa portaria (inciso II do Art. 4º), homologada pela Portaria GM/MS nº 3.123, de 2006, através da ampliação do teto financeiro da média e alta complexidade para atendimento ambulatorial e hospitalar, em termos práticos ampliando o volume de recursos a

ser passado aos setores privados e filantrópicos a partir de 2007, conforme previsto na referida portaria. Ressalta-se que os repasses realizados pelo teto estão vinculados às metas físicas pactuadas. Neste sentido não será difícil levantar o impacto financeiro total que o reajuste produziu na produção do hospital, basta multiplicar a quantidade física dos procedimentos contratualizados (metas físicas) pelos novos valores dos procedimentos reajustados.

A regionalização e a hierarquização obrigou os gestores do sistema à criar instrumentos de gestão e controles, neste sentido foram criadas o sistema nacional de auditoria já na lei Orgânica da Saúde Lei n.º 8.080/90, com a atribuição de controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

Dito isto, vejamos o cenário apresentado no período nas unidades territoriais de análise. Há de se considerar também que as internações realizadas por município denotam a capacidade do mesmo em gerir suas demandas sejam elas locais e/ou regionais, através da ampliação da sua cesta de serviços ofertados e pactuados com os gestores municipais e/ou regionais.

Os dados abaixo evidenciam as alterações provocadas pelas políticas voltadas para o setor, no tocante ao número de internações por local de realização. Nesta modalidade houve uma redução nos registros aceitos pelo SUS, tais fatos estão ligados a intensificação da fiscalização nestes registros e a definição de metas físicas de atendimento, fixadas através da contratualização e estipulação de valores a ser repassados de forma fixa em caso de comprimento da meta. Apesar da redução do número de internação, houve, ampliação do volume de recursos pagos pela realização destas internações. Tal fato aconteceu por conta dos reajustes ocorridos em 2005 e 2010 conforme citado nos parágrafos anteriores.

Tabela 11 - Números e Valores de Internações por Local de Realização

Unidade Territorial de Análise	Número de Internação por Local			Valor Pago por Local de Internação		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
	Bahia	1.056.720	907.922	890.115	324.735.501	415.068.533
Macrorregião	281.587	256.178	253.599	118.482.844	174.325.327	281.039.690
Microrregião	19.974	16.580	12.917	5.065.042	5.738.675	7.162.924
Cruz das Almas	4.607	4.560	2.540	1.151.158	1.642.878	1.259.744

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS.

As internações por local de residência, nesta tabela é registrada apenas as internações da população de acordo com o município de sua residência. Ou seja, se o número de internações de residentes for maior que o número de internações realizadas, significa dizer que o município “exporta paciente” para outros municípios. As variações de número de internações e de valor pago apresentadas na tabela 13, seguem as mesmas linhas de argumentação da tabela 12 quais sejam: metas de internação e reajuste nas tabelas.

Tabela 12 - Números e Valores de Internações por Local de Residência

Unidade Territorial de Análise	Numero de Internação por Local			Valor Pago por Local de Internação		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Estado	1.050.749	909.390	892.796	327.449.461	422.220.602	627.707.529
Macrorregião	258.472	233.100	225.134	104.137.364	145.733.576	225.697.609
Microrregião	20.225	17.353	14.728	6.008.076	7.428.604	11.000.055
Cruz das Almas	4.125	4.079	3.054	1.232.635	1.879.323	2.342.761

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS.

#### 4.4 OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No tocante a análise da oferta de serviço consideraremos aqui a oferta de serviço no mês de dezembro dos anos de 2005 e 2010, haja vista que tal variável passou a ser acompanhada a partir 2005, e utilizamos este período como ano base para análise do processo de crescimento do setor de serviços de saúde no período do estudo. É importante salientar que o município de Cruz das Almas passou a ter a gestão do seu sistema municipal de saúde, em 05 de Abril de 2004. Ressalta-se que as ampliações da oferta de serviços estão atreladas à ampliação das despesas de custeio para manutenção da estrutura de oferta. Serão apresentadas e avaliadas as variáveis de estrutura física e de recursos físicos. O primeiro diz respeito à quantitativo de estabelecimentos de saúde contidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) por tipo, nível de atenção, serviço/classificação, tipo de habilitação e tipos de atendimentos prestados. O segundo, quantitativo de recursos físicos instalados nos estabelecimentos de saúde contidos na mesma base de dados. Considera-se como recursos físicos as instalações para atendimento, consultórios, leitos e equipamentos.

##### 4.4.1 Estabelecimentos de saúde

No tocante os dados apresentados constam na base do CNES conforme orientado em Portaria MS/SAS nº 51 de 21/06/1995. A quantidade de estabelecimentos de saúde, visto aqui como qualquer local destinado a realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade, ou seja, poderá ser tanto um hospital de grande porte, quanto um consultório médico isolado ou, ainda, uma Unidade de Vigilância Sanitária ou Epidemiológica. Nascimento (2012) afirma que a Regionalização da Assistência fortaleceu a assistência à saúde em Cruz das Almas, segundo ela, houve a ampliação dos serviços disponibilizados para população na atenção básica, possibilitando ações preventivas reduzindo os índices de morbimortalidade e consequentemente reduzindo intervenções de média e alta complexidade. Os dados abaixo indicam tal afirmação. O município de Cruz das Almas foi o que mais ampliou a rede de assistência, passando de 47(2005) para 69(2010) um aumento de 47% que corresponde a abertura de 22 estabelecimentos. Merece destaque o município de Maragogipe que ampliou sua rede em 109%, passando de 11 para 23 o número de estabelecimentos, apesar de não gerir seu sistema de saúde. São destaques negativos o município de São Felix que gere seu sistema de saúde desde 2006, mas não apresenta crescimento substancial na sua rede assistencial, a ampliação no foi de 18% e 33% respectivamente.

Tabela 13 - Números de Estabelecimentos de Saúdes Credenciados no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Estabelecimentos	
	2005	2010
Bahia	8.322	12.802
Macrorregião	2.126	4.039
Microrregião	160	231
Cruz das Almas	47	69

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

No tocante aos estabelecimentos ambulatoriais, vistos como os serviços destinados a diagnóstico ou tratamento de pacientes sem internamento, independente do nível de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade), (MS, 2000). Ressalta-se que até pouco tempo, o ambiente ambulatorial, era utilizado apenas para curativos, pequenas suturas, drenagem de abscessos, retirada de cistos entre outros, todos, procedimentos simples, com um mínimo de riscos e complicações. Os pacientes na sua totalidade recebiam atendimento ambulatoriais, ou seja: externos ao hospital. Nos últimos anos, os procedimentos cirúrgicos



tornaram-se mais rápidos, seguros e menos invasivos. Por outro lado, mais sofisticados e com maior grau de dificuldade. Com isto, cirurgias que só eram realizadas em pacientes internos, passaram a ser realizadas em pacientes ambulatoriais, nivelando estes procedimentos sofisticados, com aqueles mais simples, através do termo "ambulatorial".

O processo de reestruturação pelo qual tem passado a saúde pública no Brasil, com direcionamento para um financiamento público da saúde com a ampliação da rede de assistência denominada de SUS. Tal direcionamento ainda não alterou o cenário com a rede pública maior que a rede privada, entretanto, observa-se um processo de expansão dos investimentos na ampliação da rede de saúde tanto pública quanto privada mesmo com taxas de ampliação da rede destoantes. Enquanto que na rede SUS o crescimento da rede foi de 27,45%, na particular foi de 64,81%. Na microrregião o destaque para os municípios de Maragogipe com o credenciamento de 06 estabelecimentos SUS na CNES e Cruz das Almas onde foram cadastradas 19 estabelecimentos entre 2005 e 2010 da rede privada. A ampliação da Rede SUS tem como principal empecilho o “baixo” preço pago pelo procedimento e/ou consultas e o alto custo para manutenção de profissionais especializados nas cidades de médio e pequeno porte, neste sentido a rede privada tem sido mais eficiente ampliando sua rede em cidade onde haja demanda a preço de mercado, e o caso de Cruz das Almas que teve seu perfil populacional e de renda mudado em virtude da implantação da UFRB e em Maragogipe com início do processo de implantação do Pólo Naval de São Roque (Efeito São Roque)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> **O estaleiro de São Roque do Paraguaçu está em processo de modernização.** Localizado no município de Maragogipe, as instalações de reparo e construção ocupam 500 mil m<sup>2</sup>. A frente do canteiro está em 700 metros da enseada formada pelo Rio Paraguaçu e possui três cais. A implantação do pólo naval deve ser decisiva para o desenvolvimento do Recôncavo Baiano. Nos primeiros cinco anos de implantação, de dez mil a 12 mil pessoas serão empregadas na instalação dos estaleiros. A segunda fase deve aumentar para 22 mil trabalhadores. Fora o desenvolvimento da cadeia, que envolve comércio, serviços e toda a engrenagem da economia local. Um outro benefício da cadeia produtiva da indústria naval é o desenvolvimento da siderurgia na Bahia. A grande demanda por aço vai ao encontro da descoberta de novas reservas minerais no estado que vão poder suprir a produção com matéria-prima retirada e processada dentro do estado, aumentando os benefícios do pólo. “ É uma mudança muito grande, especialmente por se tratar de empregos de valor agregado.

Tabela 14 - Números de Estabelecimentos Ambulatoriais de Saúdes Credenciados no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Estabelecimentos Ambulatorial			
	SUS		Particular	
	2005	2010	2005	2010
Bahia	4.827	5.969	3.105	6.052
Macrorregião	972	1.098	1.141	2.727
Microrregião	102	130	54	89
Cruz das Almas	24	27	20	39

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Os estabelecimentos com internação hospitalar são unidades que disponibilizam leitos hospitalares por um período igual ou maior à 24 horas. Como internação é reclusão de um paciente que por conta de sua gravidade ou complexidade exija tratamento clínico ou cirúrgico em dependências hospitalares, e leito hospitalares a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de uma unidade, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (MS, 2000).

No período, as unidades direcionadas para internação na microrregião sofreram uma redução no número de unidades tanto nos estabelecimentos classificados como SUS, quanto nos estabelecimentos particulares. Entretanto ressalta a ampliação da rede particular ocorrida no município de Cruz das Almas, acompanhando a tendência da ocorrência da macrorregião e do Estado. Neste contexto uma variável implícita e não analisada, é o número de leitos, neste caso a redução do número de estabelecimento não significa redução da capacidade de internação das unidades que permaneceram em funcionamento, haja vista que estas podem ter passado por reformas como ampliação do número de leitos.

Tabela 15 - Números de Estabelecimentos com Internação Hospitalar Credenciados no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Estabelecimentos com Internação Hospitalar			
	SUS		Particular	
	2005	2010	2005	2010
Bahia	535	545	254	272
Macrorregião	109	108	74	99
Microrregião	12	11	9	8
Cruz das Almas	3	3	4	5

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Os estabelecimentos de saúde cuja principal função é identificar enfermidades pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos realizados através de exames e/ou unidades que executam procedimentos para aliviar ou curar os doentes. Para Bittar (1997) a área denominada Área Complementar de Diagnóstico e Terapêutica é composta por: anatomia patológica, angiografia/hemodinâmica, banco de sangue, banco de tecidos, betaterapia, biologia molecular, cardiocografia, dermatologia (laser), diálise peritoneal, ecocardiografia, endoscopia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, eletromiografia, ergometria, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, holter, litotripsia, medicina nuclear, microondaterapia prostática, neurofisiologia, oftalmologia, ortóptica, patologia clínica, pneumologia (provas), potencial evocado, quimioterapia, radiologia, reprodução humana, radioterapia, reabilitação, ressonância magnética, tomografia, ultrasonografia e urodinâmica.

Estabelecimentos de Diagnósticos e Terapêuticos requerem profissionais qualificados e credenciados, uma limitação de material humano real existentes, no processo de regionalização da saúde. Excetuando o município de Cruz das Almas que ampliou a quantidade de estabelecimentos, tornando-se um “pólo regional” para este tipo de serviço. A macrorregião, cuja a sede é Salvador, principal centro produtor desses serviços, e Feira de Santana Sede da Macrorregião Centro Leste, tem inibido o crescimento mais acentuado destes prestadores dadas a proximidade geográfica .

Tabela 16 - Números de Estabelecimentos de Diagnóstico Terapêutico Credenciados no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Estabelecimentos de Diagnóstico Terapêutico			
	SUS		Particular	
	2005	2010	2005	2010
Bahia	1.374	1.850	1.549	3.104
Macrorregião414	414	528	606	1.475
Microrregião	22	23	34	50
Cruz das Almas	4	8	12	28

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

As informações de unidades de urgência se referem aos estabelecimentos habilitados para esta finalidade, tais como, Pronto-Socorro Geral ou Especializado, Hospital Geral ou Especializado e Unidade Mista. Em Consulta nº 55.820/98, encaminhada ao CREMESP define-se por "emergência" a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por "urgência" a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou

sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. No período a quantidade de estabelecimentos voltados para tal atividade foi reduzido na microrregião.

Tabela 17 - Números de Estabelecimentos de Urgência no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Estabelecimentos de Urgência			
	SUS		Particular	
	2005	2010	2005	2010
Bahia	575	649	297	318
Macrorregião	164	163	106	123
Microrregião	12	12	7	5
Cruz das Almas	3	2	2	1

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

#### 4.4.2 Recursos físicos dos estabelecimentos

Conforme dito no início deste capítulo, os recursos físicos são as instalações para atendimento, tais como salas, consultórios, leitos e equipamentos. Nesta seção apresentaremos o perfil da microrregião no que tange a estes recursos, a começar por consultório e sua subdivisão, quais sejam: Clínica Básica, Clínica Especializada, Odontológicos, Clínico Indiferente e Clínicas Não Médicas. O consultório é o local onde são dadas as consultas médicas, a quantidade e tipos de equipamento disponibilizados no local são determinantes para sua classificação. Na tabela 19 estão clínicas Básica, Especializada e Odontológica. Com exceção de Sapeaçu que apresentou redução na modalidade Especializada, todos os outros municípios que compõem a microrregião ampliaram sua rede. Ressalta-se a ampliação das clínicas odontológicas incentivadas através das equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família que foram instituídas nos municípios a partir de agosto de 2004 e as ações destas equipes foram inicialmente orientadas para o atendimento aos estudantes da rede pública e as demandas clínicas dos usuários dos Postos de Saúde da família, e principalmente para a integração destes profissionais nas equipes que já atuavam nas unidades. A construção do trabalho das equipes de Saúde Bucal deve seguir as orientações da Portaria GM/MS 648 (de março de 2006) que: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No período entre 2005 e 2010, houve a ampliação da quantidade de consultórios odontológicos na ordem de 72% na microrregião. Vale também destacar o crescimento na ordem de 52% das clínicas especializadas, unidades à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/ área de assistência.

Tabela 18 - Números de Clínicas no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Clínica					
	2005			2010		
	Básicas	Especializada	Odontológica	Básicas	Especializada	Odontológica
Bahia	4.556	3.248	3.374	6.630	6.202	6.363
Macrorregião	1.471	1.525	1.055	2.144	2.922	2.385
Microrregião	122	82	68	149	125	117
Cruz das Almas	25	42	11	31	57	28

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

No que diz respeito as unidade Clínicas Indiferentes e Clínicas não Médicas, a primeira unidade são multiuso, a segunda são direcionadas para profissionais da área de saúde tais como enfermeiros, nutricionistas etc. Na microrregião o número de clínicas não médicas cresceu 120%, em Cruz das Almas este número passou de 13 para 47 unidades. Já as unidades Clínicas Indiferentes expandiram em 52%, passando de 12 para 28 unidades.

Tabela 19 - Números de Clínicas Outras no CNES

Unidade Territorial de Análise	Quantidade de Clínica			
	2005		2010	
	Indiferente	Não Médica	Indiferente	Não Médica
Bahia	3.799	3.811	3.755	5.827
Macrorregião	1.443	1.488	1.352	2.404
Microrregião	40	41	61	94
Cruz das Almas	12	13	28	47

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Os consultórios são ambientes destinadas para dar consultas aos pacientes em unidades de urgência/emergência. As duas modalidades apresentadas, Consultório Odontológicos e Médicos, ampliaram em quantidade no período de análise. A expansão foi de 2 e 4 unidades respectivamente, na microrregião com destaque para o município de Governador Mangabeira. Na macrorregião a ampliação foi de 35 e 100 e de 93 e 272 no Estado.

Tabela 20 - Números de Consultórios de Urgência Odontológicos e Médicos

Unidade Territorial de Análise	2005		2010	
	Odontológicos	Médicos	Odontológicos	Médicos
Bahia	83	932	176	1204
Macrorregião	28	410	63	510
Microrregião	3	23	5	27
Cruz das Almas		3	1	4

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

O CNES considera leitos de repouso, os destinados a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutico durante um período inferior a 24 horas. São portanto o quantitativo de leitos em ambulatórios, conforme as opções Leito Repouso/Observação Pediatria, Leito Repouso/Observação Adulto (Feminino e Masculino), Leito Repouso/Observação Indiferenciado. Segundo Nascimento (2012), os leitos na rede própria são suficientes e os contratualizados com hospital Nossa Senhora do Bom Sucesso atendem a demanda micro.

Batista (2012) ratifica a informação, e afirma que suas demandas e as dos municípios que fizeram a pactuação com São Feliz são atendidas pelo hospital filantrópico (Santa Casa de Misericórdia). A tabela abaixo apresenta o processo de expansão ocorrido na microrregião no tocante a quantidade de leitos credenciados e disponibilizados para o usuário. Destaque para os Leitos de Repouso Indiferente, que são estruturados e aparelhados para atender as necessidades dos pacientes independente da idade e/ou sexo, este tipo de leito ampliou-se em 14 unidades no período, seguindo a tendência da microrregião e do Estado.

Tabela 21 - Números de Leitos de Repouso

Unidade Territorial de Análise	Leitos para Repouso					
	2005			2010		
	Leito Repouso Pediátrico	Leito Repouso Adulto	Leito Repouso Indiferente	Leito Repouso Pediátrico	Leito Repouso Adulto	Leito Repouso Indiferente
Bahia	262	627	1.278	367	770	1.813
Macrorregião	53	92	338	67	189	472
Microrregião	1	20	30	3	25	44
Cruz das Almas		1			1	2

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Segundo CNES, os Leitos Complementares incluem o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias UTIs e Unidade Intermediárias, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS. No Estado o crescimento no número de leitos na macrorregião representa 68,4%(511). Já na micro região a evolução destes leitos foi de 6 unidades em 2005 para 26 unidades em 2010, com destaque para os municípios de Cruz das Almas e São Felix, que gerenciam o seu sistema municipal de saúde.

No tocante aos leitos de urgência em repouso/observação, o CNES apresenta a quantidade de leitos em ambientes de urgência/emergência, conforme as opções Pediatria, Adultos (Masculino e Feminino) e Indiferenciado. Ou seja são leitos destinados a acomodar os

pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas. É importante observar que não houve expansão do número de leitos pediátricos na microrregião, ocorrendo apenas no âmbito da macrorregião e no Estado. Quanto aos leitos destinados para Adulto (Masculino e Feminino) e Indiferentes, apresentaram um expansão na ordem de 59%(16) e 93%(14). Ressalta-se que para implantação dos tipos de leitos analisados, faz-se necessária a contratação de profissionais especializados.

Tabela 22 - Números de Leitos de Repouso/Observação - Urgência e Complementares

Unidade Territorial de Análise	2005				2010			
	Urgência Pediátricas	Urgência Adulto	Urgência Indiferente	Complementares	Urgência Pediátricas	Urgência Adulto	Urgência Indiferente	Complementares
Bahia	545	1.078	955	1.376	746	1.443	1.422	2.123
Macrorregião	312	577	306	807	387	663	615	1.318
Microrregião	13	27	15	6	13	43	29	26
Cruz das Almas	5	6		1	5	6	1	11

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Segundo CNES, as instalações físicas de Obstetrícia e Neonatologia são apresentadas como o quantitativo de leitos em ambientes hospitalares e leitos de internação em ambientes hospitalares, específicos para maternidades e UTI neo-natais, na quantidade existente de Pré Parto, Recém Nato Normal, RN Patológico, Conjunto para RN. No período em análise só houve ampliação na microrregião dos leitos destinados para Recém Nascidos com patologias que ampliou em 4 unidades, 2 unidades por município em Cachoeira e Maragogipe. Nos outros tipos de leitos para RN, houve uma redução na quantidade de leitos ofertados, com maior impacto nos Leitos tipo conjunto da para RN, onde houve uma redução de 38% (32 unidades). Segundo o Ministério da Saúde, o alojamento conjunto(conjunto da para RN) é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar.

Tabela 23 - Números de Leitos e Instalações de obstetrícia e Neonatologia

Unidade Territorial de Análise	2005				2010			
	Pré Parto	RN Normal	RN Patológicos	Conjunto para RN	Pré Parto	RN Normal	RN Patológicos	Conjunto para RN
Bahia	1169	378	251	2397	1149	427	276	2060
Macrorregião	230	118	114	737	238	88	82	559
Microrregião	23	24	2	86	22	17	6	54
Cruz das Almas	6			12	6			12

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Os equipamentos são instrumentais e materiais utilizados na prática Médica/odontológica, na realização de procedimentos de diagnóstico, terapêutico e intervenções cirúrgicas. Na microrregião a maior concentração de equipamentos médicos é em Cruz das Almas, sede da microrregião, com 231(29,24%) unidades dos equipamentos existentes, base 2010. No tocante a ampliação destes equipamentos a expansão foi de 434 unidades, sendo 101 só em Cruz das Almas e 88 em Maragogipe. Já na macrorregião a expansão foi de 19.231 unidades e de 35.281 unidades no Estado da Bahia.

Tabela 24 - Equipamentos Médicos

Unidade Territorial de Análise	2005			2010		
	Existente	Em Uso	SUS	Existente	Em Uso	SUS
Bahia	22.354	20.939	5.793	57.635	55.691	15.860
Macrorregião	11.698	10.797	1.994	30.929	29.866	4.622
Microrregião	356	343	157	790	755	437
Cruz das Almas	130	130	40	231	226	82

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

Os equipamentos de diagnóstico estão classificados em três categorias no CNES quais sejam: Por Imagem, Método Óptico e Método Gráfico. Na primeira categoria estão as Mamografia, Raio X, Gama Câmara, Tomografia, Ressonância Magnética e Ultra-som. Na segunda categoria estão Endoscópio, Equipamentos para Optometria, Laparoscópio e Microscópio e a terceira incluem as Eletrocardiograma e Eletroencefalograma. Nascimento (2012) afirma que alguns como Raio X e Ultra som existe em quantidade suficiente, quanto aos outros não o são. Apesar de alguns equipamentos em números suficientes, não existe uma política de controle da quantidade disponível, este controle só é efetuado para os da rede própria. Batista (2012) afirma que existem os mecanismos de controle formal para alta complexidade e que os serviços não oferecidos no município são adquiridos em cidades como Feira de Santana e Salvador. Neste contexto é válido observar os dados apresentados para o período, onde o município de Cruz das Almas é o que apresenta a maior expansão em quantidade de equipamentos 18 unidades, sendo que em 2005 havia 32 equipamentos de diagnósticos e em 2010 passou para 55. Crescimento semelhante aconteceu no município de Maragogipe. Entretanto em Muritiba houve um encolhimento da estrutura de diagnóstico, com a redução líquida de 4 equipamentos. Na macrorregião a tendência por expansão permaneceu, com uma expansão líquida de 2.386 equipamentos. Ressalta-se que das três categorias apresentadas os equipamentos de diagnóstico por imagem estão em quantidade maior na microrregião, macrorregião e no Estado, mostrando-se com maior propensão ao crescimento.



Tabela 25 - Equipamentos Médicos de Diagnósticos

Unidade Territorial de Análise	2005			2010		
	Por Imagem	Método Gráfico	Método Óptico	Por Imagem	Método Gráfico	Método Óptico
Bahia	3.817	1.300	1.325	6.494	2.040	2.084
Macrorregião	1.474	673	692	2.937	1.095	1.193
Microrregião	54	31	37	94	38	29
Cruz das Almas	17	11	4	35	13	7

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES.

O CNES classifica ainda como equipamentos médicos os de Infra Estrutura, Manutenção da Vida e Outros Equipamentos. Na primeira categoria estão os de Controle Ambiental/Ar-condicionado Central, Grupo Gerador e Usina de Oxigênio. Na segunda categoria estão as Bombas de Infusão, Balão intra aórtico, Berço de aquecimento, Bilirrubinômetro, Debitômetro, Desfibrilador, Equipamento de Fototerapia, Incubadora, Marcapasso Temporário, Monitor de ECG, Monitor de pressão invasiva, Monitor de pressão não invasiva, Reanimador Pulmonar e Respirador/Ventilador e o terceiro os Aparelhos de Diatermia por Ultra-som/Ondas Curtas, Aparelho de Eletroestimulação, Bomba de Infusão de Hemoderivados, Equipamentos de Aférese, Equipamento para Audiometria, Equipamento de Circulação Extracorpórea, Equipamento para Hemodiálise e Forno de Bier. Na micro destaca-se o número de equipamentos em Cruz das Almas 105(34,09%) e em São Felix 83(26,95%), principalmente neste último onde no período estudado foram implantados 48 equipamentos de Manutenção da Vida. A macrorregião agrega 60,15% destes equipamentos em 2010 do Estado.

Tabela 26 - Equipamentos Médicos de Infra-estrutura, Manutenção da Vida e Outros Equipamentos

Unidade Territorial de Análise	2005			2010		
	Infraestrutura	Manutenção da Vida	Outros Equipamentos	Infraestrutura	Manutenção da Vida	Outros Equipamentos
Bahia	1.290	11.333	3.289	2.789	22.145	5.025
Macrorregião	662	6.551	1.646	1.477	14.172	2.372
Microrregião	25	142	67	25	208	75
Cruz das Almas	12	69	17	12	70	23

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES

## 5 IMPACTO NA ECONOMIA LOCAL

No tocante ao impacto da regionalização da saúde na economia local, analisaremos aqui apenas os impactos diretos, através das externalidades positivas (spillovers) geradas. Estes impactos se dão de duas formas. O primeiro relacionado à geração de empregos e o segundo diz respeito ao nível de transferências de recursos/gastos no setor. Os empregos indiretos, que são os ligados a terceirização de serviços de apoio ou auxiliar em unidade de saúde e/ou atividades que têm a sua origem vinculadas as atividades de saúde, não serão apresentadas em virtude da dificuldade de encontrar fonte de dados confiáveis para mensurá-las no período de estudo.

### 5.1 GERAÇÃO DE EMPREGOS DIRETOS

Nesta seção serão abordados os aspectos que influenciam o mercado de trabalho no setor saúde, assim serão considerados itens tais como: localização da oferta, origem da remuneração da mão de obra e o cenário da microrregião no que tange a profissionais e ocupações no setor, onde o primeiro diz respeito ao número de indivíduos e o segundo o número de postos de serviços, ou seja, o mesmo profissional tem mais de um vínculo. Os dados analisados são extraídos da base do CNES, que apresenta informações a partir das categorias profissionais classificados pela Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 - CBO 2002, em dados posterior a 2007 e a CBO 1994 para os dados anteriores a agosto de 2007.

Segundo Mota citando Isard *et al.* (1998), os mesmos princípios que regem a localização das indústrias podem ser aplicados ao estudo da localização do comércio de serviços. No caso do setor serviços de saúde, esses princípios são: acesso às fontes de insumo; acesso aos mercados; escala de operação da unidade de produção e economias de aglomeração. Os autores apontam que, em geral, o acesso aos mercados, a escala de operação, a localização e as economias de urbanização são os fatores mais importantes. Entretanto, o modelo de organização do sistema de saúde pública no Brasil, baseia-se nos três últimos itens, operacionalizados através da organização da oferta de serviços, onde a estrutura já existente foi fator determinante para definir o modelo de localização dos serviços e de futuros investimentos, culminando em economias de escalas.

A saúde no Brasil é apresentada na Constituição como dever do Estado, conforme “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e aberto a iniciativa privada, vide Art. 199. Assim constitucionalmente o “Sistema de Saúde” no Brasil pode ser classificado como misto, com participação tanto do setor público quanto do privado na assistência a saúde. Isto posto destaca-se a diferente forma de atuação dos dois setores e neste caso específico, a forma de ofertar e absorver a força de trabalho.

No setor público o modelo adotado pelo SUS possibilita a interação das três esferas de governo quais sejam: federal, estadual e municipal. Assim a força de trabalho absorvida terá, em um primeiro nível, vínculo com um ou mais entes federativos indicados. Nos municípios algumas variáveis influenciam diretamente na ampliação do quadro de pessoal. A principal é a população residente no município e a capacidade de atração da população vizinha, haja vista que além de ser a principal variável utilizada para a alocação de recursos é também fator determinante para definição do tamanho da estrutura do setor, em um ambiente em que os recursos são cada vez mais escassos e as demandas são crescentes. Outra variável muito importante é a volume de recursos que o município obtém com a arrecadação local e com os repasses estadual e federal, onde são definidos os volumes de recursos a ser utilizado no setor tanto no custeio quanto no investimento. E por fim, a capacidade de gestão do sistema, o modelo a atual possibilita ao gestor a edificação de um sistema municipal de saúde e/ou a pactuação com municípios que tenham capacidade instalada para atender sua demanda.

No setor privado, haja vista que a decisão de investir está diretamente ligada ao retorno financeiro do investimento, são fatores principais: população do município e sua região de influencia, renda “per capita” do município e de sua região e a disponibilidade de mão de obra e de insumos. O primeiro item tem relação direta com a escala de produção do serviço, assim como facilidade de acesso no município destino para este e/ou outros serviços correlatos. Já a renda per capita, indica a capacidade de pagamentos dos seus futuros clientes, elemento fundamental na definição do preço e conseqüentemente do público a ser atendido. Por fim a oferta de mão de obra e de insumos, principal item na definição dos custos de produção dos serviços e fator determinante da localização e da viabilidade econômica do empreendimento. Neste contexto, destaca-se a necessidade de políticas públicas alocativa que se relaciona à distribuição de recursos por parte do governo a fim de oferecer tais bens públicos atendendo a

demanda dos “excluídos” pelo mercado e/ou subsidiando o setor através de isenções ou garantindo uma demanda mínima via atendimento SUS.

A "economias de aglomeração" são os ganhos de eficiência das atividades produtivas em decorrência da proximidade geográfica das unidades, e que não existiriam se as atividades tivessem localizações isoladas. Segundo Silva (2004) as economias de aglomeração podem assumir duas formas principais: economias de localização ou de justaposição e economias de urbanização. Na primeira representa ganhos de produtividade específicos de um conjunto de estabelecimentos ou empresas relacionadas que originam-se de sua localização, aqui os ganhos segundo o autor são internalizado no setor embora sejam externalidades para as empresas que delas [se] beneficiam. Assim as dimensões das transações são fatores de aglomeração importantes que poderão contribuir para que os empresários tenham vantagens em se localizar onde existam várias opções de fornecedores, além das economias devidas à redução dos custos com recrutamento e formação de mão de obra. Já as economias de urbanização refere-se aos ganhos de produtividade decorrentes da aglomeração de um conjunto de estabelecimentos ou empresas de todo o tipo em áreas urbanas. Elas correspondem às externalidades positivas do setor, pelo simples fato de se localizarem em uma determinada cidade pode provocar. Estes efeitos podem ser interno à região urbana, mas externas às empresas e/ou setor que delas se beneficiam. Os ganhos de produtividade decorrentes da produção de bens públicos constituem um elemento fundamental das economias de urbanização.

Em se tratando do setor saúde podem ser considerados como fundamentais para a aglomeração em um ambiente sem interferência de políticas públicas os seguintes aspectos: o tamanho da população, o mercado de insumos e de serviços auxiliares e a existência de hospitais de suporte. No primeiro, o tamanho da população do município e de sua região de influência determinando sua demanda potencial, fator relevante para gerar economias de escala. Já no segundo a existência de firmas fornecedoras de equipamentos e materiais hospitalares e prestadoras de serviços auxiliares à atividade médica, que contribuem para a redução do custo unitário da prestação de serviços médicos. Por fim, a existência de grandes unidades de saúde ou hospital de suporte que atraem clínicas médicas para a sua proximidade, onde os médicos podem dedicar parte do seu tempo no hospital e parte nas clínicas, minimizado o seu custo de transporte e maximizando o tempo de trabalho e os seus rendimentos.

Dito isto analisaremos doravante os impactos no mercado de trabalho do setor saúde que apresentou no período. Segundo Nascimento (2012), o setor saúde passou a ser multidisciplinar com a incorporação de diversos profissionais tais como: nutricionista, fisioterapeuta, odontólogos. Ela afirma ainda que dado a localização (próxima de grandes centros como Salvador, Feira de Santana e Santo Antonio de Jesus) e estrutura de serviços da cidade, não tem dificuldade para atrair profissionais. Entretanto ela ressalta que a dificuldade é encontrar com profissionais especializados em determinadas áreas. Um outro fator também indicado pela gestora foi a política de desprecarização do vínculo empregatício com ações como a realização de concursos, processo seletivos e contrato com a fundação estatal com o objetivo de garantir e fixar os profissionais da atenção básica (onde a fundação garante: plano de cargo, carreira e salários etc...). Batista (2012) afirma que não existe em seu município número suficiente de profissionais de saúde em algumas especialidades: na atenção básica entretanto, há uma cobertura de 100% e todas as equipes estão completas. Na média e alta complexidade existe a dificuldade com profissionais com neurologista, obstetra, pediatra, ainda segundo ela o principal fator é que os profissionais de medicina da atenção básica são neofilos e ainda não concluíram suas residências. Ele resalta ainda que os outros profissionais de saúde (enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta etc...) a secretária de saúde tem conseguido atrair com facilidade dado a quantidade de profissionais existente no mercado. Quanto aos profissionais especializados a lei de mercado (oferta reduzida de profissionais X procura elevados pelos municípios e a iniciativa privada) tem definido seus altos salários dificultado a atração destes para os pequenos municípios. Isto posto apresentamos a seguir qual o resultado efetivo das políticas de RH na microrregião. No tocante ao número de profissionais na microrregião, Cruz das Almas município sede da micro foi que mais ampliou o número de profissionais de saúde no período, passando de 323 em 2005 para 501 em 2010 que representa uma ampliação de 55,11%, seguidos de Conceição da Feira e Maragogipe ((68 e 118) e (136 e 246)) respectivamente. A microrregião teve uma ampliação de 50,60% com a inserção de 679 novos profissionais, apresentando um crescimento percentual maior que a Macrorregião e o Estado expandiram-se em 13.929 (46,70%) e 38.056 (48,22%) respectivamente. Aqui é fundamental ressaltar relação direta existente entre a quantidade de recursos humanos, ligados principalmente à área fim, e a expansão da oferta de serviços, especificamente número de estabelecimentos e de equipamentos conforme apresentado nas seções 5.4.

Tabela 27 - Números de profissionais na microrregião no período 2005 a 2010

<b>Unidade Territorial de Análise</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
Bahia	78.914	116.970
Macrorregião	29.825	43.754
Microrregião	1.342	2.021
Cruz das Almas	323	501

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES

Quanto à ocupação, ou posto de serviço, ampliou-se em 263 postos de serviços passando de 452 em 2005 para 715 em 2010, um aumento de 58,19%. Destacam-se também os municípios de Maragogipe e São Felix, que ampliou 133 e 131 postos de trabalho no período. Neste aspecto a microrregião apresentou baixo desempenho gerando apenas 557 postos que corresponde à 25,70%. Salienta-se que os profissionais de saúde acumular cargos devidamente registrados no setor privado conforme Art 37, Incisos XVI.

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998). [...] c) a de dois cargos privativos de médico; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998). c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 34, de 2001)

Tabela 28 - Números de Ocupações na microrregião no período 2005 a 2010

<b>Unidade Territorial de Análise</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
Bahia	117.574	165.414
Macrorregião	44.225	66.429
Microrregião	2.167	2.724
Cruz das Almas	452	715

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES

Na análise da relação entre postos de serviços e número de profissionais de saúde, quadro abaixo, observa-se a tendência à redução da quantidade de profissionais com mais de uma ocupação, tal fato pode ser relacionado à ampliação dos investimentos na formação de novos profissionais para atender a demanda crescente. Na micro região houve ampliação da oferta de cursos de graduação voltados para a área de saúde.

Quadro 1 - Relação dos cursos de Graduação em funcionamento na Microrregião

Quadro 2 - Relação dos cursos de Graduação em funcionamento na Microrregião

Curso\Instituição	Faculdade Maria Nilza	Faculdade Adventista
Enfermagem	Portaria do MEC nº 682 de 17 de março de 2004	Portaria 1.072, de 27 de dezembro de 2007
Biomedicina	Portaria do MEC nº 133, de 30 de maio de 2006, publicada no diário Oficial da União em 01 de junho de 2006.	
Farmácia	Portaria do MEC nº 131, de 30 de maio de 2006	
Odontologia	Portaria do MEC nº 300, de 02 de agosto de 11	
Fisioterapia		Portaria nº 1.297, de 23.11.98
Psicologia		Portaria nº 994, 28 de julho de 2009

Fonte: Elaboração Própria (2012).

No período, o município de Cruz das Almas, assim como na Macrorregião, manteve-se esta relação estável com ampliação do número de profissionais e postos de trabalho na mesma proporção. Já na microrregião e no Estado há uma tendência de crescimento maior da quantidade de profissionais que ampliação de postos de trabalho, diversos fatores podem ter influenciados neste novo cenário.

Tabela 29 - Números de Postos de Serviços/profissional de Saúde na microrregião no período 2005 a 2010

Unidade Territorial de Análise	2005	2010
Bahia	1,5	1,4
Macrorregião	1,5	1,5
Microrregião	1,6	1,3
Cruz das Almas	1,4	1,4

Fonte: Elaboração Própria com dados DATASUS/CNES

## 5.2 AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE/PREVISÃO LEGAL

Para entender o fluxo de recursos hora vigente no sistema de saúde, é fundamental compreender a evolução do financiamento do setor desde a sua criação em 1988, quando na Constituição gerou-se a necessidade da regionalização das intervenções em saúde visando uma maior eficiência na atenção à saúde.

O processo de municipalização do sistema, criação do SUS municipal, representa o ponto central desta nova política. Como fonte de financiamento o artigo 195 da CF/88 indica que “A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:...” Portanto, são contribuintes da seguridade social: o empregador, através da folha de pagamento, das receitas ou do faturamento e dos lucros; o empregado; receitas e concursos de prognósticos e sobre o importador de bens ou serviços do exterior (BRASIL, 1988)

Dada a necessidade de adequação do sistema de Saúde à nova realidade, foi editada a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, onde os recursos anteriormente citados são destinados de acordo com a esfera de governo, a aplicação em ações e serviços de saúde. Na esfera Federal, a Emenda estabeleceu qual o percentual mínimo para o gasto próprio com saúde até 2000 o montante de recursos empenhado em 1999, acrescidos de pelo menos 5%, e no período 2001 e 2004 o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto, PIB. Para os Estados, estabeleceu-se que o investimento inicial seria de 7% da receita orçamentária no ano de 2000, e devendo atingir a meta de 12% em 2004. Já para os Municípios, tendo como ano base 2000, o investimento seria de 7% da receita orçamentária, tendo atingido a meta de 15% em 2004 (EC/29, 2000).

Com a implementação em 1998 da NOB 96, o Ministério da Saúde promoveu mudanças na alocação dos recursos para a saúde, como adoção de incentivos à implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), Programa de Atenção a Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), programas específicos para combate à desnutrição, medicamentos e vigilância sanitária (BRASIL, 1996).



O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo: o número de equipes de saúde da família cresceu de 1.623 em 1996, para 3.147 em 1998. Contudo é preciso ressaltar que foi em maio de 1998 que os municípios passaram a receber o incentivo financeiro criado pela NOB- Piso de Atenção Básica (PAB). Inaugurando a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios. Sendo que este incentivo foi determinante para ampliação do número de equipes. É importante salientar que as transferências do PAB eram realizadas usando dois critérios diferentes: um valor determinado por cada habitante dos municípios (PAB – FIXO) que era de R\$ 10,00; e outra vinculado à quantidade de equipes em atividade e/ou população coberta (PAB – variável).

Considerando a escassez de recursos sempre presente na área de saúde, pode-se dizer que a presença dos incentivos a partir de 1998 (estimulando os municípios a incorporar programas que lhe acrescentavam receita financeira), significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica). Isso, em grande medida, impede que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais.

A NOB 96- no que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema – ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica, pode estar se constituindo num obstáculo no avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isto porque, ao criar o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB 93 –MS, 1993), foi solo fértil para as políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. Na prática, os municípios, ao receberem recursos para a Atenção Básica, acabaram concentrando suas ações neste nível de atenção(MARQUES; MENDES, 2002).

A Bahia, diferentemente de outros Estados, atém-se a regular o sistema, cumprindo a função reservada pela legislação da saúde, direcionando seu esforço financeiro para a construção do Plano Diretor Regional (PDR) dotando os municípios sem recursos financeiros, de unidades regionais de saúde capazes de atender as demandas locais.

A NOAS-SUS 01/2001, intensifica o processo de regionalização, a fim de garantir o acesso de todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis.

Nesta norma, a tentativa de integração entre os gestores dos SUS, estadual e municipal, é evidente. A ideia central da norma é que a implantação do SUS depende da compatibilidade de três princípios: descentralização, a regionalização e a hierarquização. Sendo que o primeiro princípio tem como base a integração do município à gestão do SUS - municipal, no segundo a criação de estruturas regionalizadas de saúde (micro-região, macro-região, módulo) a fim de atender a demanda de um conjunto de municípios e, por fim, a construção de estruturas assistenciais por nível de complexidade.

Esta portaria segue a mesma lógica descrita anteriormente, isto é, usa o financiamento como o principal instrumento da política de saúde. É seu objetivo que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da assistência passe a ser transferida aos estados e municípios, incentivando a ampliação das ações de Atenção Básica, a qualificação e responsabilização de microrregiões na assistência à saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor (MARQUES; MENDES, 2002).

Neste contexto, observando a heterogeneidade dos municípios, nos aspectos administrativos e de oferta de serviço, poderiam inviabilizariam o modelo proposto, como soluções para tal situação surgiram as experiências pactuadas entre municípios, envolvendo a divisão de responsabilidades e a partilha de gestão de unidades de saúde, através de consórcio intermunicipais de saúde.

Assim a NOAS 2001 é vista como instrumentos de reorganizar as atividades assistenciais direcionando para a regionalização. Isto é, se ela for utilizada para corrigir falhas na assistência e para apoiar as estratégias de mudança de modelo assistencial trilhadas por diversos municípios. Contudo, é importante que se considere algumas questões quanto à sua efetividade.

### **5.2.1 As fontes de financiamentos/ as origem dos Recursos para a Saúde**

A universalização do sistema de saúde implementada pela constituição de 1988 gerou a ampliação das necessidades de financiamento da saúde. A estrutura então vigente não disponibilizava os recursos desejados, levando os gestores a buscar recursos. Com o objetivo de garantir tais recursos para atender a nova demanda, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, que alterou a Constituição Federal de 1988.

A referida Emenda assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Isso resulta no aumento e maior estabilidade dos recursos destinados à área da saúde em todo o País (FAVARET, 2003).

Para a União, a regra estabelecida vincula os recursos ao crescimento do Produto Interno Bruto – PIB. No âmbito dos Municípios, a receita destinada às ações de saúde poderá ter um acréscimo relevante em decorrência das mudanças das regras aplicáveis ao Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU). Ou seja: o imposto cobrado de forma progressiva, com aplicação de alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e o uso do imóvel, resultará em acréscimo da receita.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área de saúde.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, estabelece regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos hipótese da não edição dessa Lei, na NOB/96.

Em 2012 foi editada a Lei Complementar nº 141, na qual reiterou os percentuais mínimos da estabelecidos na Emenda 29, onde os percentuais das receitas próprias provenientes dos impostos arrecadados nos Estado e municípios, a ser empregado em saúde, continuam sendo os valores respectivos de 12% e 15%. Este texto também mantém a regra segundo a qual o governo federal deve aplicar na saúde o valor empenhado no orçamento anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

### **5.2.2 Descentralização de recursos/receitas SUS Municipal**

As ações e serviços de saúde implementadas pelos municípios da Bahia são financiados com recursos da União, do Estado, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados em atendimento ao Plano de Saúde, ao Plano Plurianual (PPA) à Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e o Orçamento do Programa do Município. Os recursos externos e públicos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.

O primeiro São aqui definidas como as realizadas por repasses fundo a fundo e pagamento direto a prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados de acordo com o estabelecido em portarias. A transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. São transferidos, também, nessa modalidade, recursos destinados a outras ações realizadas ao Município, ainda que não habilitado em qualquer condição de gestão (BRASIL, 2004).

Os recursos do Fundo Municipal, oriundos do Fundo Estadual e/ou Fundo Nacional, financiam as seguintes ações e serviços de saúde: atenção básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e dos municípios não habilitados, quando realizadas por estados habilitados, na Gestão Avançada do Sistema Estadual. Vale ressaltar que quando os municípios não possuem competência técnicas para realizar tais atividades, estas serão realizadas por estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema Estadual; a média e alta complexidade realizada por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Avançada do Sistema Estadual e ainda recebe incentivos à Integração ao

Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS) e o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS.

A saúde desde a EC/29 passou a ter fonte fixa de recursos nas três esferas de governo, no entanto para garantir o repasse entre as esferas de governo, é que o Ministério da Saúde atendendo ao que foi estabelecido na Lei 8.080/90, passou a adotar regras para os repasses para o fundo municipal de saúde e/ou estadual.

Atualmente são adotadas as seguintes regras para o repasse de recursos da União:

- a) Piso de Atenção Básica (PAB) – FIXO: O valor a ser repassado no ano pela união corresponde ao número de habitantes multiplicado por um valor per capita nacional.
- b) PAB – VARIÁVEL: É composta por valores destinados para ações de vigilâncias sanitárias, incentivas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Incentiva ao Programa de Saúde da Família (PSF), incentivo ao combate à carência nutricional e incentivo à assistência farmacêutica básica. Para a vigilância sanitária, o montante repassado corresponde a um valor per capita multiplicado pela população estimada. Para o PACS o valor corresponde a um valor numerário estipulado pelo ministério multiplicado pela quantidade de agentes comunitários de saúde no município. Os repasses para o PSF são definidos de acordo com o percentual de cobertura, número de equipes e o número de habitantes. Os recursos para o combate à carência nutricional é obtido através do número de criança em risco nutricional com idade entre 6 e 23 meses, diagnosticado no Município, multiplicado pelo valor estimado para a recuperação. E por fim, o incentivo a assistência farmacêutica, que na composição tem o incentivo à soma dos recursos da união, estado e município, sendo respectivamente 50% da união, 25% do estado e 25% do município.
- c) TETO FINANCEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS (TFECD): destinado á vigilância epidemiológica e ambientação, o montante é composto por valor per capita , quilometro quadrado do município, e valor per capita multiplicada pela população do município referente ao incentivo a descentralização. Sendo que 60% deste valor para os municípios que assumirem a atenção básica, acréscimo de 10% para o município que assumirem pelo menos 50% da média complexidade, e 20% para quem assumirem mais de 50% da média complexidade.

O segundo consiste em pagamento aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS, efetuados pelos Municípios quando habilitados para a gestão sistema municipal, pelo Estado quando habilitado na gestão sistema estadual ou pela União quando não atendida as outras especificações anteriores (BRASIL, 2004).

O faturamento é feito através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI), contemplando ações de Assistência de Média e Alta Complexidade, também observados os tetos financeiros dos estados e municípios e as respectivas pactuações, entre os entes. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIA e do SIH.

E por fim Os convênios na saúde são celebrados conforme Estabelecido na Lei nº 8666/90 e Lei Estadual nº 9433/05, entre órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, Prefeituras Municipais, Entidades Filantrópicas, Organizações Não Governamentais (ONG), interessados em financiamento de projetos específicos na área da saúde. Tendo como objetivo a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão Concedente e do Conveniente. O repasse dos recursos é realizado de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte do Plano de Trabalho e com a disponibilidade financeira do concedente. (BRASIL, 2004).

### 5.3 FLUXO DE RECURSOS PARA A MICRORREGIÃO NO PERÍODO E O IMPACTO FINANCEIRO GERADO

Nas seções anteriores deste capítulo foram apresentadas as fontes de financiamento para o setor saúde e os instrumentos financeiros para os repasses destes recursos. Com esta contextualização será possível identificar e analisar o fluxo de recursos geral (receitas públicas) e os impactos gerados na arrecadação pelas “receitas SUS”. Ressalta-se que estes impactos se dão sobre a economia dos municípios associados, porém, com maior intensidade sobre a economia dos municípios com estrutura montada para a prestação dos serviços de saúde. Para tanto serão utilizados índices comparativos por período de análise que permitam auferir o impacto para na receita da microrregião. Estes índices são: relação entre os Receitas SUS e a Receita total municipal e relação entre despesas da função saúde e as despesa total do Municípios.

### **5.3.1 Relação entre as Receitas SUS e Receita total do município.**

Segundo o manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (2006) as Receitas Públicas são identificadas como todos os ingressos de recursos financeiros de caráter não devolutivo, auferidas pelo poder público, para alocação e cobertura das despesas públicas. Dessa forma, todo o ingresso orçamentário constitui uma receita pública, que tem como finalidade atender às despesas públicas. Nas seções anteriores apresentamos as origens das receitas SUS para os municípios, observa-se aqui que as origens de tais recursos destoam da origem das demais receitas municipais tanto no processo de arrecadação quanto na aplicação. Assim a análise do comportamento destas e receitas e seu impacto no orçamento municipal é de fundamental importância para a definição das políticas públicas.

Na tabela abaixo é possível observar o impacto nas finanças municipais, provocadas pelo processo de municipalização do sistema de saúde. Em uma análise da evolução das receitas no período (ano base 2005), nota-se que as receitas do setor saúde crescem em uma proporção maior que as receitas orçamentárias. Na Bahia, em quanto à primeira cresceu 141%, o segundo cresceu 91%. Na macrorregião os valores foram 299% e 99%, na microrregião 235% e 152% e na sede da microrregião, Cruz das Almas os valores foram 171% e 111% respectivamente. No tocante a participação da receita saúde nas receitas orçamentária, é possível observar que o crescimento apresentado na análise acima impacta diretamente na ampliação da participação da primeira na segunda. Nas receitas do Estado a participação que era de 9,12% em 2005, passou para 11,47% em 2010; de 5,90% para 11,82% na Macrorregião, de 10,42% para 13,83 na microrregião e de 17,70 em Cruz das Almas para 22,74%. A ampliação da participação desta receita denota crescimento da importância destas nas finanças municipais, em um cenário de forte adesão da gestão municipal à política nacional de saúde e baixo poder de arrecadação dos tributos próprios.

Tabela 30 - Relação entre receitas SUS e receita total

Unidade Territorial de Análise	Receita Orçamentária		Receita Setor Saúde		%	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (C/A)	2010 (D/B)
Bahia*	8.365.177.946	15.998.992.282	762.556.109	1.834.460.422	9,12%	11,47%
Macrorregião Leste**	2.824.792.739	5.622.672.207	166.654.645	664.854.002	5,90%	11,82%
Microrregião ***	111.559.753	281.156.330	11.623.534	38.887.936	10,42%	13,83%
Cruz das Almas	26.763.571	56.448.842	4.738.084	12.838.793	17,70%	22,74%

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

Notas: \* Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião

### 5.3.2 Relação entre as despesas função saúde e as despesas totais.

Segundo o manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (2007), a despesa é um termo utilizado mundialmente pela contabilidade para evidenciar a variação passiva resultante da diminuição de ativos financeiros ou aumento de passivos financeiros de uma entidade, diminuindo a situação patrimonial.

Segundo Nascimento (2012), com relação às despesas e seu impacto na economia do município, ela afirma que estes valores são significativos visto que cerca de 70% ficam nos municípios- através de contratação de pessoal, aquisição de insumos outros serviços. Entretanto Batista (2012) afirma que o impacto destas despesas em seu município é diferente, visto que o grosso destas despesas são para profissionais de nível superior que não residem no município e que os outros gastos (insumos) os fornecedores na grande maioria não são da região.

Analisando as despesas de saúde no período, observa-se que houve um crescimento em uma proporção maior que as despesas orçamentárias no Estado e na macrorregião, com 99% e 119% no estado e 110% e 173% na macrorregião para despesa total e despesas da função saúde respectivamente. Na microrregião e em seu município sede, houve uma redução da participação das despesas da função saúde nas despesas orçamentárias. Na ordem de 26,08% em 24,86% para a microrregião e 31,22% e 30,17% em Cruz das Almas. O principal fator



para a redução da participação das despesas da função saúde nas despesas orçamentárias foi à ampliação das despesas da função administração no município de Cruz das Almas e das despesas com a função educação na microrregião que cresceram em uma proporção acima do crescimento das despesas da função saúde.

Tabela 31 - Relação entre despesas função saúde e despesa total

Unidade Territorial de Análise	Despesas Total		Despesas Função Saúde		%	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (C/A)	2010 (D/B)
Bahia*	8.244.661.168	16.420.445.804	1.772.955.472	3.890.520.259	21,50%	23,69%
Macrorregião Leste**	2.777.670.638	5.836.688.343	510.665.443	1.392.273.456	18,38%	23,85%
Microrregião ***	109.450.539	281.971.821	28.544.206	70.098.935	26,08%	24,86%
Cruz das Almas	27.063.784	56.934.473	8.448.428	17.179.515	31,22%	30,17%

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

Notas: \* Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião.

Ressalta-se que as despesas da função saúde representam o segundo maior agrupamento das despesas, sendo superada apenas pelas despesas da função educação. Segundo Nascimento (2012), no tocante as demandas geradas pelo sistema de saúde, no que tange aos objetos de gasto, as aquisições são feitas através de licitação, em um processo aberto à competição para Brasil. Ela ressalta que nos últimos anos houve uma ampliação da quantidade de empresas da microrregião na participação da concorrência. Tal observação é relevante, visto que denota os efeitos positivos do processo de regionalização na economia local. Seguindo a mesma linha de Nascimento, Batista (2012) afirma que o processo licitatório possibilita que as aquisições sejam feitas em todo território nacional, não existindo a participação de fornecedores local.

#### 5.4 IMPACTOS FINANCEIROS DO SETOR SAÚDE NAS RECEITAS MUNICIPAIS

Em linhas gerais as receitas municipais são as tributárias próprias (que incluem tanto os impostos quanto as taxas e contribuições de melhoria cobradas diretamente pelas prefeituras), as receitas de contribuições, as patrimoniais, as relativas ao provimento de bens e serviços (tanto agropecuários, quanto industriais e serviços), as transferências correntes e outras receitas correntes além de operações de crédito, alienação de bens, amortização de empréstimos, as transferências de capital e outras receitas de capital.

No tocante as receitas próprias compreendem basicamente as receitas tributária, patrimonial, industrial e de serviços. As receitas tributárias provêm da arrecadação de impostos - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre a Transferência de Bens Imóveis (ITBI) -, de taxas - de iluminação pública, coleta de lixo e alvará de funcionamento, por exemplo -, e de contribuições de melhoria - cobradas por obras realizadas pelo poder municipal. Dentre os tributos citados o que tem a maior relevância para a análise deste trabalho e o ISS, que tem como fato gerador segundo o a Lei Complementar nº 116, de 2003, artigo 1º, “a prestação de serviços constantes da lista anexa a lei, ainda que esses não se constituam como atividade preponderante do prestador”. Na mesma lei no artigo 7º, “define que a base de cálculo do imposto é o preço do serviço.” Assim a ampliação da rede assistencial e de números de profissionais, já informada no capítulo anterior tem influência direta na ampliação da arrecadação deste imposto na microrregião.

Ressalta-se aqui que os gastos realizados pelo município causa impacto na própria receita, principalmente nas receitas classificadas como próprias. Essa relação permite dimensionar, em termos comparativos, a representatividade das despesas da função saúde que influenciam: diretamente na arrecadação de tributos, principalmente com o ISSQN que tem como fato gerador serviços prestados, e indiretamente na receita total do município.

No período estudado houve ampliação da arrecadação do ISSQN na ordem de 209% para o Estado em quanto as receitas orçamentárias ampliaram em 186%, na macrorregião foram 202% e 185%, na microrregião 314% e 276% e na sede microrregião, município de Cruz das Almas 389% e 281% respectivamente.

Tabela 32 - Relação entre Receitas Tributárias e Receitas de Saúde

Unidade Territorial de Análise	ISSQN		Receitas Tributárias		Despesas Função Saúde	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (E)	2010 (F)
Bahia*	580.599.826	1.215.806.152	1.048.530.573	1.945.819.268	1.772.955.472	3.890.520.259
Macrorregião Leste**	401.071.253	811.289.465	714.330.268	1.319.227.536	510.665.443	1.392.273.456
Microrregião ***	3.784.950	11.891.711	6.083.121	16.791.949	28.544.206	70.098.935
Cruz das Almas	635.053	2.472.345	1.360.449	3.825.472	8.448.428	17.179.515

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

Notas: Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião

Neste contexto, observou-se também o crescimento da participação das receitas do ISSQN na receita tributária dos municípios. No agregado do Estado e Macrorregião o acréscimo foi de 7,11% e 5,35% respectivamente. Na microrregião o acréscimo foi de 8,60%. Já na sede da microrregião Cruz das Almas, o acréscimo foi significativo passando à dois dígitos, chegando a ordem de 17,95%. Outro ponto a ser analisado, já indicado em seções anteriores e a ampliação das despesas da função saúde. Resaltamos que os recursos gastos nesta função são para aquisição de insumos (mão de obra, material de uso em atividades de saúde, medicamento e equipamentos entre outros), tais objetos de gastos podem através de efeito multiplicador desencadear ampliação da arrecadação de ISSQN, visto que suas atividades tem ligação direta com o setor de serviço. A tabela abaixo indica a relação entre as despesas da função saúde e imposto sobre serviços arrecadados, no agregado do Estado e na microrregião houve um decréscimo nesta relação no período de 32,75% para 31,25% no primeiro e 78,54% e 58,27% no segundo. Em quanto que na microrregião e na sua sede (Cruz das Almas) houve uma ampliação na relação ISSQN/Despesas Saúde, ordem de 13,26% para 16,96% e 7,52% para 14,39% respectivamente.

Assim pode-se concluir que as relações apresentadas mostram que a expansão do ISSQN guarda uma relação direta com a expansão do setor saúde e ainda permitem afirmar que a redução das atividades no setor saúde pode impactar na arrecadação municipal.

Tabela 33 - Participação Percentual Receitas oriundas ISSQN, Receitas tributárias e nas despesas da função saúde

Unidade Territorial de Análise	%			
	2005 (A/C)	2010 (B/D)	2005 (A/E)	2010 (B/F)
Bahia*	55,37%	62,48%	32,75%	31,25%
Macrorregião Leste**	56,15%	61,50%	78,54%	58,27%
Microrregião ***	62,22%	70,82%	13,26%	16,96%
Cruz das Almas	46,68%	64,63%	7,52%	14,39%

Fonte: Elaboração Própria com dados STN.

No tocante a transferências da União, são analisadas aqui como os valores das receitas recebidas pelos municípios, oriundos de transferências da União. As duas principais contas de receita de transferências são: o Fundo de Participação do Município e os repasses fundo a fundo para o SUS. O primeiro denominado de FPM, é uma transferência redistributiva, paga pela União a todos os municípios do País, são recursos não vinculados a contrapartidas, com caráter redistributivo e obrigatórias por parte da União. O FPM está previsto no art. 159, I, b e d, da Constituição Federal, onde defini-se que 23,5% da arrecadação da união, dos impostos

de renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) sejam destinados ao FPM. Trata-se, portanto, de partilhar a receita de impostos específicos e não a receita da União como um todo. A União repassa também 50% do Imposto Territorial Rural (ITR), o imposto retido na fonte do funcionalismo municipal e 2,5% do IPI via participação no Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados, ou Fundo de Exportação (FEPEX). O total de recursos do FPM é segmentado em três partes: 10% são entregues aos municípios que são capitais de Estados, 86,4% aos municípios não-capitais e 3,6% constituem uma reserva para suplementar a participação dos municípios mais populosos. Já as transferências de recursos do SUS por meio de repasses fundo a fundo, representa os valores de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde recebidos pelos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS, (Piso de Atenção Básica – Fixo e Variável, Transferências de Alta e Média Complexidade, Outros Programas Financiados por repasses regulares e automáticos).

As transferências da União (fundo a fundo) para os municípios, destinadas à saúde, apresentam um crescimento superior ao crescimento do somatório das transferências da união e a da cota do FPM. No Estado este crescimento foi de 248% em quanto que as cotas do FPM e as transferências da união 163% e 181% respectivamente. Na macrorregião o crescimento foi de 419%, 177% e 219% respectivamente; na Micro 311%, 215% e 196% e em Cruz das Almas os valores foram 227%, 183% e 163% respectivamente.

Tabela 34 - Relação entre as transferências da união e as transferências SUS Fundo a Fundo

Unidade Territorial de Análise	Transferência da União		Cota FPM		Transferência SUS Fundo a Fundo	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (E)	2010 (F)
Bahia*	3.875.931.085	7.020.102.565	2.645.750.281	4.311.521.958	716.260.760	1.777.827.329
Macrorregião Leste**	820.305.732	1.796.003.451	527.708.072	933.453.557	153.417.501	643.422.393
Microrregião ***	72.905.551	156.737.419	53.670.123	105.029.769	11.611.395	36.090.272
Cruz das Almas	17.156.604	31.341.185	11.076.176	18.051.992	4.738.084	10.738.301

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

Notas: \* Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião

Com consequência houve a ampliação da participação percentual das transferências SUS fundo a fundo nas transferências da união em todas as unidades territoriais de análise. Observar-se que em quanto a participação das cotas da FPM decresceu as transferências SUS

ampliara-se, vide tabela 35. No Estado o decréscimo foi de 6,84% e a ampliação foi 6,85; na macro 12,36% e 17,12% ; na micro 6,61% e 7,10% e em Cruz das Almas 6,96% e 6,65% respectivamente.

Tabela 35 - Participação percentual entre as transferências da união e as transferências SUS Fundo a Fundo

Unidade Territorial de Análise	%			
	2005	2010	2005	2010
	(C/A)	(D/B)	(E/A)	(F/B)
Bahia	68,26%	61,42%	18,48%	25,32%
Macrorregião Leste	64,33%	51,97%	18,70%	35,83%
Microrregião	73,62%	67,01%	15,93%	23,03%
Cruz das Almas	64,56%	57,60%	27,62%	34,26%

Fonte: Elaboração Própria

No âmbito das transferências estaduais analisaremos a participação na receita e as transferências decorrentes do fundo estadual de saúde. Em linhas gerais as transferências dos Estados são os valores dos recursos recebidos pelos municípios transferidos pelos Estados. Estas transferências são representadas, principalmente, pela cota-parte (25%) do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), mas também pelos repasses de 50% do Imposto sobre a Produção de Veículos Automotores (IPVA), além de outras, como 50% das multas do IPVA, 25% das multas do ICMS e 25% da dívida ativa tributária. Uma observação a ser feita é que o montante a ser repassado corresponde ao percentual do valor gerado no município. Aqui se destaca a cota - parte do ICMS que são as transferências de receita referente à participação de municípios na arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS, pelo Estado. Ressalta-se que o fato gerador do ICMS são: as operações relativas à circulação de mercadorias; prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e as prestações de serviços de comunicação. Portanto, assim como ISSQN, a ampliação do volume de serviço prestados no setor saúde implica em ampliação da arrecadação. No tocante as Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde, que são as receitas da transferidas dos recursos do Sistema Único de Saúde oriundo do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Programa de Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e outros).

As transferências obrigatórias oriundas da participação na arrecadação de tributos no território municipal apresenta um quadro de crescimento no período. Destaca-se a ampliação de 275,14% na microrregião e de 162,74%. No âmbito das transferências fundo a fundo, no período em análise houve uma taxa de transferência de recursos oriundos do Estado e destinadas aos municípios, tais fatos podem ter forte influência da centralização das atividades de saúde nas mãos do ente federado Estado, uma vez ainda e baixa aderência por parte dos municípios com a gestão do sistema municipal de saúde, levando ao Estado a prover tais necessidades de forma direta.

Tabela 36 - Relação entre as transferências Cota ICMS e as transferências SUS Fundo a Fundo

Unidade Territorial de Análise	Cota ICMS		Transferência SUS Fundo a Fundo		%	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (C/A)	2010 (D/B)
Bahia*	1.493.504.941	2.525.974.702	11.591.276	50.014.165	0,78	1,98
Macrorregião Leste**	687.438.201	1.248.171.010	30.000	6.377.643	0,01	0,51
Microrregião ***	12.727.713	35.019.287	-	1.325.254	-	3,78
Cruz das Almas	3.398.419	5.530.609	-	-	-	-

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

Notas: \* Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião

No tocante as transferências entre municípios, trataremos apenas da participação das receitas transferidas via SUS municipal, nas transferências realizadas entre municípios. A primeira diz respeito aos recursos de transferências de municípios para municípios, referente ao SUS, excetuado as realizadas pela modalidade convênio. Já no segundo estão de forma agregada todos os recursos recebidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, incluindo suas respectivas entidades, transferidos por Municípios. As análises das tabelas abaixo permite identificar a baixa integração existente entre os municípios na Bahia, não só no âmbito da saúde. No exercício 2005 todas as transferências realizadas entre estes entes foram referentes ao fundo de saúde. Em 2010, entretanto, houve maior diversificação no uma concentração de 95% em outras transferências municipais no âmbito do somatório dos municípios da Bahia. Quanto às outras unidades territoriais de análise registram-se apenas as transferências realizadas para o município sede da microrregião.

Tabela 37 - Relação entre as transferências municipais e as transferências SUS Fundo a Fundo

Unidade Territorial de Análise	Transferência dos Municípios		Transferência SUS Fundo a Fundo		%	
	2005 (A)	2010 (B)	2005 (C)	2010 (D)	2005 (C/A)	2010 (D/B)
Bahia*	11.928.697	21.201.006	11.591.276	1.023.857	97,17	4,83
Macrorregião Leste**	30.000	23.344	30.000	23.344	100	100
Microrregião ***	-	23.344	-	23.344		
Cruz das Almas	-	23.344		23.344		

Fonte: Elaboração Própria com dados STN

\* Dados agregados para 371 Municípios em 2005 e 365 em 2010 dos 417 Municípios do Período

\*\* Dados agregados para 38 Municípios em 2005 e 34 em dos 48 Municípios da Macrorregião

\*\*\* Dados Agregados para 7 Municípios dos 9 da Microrregião

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidencia um aspecto relevante relacionado ao funcionamento do núcleo do setor saúde e a contribuição destes para a dinamização da economia no município de Cruz das Almas, demonstra assim que o retorno econômico para a sociedade não se dá, apenas, através da disponibilização de serviços de saúde.

O núcleo da cadeia produtiva do setor saúde além possibilitar acesso à saúde e a assistência social para a população local, também faz retornar à economia do município onde funciona, parcela dos recursos subtraídos através dos impostos arrecadados e/ou transferidos de outras esferas de governo. Isto se dá através da renda injetada na economia local através dos gastos relacionados ao funcionamento de suas unidades, portanto, a destinação de recursos sejam eles de investimentos e/ou custeio podem ser considerados um importante vetor de desenvolvimento econômico regional.

O impacto distinto na economia dos municípios diferenciam as unidades públicas da privada, nas unidades privadas, as principais fontes de recursos para o funcionamento destas Instituições provêm do pagamento de consultas exames de forma direta ou através de planos de saúde, sendo, portanto, subtraídos da própria economia dos municípios onde se localizam.

O núcleo da cadeia produtiva da saúde constitui-se, portanto, em um importante vetor de desenvolvimento econômico regional, com um custo relativamente pequeno, considerando os recursos e a renúncia fiscal concedidos pelo poder público para a implantação de grandes empresas. Assim, o fortalecimento da regionalização da assistência da saúde implica não só desenvolvimento sócio-cultural, como também crescimento econômico para Cruz das Almas e toda a microrregião.

Fatores podem contribuir para a maximização do crescimento da economia local entre eles destaca-se: a criação de um polo de serviços públicos regionais haja vista que o processo e migração pendular dos profissionais de saúde para grandes centros urbanos têm como principal fator a ausência de serviços básicos e investimentos em serviços de apoio (diagnóstico e terapêutico) vez que os profissionais médicos não dispõem de suporte adequado nestes municípios, inviabilizando a realização de algumas atividades.



Assim, a regionalização da assistência à saúde implica em crescimento econômico para Cruz das Almas e toda sua microrregião. Para que este crescimento econômico se traduza em desenvolvimento para o município cabe aos atores locais gerir e executar ações necessárias para endogeneizar o crescimento.

## REFERÊNCIAS

- AFFONSO, R.B.A. **O federalismo e as teorias hegemônicas da economia do setor público na segunda metade do século XX: um balanço crítico.** 2003. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2003.
- AFFONSO, R.B.A.; SILVA, P.L.B. (Orgs.). **Desigualdades regionais e desenvolvimento.** São Paulo: Fundap, 1995. (Série Federalismo no Brasil).
- ALBUQUERQUE, M. V; IOZZI, F. L. **Novos rumos da regionalização da saúde: o complexo regional da saúde no estado de São Paulo/Brasil.** Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/pactoGestao/Acervo/2085\\_Iozzi\\_Fabiola\\_Lana.doc](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/pactoGestao/Acervo/2085_Iozzi_Fabiola_Lana.doc)>. Acesso em: 22 ago. 2011.
- ALMEIDA, E. P. de. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional.** 2005. Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999
- ARAÚJO, Mayara Mychella Sena. **Migração intra-estadual e a rede de cidades baianas.** Panorama da migração dos municípios baianos em 1995- 2000. Salvador : SEI, 2007.
- BARATA,Luiz Roberto Barradas; TANAKA,Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v.13, n.1, mar. 2004. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso)>.Acesso em: 17 ago. 2011.doi:10.5123/S1679-49742004000100003.
- BATALHA, Mário Otávio. (Coord.) **Gestão agroindustrial.** São Paulo: Atlas, 1997.
- BATALHA, Mario Otávio; SILVA, C. A.B. (Coords.). **A eficiência econômica da pecuária de corte no Brasil.** Brasília: CNI, 1999.
- BATISTA. R. A. Secretária de Saúde de São Felix em 14/06/2012. Entrevista concedida a Geovane Santana dos Santos.
- BEUREN, Ilse Maria (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- BEZZI, M. L. **Região: uma (re)visão historiográfica – da gênese aos novos paradigmas.** Santa Maria: Editora da UFSM, 2004.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospital: qualidade & produtividade.** São Paulo: Savier, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. **Manual de Auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 648 (de 28 de março de 2006)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998–2002**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

BRASIL. **Lei de 8.142, de Dezembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei de 8080, de Setembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Despesas públicas**: manual de procedimentos: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios 1. ed. Brasília : Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Contabilidade, 2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas**: manual de procedimentos: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. 3.ed. Brasília : Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional; Secretaria. do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Contabilidade, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOAS - SUS 01/2001, de 6 de Janeiro de 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB - SUS 01/91, de 7 de Janeiro de 1991**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB - SUS 01/93, de 20 de Maio de 1993**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB - SUS 01/96, de 6 de Dezembro de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. ver. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão de Investimentos em Saúde. **Estimativa de impacto da vinculação constitucional de recurso para a saúde**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil**. Brasília, 2002. 11p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual** : orientações para organização e funcionamento Brasília, 2009.

BRASIL. **Lei de 8.142, Dezembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei de 8.080, Setembro de 1990**. Brasília, 1990.

BRASIL. **NOAS-SUS01/2001, de 6 de Janeiro de 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília, 1997.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.

CERVO, Amado Luis; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAGAS. C. A. N. **Região e regionalização, novas configurações, novos conceitos**: uma proposta de reformulação da regionalização do Estado do Pará. Disponível em: <egal2009.easyplanners.info/area02/2038\_Chagas\_Clay\_Anderson.doc>. Acesso em: 7 maio 2012.

CORDEIRO, H.A **indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORRÊA, R. L. Espaço: um conceito-chave na geografia. In: CASTRO, I. E. ; GOMES, P. C. C. ; CORRÊA, R. L. **Geografia**: conceitos e temas. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 15-48.

CORRÊA, R. L. **Região e organização espacial**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1998. (Série princípios).

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

CUNHA, A. M.; SIMÕES, Rodrigo; PAULA, J. A. **Regionalização e história**: uma contribuição introdutória ao debate teórico-metodológico. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2005.

DA MOTTA. G.P. FS Perobelli ; BASTOS, S.Q.A. Determinantes da localização de serviços de saúde: uma abordagem econométrica-espacial para os municípios brasileiros. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria ; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p.16-27, set./nov. 2001.

FEVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Caderno v. 88, n.2, 2003. 371 -378p.

FLEURY, Sonia ; OUVÉRY, Assis M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRÉMONT, A. **A região como espaço vivido**. Portugal: Livraria Coimbra, 1980.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, jun. 2000.

GADELHA, C.A.G. **Estudos de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio**. Cadeia: Complexo da Saúde. Complexo da Saúde Estrutura, Dinâmica e Articulação da Política Industrial e Tecnológica com a Política de Saúde. Nota Técnica Final. Campinas, Dezembro de 2002.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, Cristina; AMARAL, Pedro; SIMÕES, Rodrigo. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise multivariada da macroregional-Brasil, 2002. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 15., 2006. Caxambú-MG. **Anais...** 2006.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1017-1025, jul.-ago., 2005.

GUTEIRREZ, R. M. V., ALEXANDRE, P. V. M. Complexo industrial da saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 119-155, mar. 2004

HADDAD, P. R. (Org.). **Economia Regional: teorias e métodos de análise**. Fortaleza: BNB. ETENE, 1989.

IBGE. Diretoria de Pesquisa-DPE. Coordenação de Contas Nacionais-CONAC. **Nova Série do Produto Interno Bruto dos Municípios, referência 2002**. Brasília, 2002.

IBGE, Diretoria de Pesquisa-DPE. Coordenação de Contas Nacionais-CONAC. **Sistema de Contas Nacionais – Brasil. Estrutura do Sistema de Contas Nacionais. Nota metodológica nº 2. referência 2002**. Brasília, 2002.

IBGE. **Censo demográfico: resultados preliminares da amostra**. Censo 2010: país tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2018&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1)>. Acesso em: 23 maio 2012.

ISARD, W. et al. **Methods of Interregional and Regional Analysis**. [S.l.]: [s.n.], 1999.

IUNES, Roberto F.. Demanda e demanda em Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães (Org.). **Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde** 3.ed. Brasília: IPEA, 2002.cap. 4.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural** [online]. v.43, n.1, p. 29-44. 2005.

LIRIO, V.S. Marco institucional da qualidade no agronegócio. In: MILAN, M. et al. (Orgs.). **Sistema de qualidade nas cadeias agroindustriais**. 1. ed. São Paulo: Qualiagro, 2007. v. 1. p. 31-59.

MARQUES, R. M. ; MENDES, A.. A política de Incentivo do Ministério da Saúde para a atenção básico: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.163-171, 2002.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica, prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MÉDICI, A. **Economia e financiamento do setor saúde: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS**. Rio de Janeiro: São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. **Os Grandes dilemas do SUS**. [S.l.]: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MOTA, Francisco Glauber Lima. **Contabilidade aplicada à administração pública**. Brasília: Vestcon, 2005.

MOURA, Rosa; WERNECK, Débora Zlotnik. Rede, hierarquia e região de influência das cidades: um foco sobre a Região Sul. **R. paran. Desenv.**, Curitiba, n.100, p.27-57, jan./jun.2001.

NASCIMENTO, M. A. S. Secretária de Saúde de Cruz das Almas em 05/06/2012. Entrevista concedida a Geovane Santana dos Santos.

NEGRI, B. ; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001.

OLIVEIRA, Gilson Batista de. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista da FAE**, Curitiba, v.5, n.2, p.41-48, maio/ago.2002.

PERCHE, Moacyr Esteves. **Consulta nº 55.820/98, aprovado na 2.181ª reunião plenária, realizada em 20.11.98**. Homologado na 2.184ª reunião plenária, realizada em 24.11.98. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/55820\\_1998.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/55820_1998.htm)> Acesso em: 25 maio 2012.

PEREIRA .M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PONTES, J. P. **A política regional portuguesa e as economias de aglomeração**. [S.l.]: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2005.

PÓVOA, L. M. C. **Distribuição dos empregos médicos em minas gerais**: uma análise à luz da economia espacial. 2004. Dissertação (Mestrado)-UFMG, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Demografia e saúde** : contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: <[www.ripsa.org.br/local/.../276-livro\\_demografia\\_e\\_saude\\_WEB.pdf](http://www.ripsa.org.br/local/.../276-livro_demografia_e_saude_WEB.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2012.

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, v.33,supl.1,nov.2009.

REZENDE, F. **Finanças**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

RUA, Maria das Graças. **A avaliação no ciclo de gestão pública**. Disponível em: <[http://www.seguranca.mt.gov.br/UserFiles/File/SUPF/aval\\_cic\\_gest\\_publ.pdf](http://www.seguranca.mt.gov.br/UserFiles/File/SUPF/aval_cic_gest_publ.pdf)>. Acesso em: 26 abr.2012.

SANDRINI, Paulo. (Org). **Novíssimo dicionário de economia**. São Paulo: Best Seller,1999.

SANTOS. M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2004a.

SANTOS. M. **Modo de produção técnico-científico e diferenciação espacial**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

SANTOS. M. **O espaço dividido**: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. São Paulo: Edusp, 2004b.

SANTOS. M. **Técnica, espaço e tempo**: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SICSÚ. A. B et al. Para uma análise comparativa das cadeias produtivas da saúde de Aracaju e Recife: Uma Primeira Aproximação. **Revista Econômica do Nordeste REN**, Fortaleza, v. 37, n. 2, abr.-jun. 2006.

SILVA, J. A. S. **Turismo, crescimento e desenvolvimento**: uma análise urbano-regional baseada em cluster. 2004. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo – USP, 2004.

SILVA, P.L.B. ; MELO, M.A.B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. 2000. (n. 48).

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: conceitos, tipologias e sub-áreas. [Salvador]: [s.n.], 2002. Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães.

SOUZA, R. R. O sistema de saúde público. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. 2002. São Paulo, **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n.16, p.20-45, jul./dez. 2006.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TEXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. Políticas públicas: o papel das políticas públicas**. [S.l.]: AATR-BA, 2002

TRISTÃO, José Américo Martelli. **A administração tributária dos municípios brasileiros: uma avaliação do desempenho da arrecadação**. São Paulo: EAESP/FGV, 2003.

WB–WORLD BANK. **Decentralization of health care in Brazil: a case study of Bahia**. [S.L.], 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman. 2005. (obra originalmente publicada em inglês sob o título, Case study research: design and methods, 1989).



## APÊNDECE A – Roteiro de entrevista ao gestor



**UNIFACS**  
UNIVERSIDADE SALVADOR  
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

### Roteiro de Entrevista da pesquisa para Dissertação intitulada:

O Processo de Regionalização da Assistência à Saúde no Estado da Bahia: O impacto da oferta de serviços de Saúde no Núcleo da sua Cadeia Produtiva, na microrregião de Cruz das Almas.

### REGIONALIZAÇÃO

**Pergunta 1:** Desde o início da década de 1990 se intensificou a descentralização do setor saúde. Atualmente o SUS caminha para a descentralização através da Regionalização dos Sistemas Estaduais de Saúde. Como a senhora avalia esse processo? Quais são os principais pontos positivos e negativos?

**Pergunta 2.** Como a Regionalização da Assistência fortaleceu a assistência à saúde em Cruz das Almas?( é como sede de microrregião?)

**Pergunta 3:** Atualmente, como estão organizadas as relações entre o Sistema Municipal de Saúde de seu município e o município da Microrregião?

### OFERTA DE SERVIÇOS

(Abordar o processo antes e depois que o município passou a gerenciar o sistema de saúde)

**Pergunta 4.** Os serviços demandados pela comunidade são providos pela rede própria? Existe dificuldade de contratar estes serviços na rede privada local e ou da microrregião? (qual a proporção atendida pela rede própria?)

**Pergunta 5.** Qual a área mais apresentou avanço no período? E qual o principal fato motivador?

**Pergunta 6.** Quanto a estrutura física, existe número de consultórios e leitos suficientes na rede própria? e pra contratação na micro região?

**Pergunta 7.** No tocante aos equipamentos de uso médicos, atendem a demanda? Existe uma política de controle de registro e disponibilidade?

### IMPACTO NA ECONOMIA LOCAL

**(Abordar o processo antes e depois que o município passou a gerenciar o sistema de saúde)**

**Pergunta 8:** Qual é o Perfil e origem dos profissionais de saúde?

**Pergunta 9:** O número de profissionais é suficiente? Existe uma Política adequada de Recursos Humanos em seu município? Houve uma ampliação na disponibilização de profissionais no período?

**Pergunta 10:** A regionalização da assistência à saúde contribuiu para atração destes profissionais?

**Pergunta 11:** Quanto às demandas geradas para insumos específicos e ou manutenção, são atendidas na própria microrregião? Qual percentual e atendido na microrregião? Quais são os outros municípios?

**Pergunta 12:** As demandas geradas pelo sistema de saúde, seus insumos (objeto de gasto geral) são adquiridos nos municípios de cruz das Almas e/ou microrregião? Qual percentual e atendido na microrregião? Quais são os outros municípios?

**Pergunta 13:** Qual o impacto das receitas da saúde nas receitas do município? E na economia local? O município teria como atender as demandas atuais sem estas receitas?

**Pergunta 14:** E com relação às despesas quais os impactos delas nas despesas do município? Como estas despesas impactam a economia local?

**APÊNDECE B – Questionário aplicado aos gerentes do núcleo da cadeia produtiva de saúde - rede suplementar**



**UNIFACS**  
UNIVERSIDADE SALVADOR  
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES\*

**Questionário de pesquisa para  
Dissertação intitulada:**

O Processo de Regionalização da Assistência à Saúde no Estado da Bahia: O impacto da oferta de serviços de Saúde no Núcleo da sua Cadeia Produtiva, na microrregião de Cruz das Almas.

**IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

<b>1. N.º do questionário:</b> [ ]	<b>2. Tel.:</b> ____ - ____
<b>3. Nome do Entrevistado:</b>	
<b>4. Cargo do Entrevistado:</b> _____	<b>5. Data</b> ____/____/____

**IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

<b>6. Nome da Instituição:</b> _____	
<b>7. Natureza Jurídica da Instituição:</b> 1 [ ] Pública      2 [ ] Privada 3 [ ] Filantrópico    4 [ ] Sindical 5 [ ] Outros _____	<b>8. Data de início das atividades:</b> ____/____/____
<b>9. Tipo de Estabelecimento:</b> 1 [ ] Consultório _____ 2 [ ] Clínica _____ 3 [ ] Hospital _____ 4 [ ] Laboratório _____ 5 [ ] Outros _____	<b>10. Nível de Atenção:</b> 1 [ ] Ambulatorial 2 [ ] Hospitalar
<b>11. Tipo de Atendimento Prestado:</b> 1 [ ] Ambulatorial      2 [ ] Internação 3 [ ] Urgência 4 [ ] Vigilância Epidemiológica e/ou Sanitária 5 [ ] Serviço de Apoio Diagnostico e Terapêutico 6 [ ] Farmácia	<b>12. Recursos físicos:</b> Número de consultório: _____ Número de Leitos: _____ Tipo de Leito: _____
<b>13. Recursos Humanos 1:</b> Ocupação de Nível Superior:	<b>14. Recursos Humanos 2:</b> Ocupação de Nível Médio: Outras ocupações:

**REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

<b>15. Conhece a política de regionalização promovida pelo SUS?</b> 1 [ ] Sim      2 [ ] Não	<b>16. Regionalização da Assistência tem contribuído para ampliação da rede de assistência a saúde no município</b> 1 [ ] Sim      2 [ ] Não
<b>17. Os pacientes atendidos são dos municípios da microrregião?</b> 1 [ ] Sim      2 [ ] Não	

Quais são os outros municípios

OFERTA SERVIÇOS	
<p><b>18. Sua estrutura operacional hoje atende sua demanda?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não            Em Caso de não, qual a necessidade?</p> <p>_____</p>	
<p><b>19. Quanto a estrutura física, existe número de consultórios e leitos suficientes na rede própria? e pra contratação na micro região?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>	<p><b>20. No tocante aos equipamentos de uso médicos, atendem a demanda? Existe uma política de controle de registro e disponibilidade?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>
<p><b>21. Os serviços de apoio e profissionais de saúde necessários para realização de suas atividades são do município e/ou microrregião</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não            Em Caso de não, qual o município de origem?</p>	
<p><b>22. Referentes às suas demandas por serviços de apoio e profissionais de saúde quais e/ou qual apresentou avanço no período? E qual o principal fato motivador?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

IMPACTO NA ECONOMIA LOCAL	
<p><b>23. O número de profissionais de saúde no mercado regional é suficiente?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>	<p><b>24. Houve uma ampliação na disponibilização de profissionais no período na microrregião?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>
<p><b>25. A regionalização da assistência à saúde tem contribuído para atração destes profissionais?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>	<p><b>26. Houve uma ampliação na demanda por profissionais médicos e da área de saúde no período?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não</p>
<p><b>27. Quanto às suas demandas geradas para insumos específicos e ou manutenção, são atendidas na própria microrregião?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não            Qual percentual e atendido na microrregião?</p> <p>_____</p>	<p><b>28. As demandas geradas pelo sistema de saúde, seus insumos (objeto de gasto geral) são adquiridos nos municípios de Cruz das Almas e/ou microrregião?</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não            Qual percentual e atendido na microrregião?</p>
<p><b>29. Qual e/ou quais são as principais fonte de financiamento dos seus serviços</b>            1 [ ] SUS                    2 [ ] Particular            3 [ ] Plano de Saúde    4 [ ] Outros</p>	<p><b>30. Foram realizados investimentos nos últimos 7 anos</b>            1 [ ] Sim                    2 [ ] Não            Caso sim quanto o fator motivador?</p>