

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

Marco Antônio Araújo Longuinhos

ANÁLISE DO PROGRAMA DE MUNICIPALIZAÇÃO
DA SAÚDE : O CASO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA
DA CONQUISTA – BA

Dissertação de Mestrado

Florianópolis
2002

Marco Antônio Araújo Longuinhos

ANÁLISE DO PROGRAMA DE MUNICIPALIZAÇÃO DA
SAÚDE : O CASO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA
CONQUISTA – BA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em
Engenharia de Produção

Orientadora Profa. Ana Maria Benciveni Franzoni, Dra.

Florianópolis
2002

Marco Antônio Araújo Longuinhos

ANÁLISE DO PROGRAMA DE MUNICIPALIZAÇÃO DA
SAÚDE : O CASO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA
CONQUISTA - BA

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de
Produção** no **Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção** da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 31 de Outubro de 2002.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Profa.Sônia Maria Pereira, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa Ana Maria Benciveni Franzoni,
Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Profa. Lia Caetano Bastos, Dra
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Sahid Suffi, M. Eng.
Universidade do Estado da Bahia

*A meu Pai (In Memoriam),
pelo exemplo de respeito ao
próximo e honestidade que
marcam profundamente a
minha vida.*

*A minha Mãe, pelo zelo e
dedicação dispensados a
minha existência.*

*A minha Esposa, por seu
amor e compreensão as
minhas aspirações.*

*A todos os Brasileiros que
anseiam e lutam pela
construção de um País mais
igualitário.*

Agradecimentos

*Ao Governo do
Estado da
Bahia, através
do Instituto
Anísio Teixeira
e Universidade
Estadual do
Sudoeste da
Bahia;*

*A Profa. Dra.
Ana Maria
Benciveni
Franzoni;*

*Ao Prof. Ms.
Sahid Suffi e
Prof. Ms. Jovino
Moreira da
Silva;*

*A Prefeitura
Municipal de
Vitória da
Conquista,
Bahia.*

RESUMO

Os modelos de crescimento econômico endógenos consideram a qualidade do gasto público como fator decisivo para que os países possam alcançar o desenvolvimento econômico e, por conseguinte reduzir os indicadores de pobreza, que na atualidade se reveste de uma importância fundamental como objeto de investigação da Ciência Econômica. O estado de pobreza no qual está imerso grande parcela da população mundial representa um grande desafio para os governos legalmente constituídos, que se porventura não conseguirem elevar a eficiência das políticas públicas sociais na redução da pobreza, reduzirá de forma abrupta o potencial de crescimento da economia, elevando assim o percentual de pobres na população local. O programa de municipalização da saúde pública no Brasil representa um avanço em termos das políticas públicas adotadas, pois considera o Município como ente fundamental no processo decisório de aplicação dos recursos. A maior participação do município no planejamento e execução dos recursos da saúde pública no Brasil pode conduzir a uma elevação da eficiência das políticas públicas, uma vez que, com o deslocamento do processo decisório para fim da cadeia (município), a sociedade poderá dispor com mais facilidade de instrumentos legais que a possibilitem influir na formatação das políticas a serem adotadas reduzindo a sua possibilidade de falha, além do que, eleva a capacidade de controle por parte da sociedade, que é a principal beneficiária das políticas públicas. A pesquisa teve como objetivo analisar o nível de eficiência dos gastos sociais e a condição de sustentação dos programas implantados pela Administração Municipal no Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, entre os anos de 2000 a 2001, seus impactos na redução da taxa de pobreza local e a contribuição para o desenvolvimento econômico municipal.

Palavras-Chave: Pobreza, Estado, Políticas Públicas, Gasto Público, Crescimento.

ABSTRACT

The models of inner economic growth consider the quality of the public expense as decisive factor so that the countries can reach the economic development and, consequently to reduce the poverty indicators, that at the present time is covered of a fundamental importance as object of investigation of the Economic Science. The poverty state in which great portion of the world population is immersed represents a great challenge legally for the governments constituted, but if doesn't get to elevate the efficiency of the social public politics in the reduction of the poverty, it will reduce in an abrupt way the potential of growth of the economy, elevating like this the percentage of poor in the local population. The program of the county public health in Brazil represents a progress in terms of the adopted public politics, therefore it considers the Municipal Villages as fundamental entity in the decision-make process of application of the resources. The largest participation of the municipal villages in the planning and execution of the resources of the public health in Brazil, can drive to an elevation of the efficiency of the public politics, once, with the displacement of the decision-make process for end of the chain (municipal village), the society can dispose with more easiness of legal instruments than they facilitate it to influence in the building of the politics they be she adopted reducing its flaw possibility, in addition, it elevates the control capacity on the part of the society, that is the main beneficiary of the public politics. The research had as objective to analyze the level of efficiency of the social expenses and the condition of sustainable of the programs implanted by the Municipal Administration in the Municipal Village of Vitória da Conquista, State of Bahia, among the years from 2000 to 2001, its impacts in the reduction of the rate of local poverty and the contribution for the municipal economic development.

Key-Words: Poverty, State, Public Policy, Public Cost, Growth

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Origem do Trabalho.....	10
1.2	Objetivos do Trabalho.....	14
1.2.1	Objetivo Geral.....	14
1.2.2	Objetivos Específicos.....	14
1.3	Justificativa e Importância do Trabalho.....	15
1.4	Estrutura do Trabalho.....	16
2	Fundamentação Teórica.....	18
2.1	Pobreza.....	18
2.2	Gastos Públicos.....	28
2.3	Gasto Social Público.....	35
2.4	Crescimento Endógeno.....	38
3	Estudo de Caso	40
3.1	Caracterização	40
3.1.1	Perfil Econômico do Município.....	42
3.1.2	Atividades Econômicas.....	44
3.1.2.1	A Educação como Alternativa Econômica.....	45
3.1.3	O Sistema de Saúde Pública.....	46
3.2	População e Amostra.....	49
3.3	Coleta de Dados.....	50
3.4	Apresentação e Análise dos Resultados.....	51
3.4.1	O Programa de Municipalização da Saúde.....	51
3.4.2	Estudo de Caso.....	59
3.5	Considerações Finais.....	72
4	Conclusões e Recomendações para Futuros Trabalhos.....	74
4.1	Conclusões.....	74
4.2	Recomendações para Futuros Trabalhos.....	76
5	Bibliografia.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estimativa Populacional, Segundo Faixa Etária.....	41
Tabela 2	Arrecadação Municipal.....	41
Tabela 3	Número de Procedimentos Realizados – Vigilância Sanitária.....	48
Tabela 4	Número de Casos Notificados e Coeficiente de Incidência.....	56
Tabela 5	Metas do Plano Municipal de Saúde.....	57
Tabela 6	Programação Orçamentária.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Sexo dos Entrevistados.....	60
Figura 2	Idade dos Entrevistados.....	61
Figura 3	Endereço dos Entrevistados.....	63
Figura 4	Renda Familiar Mensal.....	64
Figura 5	Freqüência de Utilização dos Serviços de Saúde.....	65
Figura 6	Direcionamento do Atendimento.....	67
Figura 7	Tempo de Espera para ser Atendido.....	68
Figura 8	Avaliação do Sistema.....	69
Figura 9	Razões da Classificação : Bom	70
Figura 10	Razões da Classificação : Regular.....	71
Figura 11	Razões da Classificação : Ruim	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Origem do Trabalho

Dentre as muitas características do Estado Brasileiro, uma das mais marcantes, é o contraste no que se refere aos seus indicadores sociais e econômicos.

Concomitantemente com o grande surto de industrialização da economia, ocorrido com mais vigor a partir dos anos cinquenta, e com a urbanização da sua população, sobretudo nas duas últimas décadas, observa-se um incremento dramático dos níveis de pobreza absoluta da população brasileira e dos níveis de desigualdade e de exclusão social.

Uma forma de compensação do baixo nível de renda das camadas mais pobres é o investimento público nas áreas sociais. Isso porque esses serviços essenciais amenizam o estado de pobreza em que vivem as famílias carentes já privadas dos bens materiais, em virtude da deficiência de renda. Nesse aspecto o país apresenta grandes dificuldades.

Políticas governamentais nas áreas da saúde, previdência e assistência social, educação, habitação, saneamento, transportes coletivos urbanos, suplementação alimentar são, dentre outras, expressões da intervenção do Estado na economia para a transformação de um ambiente econômico. Tais políticas sociais constituem sistemas de proteção social pelos estados nacionais ou *welfare state*, que se moldou às ações clássicas do Estado, com maior ênfase após a Segunda Guerra Mundial.

Para Lavinias (2000), políticas sociais são constituídas de transferência de renda seja na forma monetária, ou por meio da provisão de serviços, que independem do poder de barganha individual ou de grupos sócio-ocupacionais.

O caminho que as políticas sociais vêm trilhando no Brasil nestes últimos anos são tais, que houve flexibilização nas relações de trabalho, diminuição dos postos

de trabalho e propostas de reformas sociais - sobretudo da seguridade social - que desvinculam a inserção no mercado formal de trabalho dos direitos próprios do seguro social, mas não da sua relação contributiva. É proposta que essa, agora, passe a ser ditada pelo regime de capitalização individual, portanto, em função da capacidade de poupança de cada cidadão, independentemente da sua condição no mercado de trabalho (COHN, 2002).

A cada ano, o Brasil gasta R\$ 150 bilhões em políticas sociais. A quantia não é desprezível. Mas esse volume de recursos tem sido incapaz de diminuir a pobreza. Vai ano vem ano, passam-se décadas, e a concentração de renda permanece igual. Os 10% mais ricos continuam a deter metade da riqueza nacional, enquanto os 10% mais pobres possuem menos de 1% (PIOLLA, 2002).

Em 1997 os gastos públicos sociais no Brasil, correspondiam a 19,7 % , do PIB passando a representar o percentual de 22,3 % no ano de 2000, destacando-se os programas da Previdência Social, Educação, Saúde e Benefícios a Servidores Públicos, como os de concentração mais expressiva dos recursos. Na América Latina apenas o Uruguai investiu no ano de 2000 mais que o Brasil na área social, apresentando uma taxa de investimento em gastos sociais, relativos ao PIB, da ordem de 22,8 % (CEPAL, 2002).

A Estratégia de Assistência do Grupo Banco Mundial ao Brasil no período 2000-2002 tem como principal objetivo à redução da pobreza. Assim, segundo Furtado e Azeredo (2002), o Banco Mundial aprovou em 2001 um empréstimo de US\$757,58 milhões para a reforma fiscal no Brasil. Esse empréstimo conforme os autores foi concedido para apoiar a consolidação do programa de reformas fiscais no qual o Brasil tem se empenhado nos últimos anos. Ao assegurar a estabilidade fiscal e uma abordagem estratégica da gestão dos gastos públicos, essas reformas levarão o País a uma maior estabilidade econômica, um maior crescimento e, finalmente, à redução da pobreza.

Para Barros e Foguel (2000), o Brasil não pode ser considerado um país pobre, a despeito de possuir um elevado grau de pobreza entre a sua população, que é derivado da elevada concentração de renda. Mais de 75% da população mundial vive em países com renda per capita inferior a brasileira, sendo de R\$ 34 bilhões

por ano o montante necessário para erradicar a pobreza no Brasil, o que é relativamente pequeno, em comparação com a renda nacional (R\$ 800 bilhões) ou com os recursos já destinados à área social (R\$ 130 bilhões). Ainda segundo os autores, a má focalização dos gastos públicos é a principal razão para que os indicadores da pobreza ainda permaneçam elevados.

O Índice de Gini, que reflete o grau de desigualdade e concentração de renda em uma economia, variando em uma escala crescente de 0 a 1, onde números próximos a 0 significam maior desconcentração da renda e menor desigualdade social possível e números próximos a 1 indicam maior concentração e desigualdade, no Brasil, apresenta um indicador de 0,607, que é considerado elevado em comparação com outros países que apresentam estágio semelhante de desenvolvimento econômico. (IBGE, 2002).

Os Indicadores Sociais Mínimos (ISM), construídos a partir da PNAD – 2000 (Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar), analisam em seu conjunto, o comportamento da saúde, educação, renda e trabalho, caracterizando o desenvolvimento humano de uma sociedade, indicam também o elevado grau de desigualdade existente na sociedade brasileira, com maior incidência da pobreza absoluta, concentrando-se nas regiões norte e nordeste, onde se concentra a maioria absoluta dos indivíduos considerada pobre ou miserável. (IBGE, 2002).

É importante enfatizar a necessidade de se entender o problema dessas duas regiões não como problemas à parte e separados, mas como um único processo de empobrecimento que, através da migração apenas se desloca geograficamente e toma formas diferenciadas.

Nos últimos anos têm surgido - dentro e fora do Brasil - focos de preocupação com a pobreza. A Organização das Nações Unidas (ONU) denuncia ao mundo a vergonhosa fome na África e o Fundo Monetário Internacional (FMI) cobra dos países ricos abertura de seus mercados às nações pobres. No Brasil, prefeituras e governo federal criam programas como o Bolsa-Escola, que paga para os pais não tirarem os filhos da escola. Ao menos nisso, economistas e sociólogos concordam: são mais eficazes os programas que induzem a família ou a comunidade a acreditar na idéia de progresso social - que a mudança de vida do pai no presente

significa um futuro melhor para o filho, programas que tiram o pobre do estado de resignação para outro de ação pró-ativa. É a noção de que o pai analfabeto prefere que o filho trabalhe a estar na escola, mas o alfabetizado não quer ver o filho retroceder ao analfabetismo (CALDAS, 2002).

Segundo Almeida (2002), as últimas notícias geradas a partir de pesquisas do IBGE e do IPEA, entidades do governo federal, não chegam a ser inéditas, mas alarmaram a todos que têm na cidadania uma referência constante. A miséria é devastadora sob o enfoque ambiental, inaceitável sob o ângulo ético e social e limitante do ponto de vista de mercado potencial para o setor produtivo, limitando renda, empregos e geração de impostos.

Nesse sentido, Sen (2000), considera como sendo de fundamental importância para a redução da pobreza, elevação do crescimento e posterior ingresso em um ciclo virtuoso de desenvolvimento econômico, que os programas públicos de educação e saúde possam ser elevados em seu aspecto quantitativo e qualitativo, favorecendo a maior parcela possível da população. Beneficiando, assim, o maior número possível de pessoas consideradas pobres, melhorando as suas habilidades necessárias para o ingresso no mercado de trabalho formal, condição imprescindível ao atual estágio de produção capitalista (Revolução Pós-Industrial), onde deverão auferir maiores rendimentos derivados da relação de trabalho em função da sua condição educacional, o que reduzirá a pobreza de forma consistente e duradoura, melhorando a condição de cidadania de parcela da população, excluída anteriormente em face de condição de pobreza, até porque os benefícios e habilidades geradas a partir da educação são intertemporais, portanto garantem o seu possuidor melhores habilidades para lidar com choques adversos, elevando o seu potencial de ascensão social.

Importante salientar que o Brasil é o primeiro País no mundo a sediar um Centro Internacional das Nações Unidas para estudar a questão da pobreza. O Governo brasileiro e o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (Pnud) assinaram acordo para a criação do Centro Internacional para Políticas de Redução da Pobreza - CIPRP (International Center on Poverty Reduction Policies - ICPRP), com escritório na cidade do Rio de Janeiro (PNUD, 2001).

Um dos principais objetivos do CIPRP é colaborar para reduzir em 50% o número de pessoas que recebem menos de U\$ 1 por dia, até 2015, em todo o mundo. Este compromisso foi assinado por 180 chefes de Estado durante a Conferência do Milênio, promovida pelas Nações Unidas, em setembro de 2000. Além de ajudar os países na troca de experiências no combate à pobreza e à desigualdade, o Centro Internacional visa fortalecer a capacidade interna dos países pobres e em desenvolvimento - principalmente na América Latina e na África - na formulação de políticas sociais, diminuindo, assim, sua dependência de fontes estrangeiras.

Segundo o mesmo autor, a escolha do Brasil para sediar o Centro ocorreu em função do IPEA ser reconhecido internacionalmente como "centro de excelência" em estudos sobre pobreza, desigualdade e políticas de redução da pobreza.

Estado rico em recursos naturais, a Bahia convive com realidades diversas e contrastantes, com áreas industrializadas e economicamente vigorosas, como a Região Metropolitana de Salvador, e outras de grandes carências e extrema pobreza, como a vasta região do Semi-Árido.

Segundo SEPLANTEC (2002), mais de 80% dos baianos estavam abaixo da chamada linha de pobreza entre 1996 e 1997, ganhando menos de R\$132 mensais. Essa informação deve ser relativizada, conforme o mesmo autor, no sentido de que a realidade atual é muito pior. Há informações que o desemprego na Região Metropolitana já teria ultrapassado a casa dos 26%, o que certamente agravaria o quadro apontado pelo IPEA.

A região Sudoeste da Bahia abrange mais de 20 municípios e conta com uma população de, aproximadamente, um milhão de habitantes.

Vitória da Conquista com 272.585 habitantes é o centro mais importante da região e a segunda maior cidade do interior baiano. De vocação eminentemente agrícola, o município, bem como, toda a região sudoeste sofreu uma mudança significativa a partir dos anos 70 com a implantação do pólo cafeeiro provocando um forte aumento populacional de algumas cidades, principalmente Vitória da Conquista (CEAS, 2002).

No Município de Vitória da Conquista o Poder Público Municipal, vem

implantando ao longo dos últimos quatro anos, uma política de gastos sociais baseada na melhoria dos Indicadores Sociais Mínimos, notadamente na área de educação e saúde, com maior foco de investimentos em programas públicos relacionados à saúde, através da adoção de um modelo de gerenciamento integrado que concentra na gestão municipal a administração e controle dos recursos federais e estaduais destinados à saúde pública (SSM, 2002).

1.2 Objetivos do Trabalho

1.2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo geral, analisar a implantação do Programa Municipal de Saúde Pública do Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a evolução dos programas desenvolvidos na área de saúde, através dos dispêndios realizados, da quantificação dos agentes atendidos e dos benefícios gerados para a redução da pobreza local;
- Verificar os impactos da implantação Programa Municipal de Saúde para o desenvolvimento econômico local;
- Propor melhorias para o Programa.

1.2 Justificativa e Importância do Trabalho

Sen (2000), classifica um conjunto de liberdades que estão relacionadas à democracia, como de fundamental importância para o alcance do desenvolvimento

econômico. Para o autor liberdades políticas, facilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora, favorecem os indivíduos pobres a formar um conjunto de habilidades que contribuirão para um maior dinamismo na mobilidade social. Considera ainda, que os investimentos realizados em saúde e educação são estratégicos para a elevação das liberdades de oportunidades sociais, que irão contribuir de forma decisiva para a redução da pobreza.

Barros (2000), afirma que a sustentabilidade do desenvolvimento socioeconômico está diretamente associada à velocidade e à continuidade do processo de expansão educacional, demonstrando assim, a importância da educação como área de investimento estratégico para o aumento da renda média da população, além de influir favoravelmente na eficiência econômica de toda a sociedade. Indivíduos melhor educados estão menos sujeitos a contrair doenças típicas da condição de pobreza, provocadas em grande monta pela ausência ou ineficiência do saneamento básico, produção e manuseio inadequado de alimentos, manejo irregular das fontes de água potável e reduzida sensibilização a programas preventivos de saúde pública.

Os dados disponíveis na RAIS (MTB, 2000), para o setor formal da economia no Município de Vitória da Conquista tornam evidente a relação entre rendimentos derivados do trabalho e grau de escolaridade. Indivíduos classificados na faixa etária entre 25 a 29 anos, apresentaram uma diferença de 400% nos rendimentos, em relação aos classificados na pesquisa como analfabetos, que perceberam conforme a fonte pesquisada, 1,34 salários mínimos. Os indivíduos classificados como portadores do nível superior, apresentaram a melhor performance nos rendimentos, com ganho médio mensal de 6,71 salários mínimos.

Os indivíduos pobres são afetados em sua condição de auferir maiores rendimentos devido a sua reduzida escolaridade que os impede de ocupar postos mais qualificados no mercado de trabalho, conduzindo-os para ocupações com menor capacidade de geração de renda ou ao mercado de trabalho informal onde as condições de trabalho e proteção previdenciária são precárias, contribuindo assim para a manutenção do estado de pobreza e para a sua reprodução através

das gerações futuras.

Esse descaso com os serviços sociais que tem se agravado ultimamente, exacerba o estado de pobreza do País, torna os seus habitantes muito mais vulneráveis à incidência de doenças características de economias atrasadas.

Na sociedade brasileira existem disparidades tremendas entre os padrões de desenvolvimento, e, por conseguinte, de pobreza entre as diferentes regiões e estados brasileiros. De fato, nos estados situados nas regiões Nordeste e Norte, os níveis de pobreza se exacerbam bem mais, se comparados aos níveis observados nos estados situados nas regiões Sudeste e Sul.

O trabalho proposto possui a importância e justifica-se à medida que analisa a evolução dos programas desenvolvidos nas áreas de saúde, através dos dispêndios realizados, da quantificação dos agentes atendidos e dos benefícios gerados para a redução da pobreza local; verifica os impactos da implantação Programa Municipal de Saúde para o desenvolvimento econômico local e propõe melhorias para o Programa.

1.4 Estrutura do Trabalho

O capítulo 1 aborda a origem do trabalho, seus objetivos geral e específicos, bem como a justificativa e a importância do mesmo.

O capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica pertinente aos temas que fundamentarão a pesquisa.

No capítulo 3 é apresentado o estudo de caso, bem como a apresentação e análise dos resultados.

O capítulo 4 apresenta as conclusões e sugestões para futuras pesquisas.

Finalmente são apresentados a bibliografia, os apêndices e os anexos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Pobreza

Pobreza pode ser definida segundo Barros, Henrique e Mendonça (2000), como uma situação de carência no qual os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida, condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico. O padrão mínimo de sobrevivência identificado pelos autores é considerado, em função dos gastos necessários para a sobrevivência humana, condizentes com um padrão específico de vida. A linha de pobreza ainda, segundo os autores, pode ser definida como a quantificação do nível mínimo dos gastos necessários a sobrevivência, portanto, é identificada como sendo um limite monetário que estabelece a mensuração dos indivíduos situados aquém deste limite, em função da renda percebida. Um país pode possuir várias linhas de pobreza que dependerão para a identificação das diferenças econômicas apresentadas entre as regiões geográficas, que serão objeto de análise.

Santos (2001), considera que os países subdesenvolvidos, nos últimos 50 anos, conheceram três formas diferenciadas de classificação da pobreza e da dívida social. No início a pobreza incluída era o resultado da incapacidade de adaptação local aos processos mais gerais de mudanças e a sua ocorrência estava condicionada a uma área específica, não havendo a sua reprodução para outros locais de forma programada.

Para o autor o dinheiro na fase inicial, ainda não constituía um nexos social obrigatório o que tornava o consumo não difuso. A pobreza se apresentava como um acidente social, com soluções assistencialistas e locais, segundo as quais o indivíduo considerado pobre estava incluído na sociedade.

Em uma segunda fase, a pobreza é considerada como uma doença da civilização, onde o progresso e o desenvolvimento econômico amplificam a função do dinheiro como elo entre produção, consumo e geração de riquezas, alterando a relação do indivíduo pobre para com a sociedade. A pobreza passa a se constituir

em uma relação quantitativa, na qual a pobreza absoluta e a relativa passam a se constituir objeto de análise através da sua mensuração a partir de índices de pobreza.

Ainda segundo o autor, os pobres nesse período passam a ser classificados como marginais, por representarem uma condição de vida e consumo, divergentes com o desenvolvimento econômico que se constitui, nessa terceira fase, o principal objetivo dos Estados Nacionais.

Continuando, o mesmo autor afirma que a pobreza estrutural globalizada, na atual fase, é o resultado de um sistema de ação deliberada de vários atores sociais. O Estado adotou de forma deliberada uma postura de ausência em suas funções sociais e de regulação. A remuneração do fator trabalho vem sofrendo reduções apesar da elevação de produtividade e uma nova forma de produção é dinamizada por toda a economia, tornando excluídos das relações econômicas, os pobres outrora denominados incluídos e marginalizados.

O Banco Mundial (2002), discute a pobreza não apenas como uma carência material de recursos econômicos, reconhecendo que na verdade esta é apenas a parte perceptível, a consequência do estado de pobreza. A forma como afeta a vida quotidiana de milhões de pessoas em todo o mundo, tanto em países pobres quanto nos ricos leva a reflexão da pobreza como negação à condição de civilidade e cidadania:

A pobreza é a falta de um teto para se resguardar. A pobreza é estar enfermo e não poder ser atendido por um médico. A pobreza é não poder ir a escola e não saber ler. A pobreza é não possuir trabalho, temer o futuro e viver dia após dia. A pobreza é perder um filho devido a enfermidades relacionadas à água impura. A pobreza é impotência, falta de representação e liberdade (BANCO MUNDIAL, 2002).

Indivíduos que vivem com renda *per capita* inferior ao necessário para a satisfação de suas necessidades básicas podem ser considerados pobres, pois a insuficiência da renda conduz a reduzida capacidade de consumo que é o principal elemento indicativo do grau de pobreza de uma sociedade.

Para Barros, Henrique e Mendonça (2000), o país apresenta uma das mais elevadas taxas de desigualdade do mundo, contudo não deve ser interpretado como um país pobre, pois apresenta um PIB relativamente elevado (US\$ 560

bilhões), que conduz a uma renda per capita de US\$ 4.271, superior, portanto a observada em 77% da população mundial. O Brasil possui em sua sociedade um elevado número de pobres e indigentes, aproximadamente 76 milhões de pessoas, o que representa 14% da sua população vivendo em famílias com renda inferior a linha de indigência e 34% em famílias com renda inferior a linha de pobreza.

A elevada concentração de renda presente na economia brasileira é responsável, segundo os autores, pelo elevado número de pobres entre a sua população. Países que apresentam uma renda semelhante à brasileira, registram um índice de pobreza variável entre 8 a 10% da população (Tailândia, Malásia, Colômbia, Bulgária, etc.), o que evidencia um percentual médio de 20% sendo que a diferença entre o índice total (28,7%) menos ao índice médio apresentado pelos países (8,7%), é devido tão somente a elevada desigualdade na distribuição dos recursos nacionais.

A desigualdade econômica no Brasil reflete no lento declínio, em relação ao potencial da economia, com que a taxa de pobreza nacional vem se comportando. Entre 1997 e 1999, a taxa de pobreza apresentou um declínio de 6%, passando de 40% para 34% da população brasileira (PNAD, 1999), percentual este que ainda é considerado elevado, considerando-se o grau de desenvolvimento econômico alcançado pelo país.

As causas de uma distribuição desigual da renda, para Ferreira (2000), pertencem a cinco grupos distintos de fatores: a existência de diferenças entre os indivíduos no que diz respeito as suas características natas, como raça, gênero, inteligência e/ou riqueza inicial; a existência de diferenças entre indivíduos relativas a características individuais adquiridas, como nível educacional e experiência profissional; existência de mecanismos pelos quais o mercado de trabalho age sobre os dois grupos citados de características, transformando-as diferenças de rendimento do trabalho; estágio de desenvolvimento do mercado de capitais, que influenciam no acesso e preço do crédito ou de apólices de seguros, que determinam a inserção do indivíduo em diferentes ocupações produtivas, afetando a geração da renda e sua distribuição; o fator demográfico que influencia

na decisão quanto à formação de domicílio, fertilidade, coabitação ou separação domiciliar.

Costa (2002), afirma que através do critério da Paridade do Poder de Compra (PPP), a economia brasileira é considerada como a nona maior do mundo, apresentado um PIB da ordem de (US\$ 1,13 trilhões), se posicionando no *ranking* mundial atrás apenas dos EUA (US\$ 9,9 trilhões), China (US\$ 4,5 trilhões), Japão (US\$ 3,15 trilhões), Índia (US\$ 2,2 trilhões), Alemanha (US\$ 1,94 trilhões), França (US\$ 1,45 trilhões), Inglaterra (US\$ 1,36 trilhões) e Itália (US\$ 1,27 trilhões). Contudo, apresenta uma das mais desiguais distribuições de renda do mundo, na qual os 10% mais ricos da população recebem uma parcela quase 50 vezes maior em relação aos 10% mais pobres, que recebem em torno de apenas 1% da renda nacional.

Segundo o autor, um país com economia de mercado e um regime democrático, a redistribuição da renda se faz através do sistema tributário por intermédio da adoção de políticas de transferência de renda, com tributação progressiva incidindo sobre as pessoas físicas relativamente mais ricas, com a sua posterior alocação, sob a forma de gastos públicos, a favor das pessoas relativamente mais pobres, o que lhes aumentará a renda pessoal disponível. Com a provisão por parte do Estado de serviços de educação e saúde de melhor qualidade, as pessoas pobres poderão alocar parte da renda disponível através da tributação para outros itens do orçamento doméstico, beneficiando assim a possibilidade de aumentar os ativos.

Sen (2001), considera que para uma melhor compreensão acerca dos problemas que envolvem a desigualdade de renda em um país, há necessidade de reformulação das medidas usuais para a mensuração da pobreza, que são baseadas na renda relativa a linha de pobreza.

Conforme o autor, a despeito da sua funcionalidade operacional, a abordagem em uso não consegue explicar de forma perfeita os movimentos de renda dentro da faixa da pobreza e da indigência, fazendo com que os esforços no combate a pobreza recaiam tão somente sobre a necessidade de elevar a renda em relação a linha de pobreza determinada para uma economia. Chama, ainda, a atenção

para a incapacidade relativa que a abordagem da renda tem na avaliação da pobreza nas economias desenvolvidas, que em geral apresentam um grau de renda elevado, mas que refletem uma parcela da sua população na pobreza e até mesmo em condições de miserabilidade, que não pode ser totalmente explicada através da renda, mas também através da ausência de capacidades que são desenvolvidas a partir do grau de desenvolvimento econômico.

A desigualdade social no Brasil a despeito de ser elevada, em comparação com países que apresentam estágio semelhante de desenvolvimento pode ser reduzida através da adoção de políticas públicas redistributivas que possam influenciar na geração de renda, aumento do consumo e que possibilitem aos indivíduos pobres reforçar a sua capacidade de possuir ativos.

Segundo NERI (2000), as políticas públicas estruturadas objetivando elevar a capacidade dos pobres em possuir e reter ativos devem ser estruturadas sob três grupos: Capital Físico (ativos financeiros bens duráveis, moradia, terra, serviços públicos e transporte); Capital Humano (escolaridade, educação técnica, idade e experiência) e Capital Social (emprego, sindicatos e associações, participação política e estrutura de família).

O Capital Social, segundo o Banco Mundial (2002), é o elemento que apresenta a maior contribuição para o desenvolvimento econômico de um país subdesenvolvido. Envolve a melhoria da educação, os serviços de saúde, a construção de instituições políticas competentes e responsáveis, os quais facilitam a existência e desenvolvimento de mercados livres capazes de competir em uma economia global. Esses mecanismos possibilitam ao indivíduo pobre reforçar os seus laços com o setor formal da economia, contribuindo para a elevação dos seus rendimentos advindos do trabalho.

Néri (2000), tratando a respeito da condição de propriedade dos ativos entre os indivíduos pobres e não pobres no Brasil tendo em vista uma avaliação estatística da pobreza, constrói um perfil da pobreza nacional. Deste procedimento resultou a construção de três linhas de pobreza ajustadas de acordo com o custo de vida nas regiões avaliadas (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste)

Através do perfil identificado pelo autor, percebe-se que pobreza no Brasil está concentrada nas regiões geográficas com menor desenvolvimento econômico. Tais conclusões também podem ser evidenciadas mediante o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que avalia o grau de desenvolvimento de um país ou região específica através da expectativa de vida, nível educacional e rendimento real ajustado, que aponta os estados da região Nordeste, Acre, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, como aqueles que apresentam os menores índices de IDH do Brasil, o que reflete o grau de pobreza e desigualdade nestas regiões, em comparação com as mais desenvolvidas (COSTA, 2002).

Para o autor a principal falha dos programas de combate a pobreza no Brasil é a ausência de administração adequada dos gastos públicos impedindo que os recursos cheguem às pessoas mais necessitadas. É necessário identificar com maior precisão os pobres e indigentes (renda mensal média de R\$ 15 reais), concentrar os esforços do poder público na melhoria da renda dos indigentes e só depois eliminar a pobreza. As ações públicas têm se concentrado na conjugação de políticas assistencialistas - como o programa bolsa-escola, que aplacam os problemas da pobreza, mas não a eliminam - com políticas de investimentos no capital social, que elevam a capacidade das pessoas pobres em gerar a sua renda por conta própria.

A identificação dos grupos sociais mais sensíveis à condição da pobreza é fator importante para o melhor aproveitamento dos recursos públicos face à melhor focalização dos investimentos, permitindo a elevação da eficiência econômica por capital investido - o que redundará no aumento da capacidade de atendimento a um número maior de pessoas.

O indivíduo pobre ao possuir ativo reforça a sua condição em lidar com choques adversos sobre a renda, extrai utilidade diretamente do fato de ser proprietário de ativos, o que eleva a capacidade dos indivíduos pobres em gerar renda, melhorando a sua condição em relação à linha de pobreza estabelecida (Néri, 2000).

O autor considera que a pobreza no Brasil, assume uma condição especial na análise macroeconômica, pois reúne o país condições econômicas ideais para

que o Estado possa implantar políticas redistributivas (emprego e renda), reduzindo a desigualdade presente na sociedade brasileira e melhorando os indicadores da pobreza local. O controle inflacionário ocorrido com a implantação do Plano Real, em seu início elevou a massa real dos salários elevando o poder de compra de toda a sociedade, em especial dos mais pobres, influenciando de maneira positiva na linha de miséria e da pobreza. Contudo, os ganhos iniciais mensurados através da melhoria dos indicadores de consumo, observado principalmente nas classes com menor poder aquisitivo, foram em parte anulados, devido ao lento crescimento observado na economia brasileira nos últimos 05 anos, o que tem contribuído para elevar o número de pessoas desempregadas, e por conseguinte aumentar a desigualdade econômica.

Políticas Públicas que possuem o objetivo de redistribuir a renda em uma sociedade devem incorporar em seu planejamento a separação entre políticas de transferência de renda compensatória, que buscam atuar sobre um segmento específico da sociedade, como o pagamento de pensão previdenciária, o que limita a sua área de abrangência e políticas de ação permanente, que são voltadas a criar e desenvolver condições propícias para a elevação permanente da renda da população, o que segundo Néri (2000), elevam os padrões de eficiência do capital físico, social e humano em uma sociedade, como a instauração de programas de fomento a pequenas atividades econômicas em comunidades pobres, através do sistema de microcrédito, que amplia as condições estruturais necessárias para que as pessoas pobres, sem acesso ao sistema financeiro convencional, possam ter acesso ao crédito para o desenvolvimento de atividades empresariais de pequena escala produtiva, melhorando os indicadores de renda e emprego.

O Banco Mundial (2002), aponta a importância do sistema de crédito para a redução da pobreza, pois os pobres necessitam de crédito para empreender o desenvolvimento de pequenos negócios. Entretanto, sabe-se, que esses indivíduos não tem acesso ao sistema formal de empréstimos, pois têm dificuldades em constituir garantias devido aos reduzidos rendimentos auferidos, ficando, inclusive, impedido de constituir e fomentar pequenas unidades de

negócios visando a elevação de sua renda e sua inclusão nos benefícios do mercado.

Assim, a criação de instituições financeiras capazes de oferecer empréstimos ao indivíduo de renda reduzida e incapaz em sua maioria de constituir garantias comuns ao crédito formal é condição fundamental para o florescimento dos pequenos empreendedores.

Sen (2000), afirma que a constituição do Banco Grameen, em Bangladesh é um exemplo notável da construção de uma instituição financeira elaborada para o fornecimento de microcrédito para indivíduos pobres, pois tem contribuído com notável êxito para a redução da pobreza nos locais em que atua. Esta instituição bancária apresenta um elevado índice de restituição de empréstimos, aproximadamente 98% das operações concedidas, evidenciando, desta forma, o compromisso de solidariedade constituído entre as partes favorecendo o benefício para um número maior de pessoas.

Canuto (2001), chama a atenção para o que considera ser dois equívocos correntes em programas de combate à pobreza: o viés pela grandeza e o viés da opção pela pobreza. O primeiro está associado ao entendimento de que um melhor resultado pode ser alcançado através de grandes projetos econômicos, com elevado investimento, nos quais os efeitos seriam retransmitidos a outros canais da economia com uma afetação positiva sobre o crescimento. O segundo equívoco é na verdade um preconceito firmado na crença de que os pobres não possuem habilidades que os permitem acumularem ativos.

Para o autor, os programas de microcrédito podem se constituir em alternativas viáveis para a redução da pobreza. Entretanto a sua existência deriva da incompatibilidade operacional entre o sistema financeiro formal e a necessidade de crédito para as pessoas pobres poderem implantar e desenvolver pequenos negócios. A eliminação dos dois vieses permite a visualização, na economia, de atividades de pequena escala, reduzido nível tecnológico, reduzida qualificação profissional e mínima dotação de capital, podendo estas se constituir em alternativas viáveis para a redução da pobreza. Tais atividades se constituem de forma solidária, operando através de grupos sociais específicos, reduzindo a

possibilidade da ocorrência do inadimplemento, até porque pessoas pobres possuem aversão ao risco nas decisões de investimento. As experiências internacionais ratificando esta aversão adotaram uma taxa de juros menor que praticada no mercado forma de empréstimos, o que possibilita maior capacidade de pagamento aos empreendimentos.

Costa (2001), também aponta a importância das instituições financeiras como elemento de operacionalização de políticas de desenvolvimento para regiões pobres através da implantação de programas de crédito direcionados à melhoria da capacidade produtiva e renda das famílias pobres.

Por meio do cruzamento de informações entre as regiões mais pobres e o número de agências bancárias públicas e privadas localizadas no país, o autor afirma que nas regiões norte e nordeste, apenas 22% e 11% dos respectivos municípios possuem instalada em seu território alguma agência bancária do setor privado. O setor público (Federal e Estadual), apresenta-se nestas regiões como o grande fomentador financeiro, possuindo 37% das agências bancárias na região norte e 49% na região nordestes, o que torna evidente a reduzida disposição das entidades privadas em conceder crédito nestas áreas, devido ao elevado risco de mercado em relação a outras regiões econômicas (centro-oeste, sul e sudeste), o que contribui para reforçar a fragilidade econômica regional.

Na África do Sul, o Banco Standard tem três milhões de clientes de baixa renda acrescentando a sua carteira 50.000 novos clientes todos os meses (ALMEIDA, 2001).

Afirma o mesmo autor que a criação de estratégias de mercados rentáveis para a camada mais pobre é um desafio para as corporações que nunca consideraram tal perspectiva. Significa uma profunda mudança de atitude empresarial. Cita ainda, o exemplo do Banco do Nordeste que vem emprestando dinheiro para pipoqueiros, borracheiros, alfaiates, artesãos, a juros de 3,5 % ao mês. O atendimento é feito em cinco dias, o valor máximo é de R\$ 300,00 e o prazo de pagamento vai de um a seis meses. Com um ano de atividade, o banco já tem 60 mil clientes dessa faixa. E importante: inadimplência quase zero. O exemplo, não há dúvida, deve ser seguido por nossas elites bancárias.

A ONU (2002), enfatiza a importância da democracia como elemento fundamental para o desenvolvimento humano, face ao pluralismo de idéias, a capacidade de o indivíduo pobre se fazer representar através das eleições livres, a não censura da informação, a melhor audição por parte dos poderes constituídos das demandas que se formam na sociedade contribuindo para o fortalecimento das Instituições.

Sen (2000), corrobora também a função da democracia para o desenvolvimento econômico, afirma que na história recente da humanidade o flagelo das grandes fomes não aconteceu nos países em que a democracia esteja consolidada, enquanto que por outro lado são observados vários exemplos desta natureza em países nos quais o poder é objeto de controle discricionário de algum grupo e nos quais a forma de governo não está estruturada de maneira democrática, como a ocorrida na Índia na década de 40, China na década de 50 (século XX) e na atualidade em vários países da África Subsariana.

A percentagem dos pobres entre a população brasileira declinou de 40% em 1997 para 34% em 1999, sendo que as maiores reduções aconteceram a partir dos impactos dos Planos Cruzado e Real, quando o número de pobres caiu abaixo dos 30 e 35% da população respectivamente. O grau de pobreza atingiu o seu valor máximo durante o início dos anos 80, quando a percentagem dos pobres em 1983 e 1984 atingiu a 50% da população devido a forte recessão econômica instaurada na economia (BARROS, HENRIQUES e MENDONÇA, 2000).

Banco Mundial (2002), observa também comportamento semelhante na redução da pobreza no mundo. A elevação do consumo *per capita* nos países subdesenvolvidos entre 1980 a 1998 apresentou um crescimento percentual significativo, passando de 1,4% ao ano para 2,6%, gerando como resultado a exclusão de milhões de pessoas das faixas inferiores da linha de pobreza. A proporção da população mundial em extrema pobreza que auferia menos de US\$ 1,00 ao dia declinou de 28% em 1987 para 23% em 1998.

Alerta ainda o mesmo autor, que a despeito dos resultados obtidos, o crescimento populacional, principalmente nos países subdesenvolvidos ainda continua elevado, passando de 2.900 milhões de pessoas em 1970 para 5.000

milhões em 1999, o que representa a necessidade de maiores dispêndios por parte dos países para o atendimento as demandas geradas a partir do incremento populacional.

CEPAL (2002), reflete sobre o papel das flutuações macroeconômicas como um importante elemento para as políticas públicas de combate a pobreza. A alternância nos ciclos econômicos como consequência das crises de liquidez nacional e internacional em muito contribuíram para a perda de eficiência econômica dos gastos públicos.

Nos ciclos de expansão do Produto Interno Bruto os indicadores de pobreza são afetados positivamente através do aumento da capacidade produtiva, elevação do número de empregos, recuperação do poder de compra dos salários, melhoria da capacidade fiscal do Estado, que pode dispor de maiores valores para os investimentos em programas de erradicação da pobreza.

Contrariamente, quando dos movimentos de redução do produto, se persistente como em uma recessão os investimentos, são reduzidas, as taxas de desemprego se eleva e a capacidade fiscal do Estado é reduzida o que dificulta a manutenção dos gastos sociais, que nos países subdesenvolvidos em virtude da fragilidade dos indicadores macroeconômicos compromete a existência de vários programas sociais. Como, em geral, as recessões econômicas nos países subdesenvolvidos estão associadas a crises de estabilidade monetária, a recuperação da capacidade fiscal do Estado acontece de forma lenta comprometendo a vitalidade dos programas públicos destinados ao combate a pobreza (CEPAL, 2002).

O mesmo autor enfatiza os efeitos negativos dos ciclos econômicos sobre a capacidade fiscal dos Estados Latino Americanos, durante a década de 90, que causaram a perda do dinamismo das inversões publicas e reduziram a eficiência econômica dos programas sociais adotados por cada país. Tais eventos contribuíram para a manutenção dos indicadores de pobreza em patamares elevados e apresentaram melhoria somente no final da década de 90 mediante a retomada da capacidade fiscal da maioria dos países da região proporcionando a elevação dos gastos sociais.

2.2 Gastos Públicos

A relação entre gastos públicos e crescimento econômico foi analisada inicialmente por Wagner (1890). A hipótese de Wagner ou Lei dos Dispendios Públicos Crescentes está assentada na observação de que sociedades em desenvolvimento apresentam um comportamento de elevação dos gastos públicos motivado pelo crescimento da renda *per capita*, conduzida através do desenvolvimento econômico (CÂNDIDO JÚNIOR, 2001).

Segundo o autor, a hipótese proposta por Wagner estaria baseada nas seguintes situações: Os bens públicos em sua maioria são superiores e por esta razão, aumentos na renda da população induzirão a uma maior demanda por bens e serviços públicos, que se apresentarão não apenas em forma de serviços essenciais (escolas, hospitais, estradas), mas devem ser modificadas também em virtude das alterações culturais, políticas e econômicas, construídas a partir do crescimento econômico; sociedades que possuam um número maior de jovens entre a sua população, necessitam de maiores investimentos em formação do capital humano (educação, saúde, previdência, etc.); Alterações na dinâmica demográfica, ocorrida a partir da melhoria da redução da taxa de mortalidade, exigirão maiores dispendios para o atendimento a população idosa; Programas de redistribuição de renda, seguridade social, seguro-desemprego induzem a uma elevação da importância das transferências nos orçamentos públicos.

Riani (2002), aponta que a Lei de Expansão dos Gastos Públicos está fundamentada em três argumentos utilizados por Wagner: O crescimento das atividades de administração e segurança do Estado seria inevitável, face ao crescimento e a complexidade das relações legais, a divisão internacional do trabalho, o crescimento populacional e a necessidade de maior urbanização. Isto

faria surgir maiores dispêndios públicos em atividades de leis, regulamentos e ordenamentos públicos, contribuindo para o desenvolvimento mais eficiente da economia; Com o progresso, melhorias seriam introduzidas no bem-estar da população, necessitando de maiores gastos públicos em programas de saúde, educação, saneamento e cultura. Os bens e serviços públicos apresentam elasticidade-renda da demanda positiva, refletindo uma maior demanda renda a partir de sua elevação; As mudanças tecnológicas e escalas crescentes dos investimentos redundariam no aparecimento de elevado número de monopólios privados, que para um maior eficiência do sistema econômico deveriam ser combatidos reforçando a participação do estado na economia como elemento regulador da estabilidade.

Nas economias subdesenvolvidas a Lei de Wagner, assume uma condição de aplicação maior em virtude dos níveis reduzidos de poupança e investimentos domésticos, que colocam o Estado na condição de grande provedor de bens e serviços para toda a sociedade, principalmente nas fases inicial e intermediária do desenvolvimento econômico. Nestas fases a participação dos capitais privados é relativamente reduzida frente às necessidades da criação ou modernização da infra-estrutura produtiva vigente, como a construção de estradas, sistemas de transmissão de energia, portuários, complexos siderúrgicos, etc., que exigem elevados investimentos com um período de obtenção de escala produtiva relativamente longo - o que nem sempre é desejável no setor privado.

A análise quanto à validade da Lei de Wagner aos tempos atuais, levou a implementação de estudos que culminaram em diferentes observações. Ram (*apud* Cândido Júnior, 2001, p.08), constatou que para uma análise *cross-section*, composta de uma amostra de 115 países (desenvolvidos e não desenvolvidos), a rejeição da hipótese de Wagner, embora em uma análise de séries temporais com um tratamento individual para os países desta mesma amostra tenha aceitado a hipótese em 60% dos casos. Segundo o autor a divergência encontrada nos resultados, repousa na utilização de dados nominais para verificar a elasticidade gasto-produto, o que introduz um componente favorável à hipótese de Wagner.

Segundo Cândido Júnior (2001), os resultados obtidos com a utilização de dados nominais são mais favoráveis a Lei dos Dispendios, em virtude dos preços dos serviços governamentais que tendem a se elevar em relação aos dos bens manufaturados para os países desenvolvidos, acontecendo o oposto para os países subdesenvolvidos.

Giambiagi (*apud* RIANI, 2002, p. 84), avaliou o crescimento dos gastos públicos em relação ao PIB (Produto Interno Bruto), entre os anos de 1870 a 1996 a partir de uma amostra composta por países desenvolvidos (Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Holanda, Irlanda, Itália, Japão, Noruega, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia e Suíça), refletindo sobre o aumento da participação do Estado na economia em função dos dispêndios financeiros realizados.

Segundo o autor entre os anos de 1980 a 1996, os gastos públicos imprimiram um comportamento de ascendência na maioria dos países, alcançando no ano de 1996 uma participação de 33,3% nos Estados Unidos, na Alemanha 49%, na Espanha 43,3%, no Japão 36,2%, na Itália 52,9% e na França 54,5% em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). A manutenção da taxa de crescimento dos dispêndios públicos até períodos recentes, que foram caracterizados por uma profunda discussão sobre as funções do Estado, permite validar algumas das observações propostas por Wagner, quanto ao aumento da participação do Estado na economia, em virtude do desenvolvimento econômico.

Segundo o IBGE (2002), os gastos públicos no Brasil, consolidados no exercício de 2000, que abrangem as inversões públicas nas esferas Federal, Estadual e Municipal alcançaram o percentual de 62% em relação ao Produto Interno Bruto. Este dado evidencia nos países subdesenvolvidos uma taxa de expansão dos gastos públicos, em relação ao seu PIB, maior que a apresentada nos países desenvolvidos. Isto se explica em virtude do grau de desenvolvimento econômico alcançado nos países ricos, que imputa uma maior produtividade dos investimentos gerados na economia, reduzindo assim a necessidade de uma maior presença do Estado na formatação do Produto.

Herber (*apud* RIANI, 2002, p. 92) relaciona o comportamento dos gastos públicos ao estágio de desenvolvimento industrial alcançado. Segundo o autor, no período pré-industrial o Estado incorrerá em elevados investimentos que serão destinados a formação da infra-estrutura necessária à introdução da atividade industrial. Na fase seguinte ou intermediária, os investimentos públicos tenderão a sofrer uma redução, que está associada ao aumento da participação privada na formação bruta de capital fixo da economia. Na terceira fase ou pós-industrial, os gastos públicos apresentarão um comportamento de crescimento, associado à necessidade de melhoria qualitativa na estrutura de produção e ao desenvolvimento de novas demandas sociais que se farão constituir em virtude do maior dinamismo econômico.

A indústria como elemento dinâmico no modelo proposto por Herber, estaria sujeita a todas as alterações impostas aos mercados decorrentes de novas estruturas de produção, da busca de novos segmentos, da atuação dos concorrentes e da forma como a economia nacional estaria sendo conduzida em termos de política econômica. Estas variáveis podem afetar a taxa de juros básica da economia e a qualidade dos retornos financeiros nos investimentos realizados. Os retornos decrescentes de escala forçariam também, as unidades industriais a buscar novas formas de otimização produtiva, inicialmente através do modelo industrial implantado - o que levaria a constantes modificações na função de produção, com vistas a manter a rentabilidade global dos investimentos. Esta, posteriormente, seria afetada também por novas formas de produção que modificariam a estrutura produtiva por completo e, nas economias desenvolvidas, alcançaria a forma de alterações qualitativas em toda a estrutura de produção.

Peacock e Viseman (*apud* RIANI, 2002, p. 87), analisaram a expansão dos gastos públicos a partir de observações realizadas no Reino Unido, durante o período de 1890 a 1955. O objetivo principal era estabelecer uma correlação entre o processo de expansão dos gastos públicos e o desenvolvimento econômico ocorrido no Reino Unido, principalmente na Inglaterra nos anos iniciais do século XX. Esta inferência ajudaria na compreensão dos fatores que motivaram o desenvolvimento econômico do Reino Unido na primeira metade do século. Os

estudos recaíram sobre o comportamento dos gastos *per capita* em relação ao PIB e os movimentos de expansão e retração dos gastos públicos em épocas de distúrbios econômicos, que poderiam provocar alterações no padrão dos dispêndios.

Observaram os autores que o gasto público apresentou, durante o período analisado, uma expansão considerável principalmente durante as duas guerras mundiais. Esta expansão foi classificada como “efeito deslocamento”, por criar uma variação positiva, acima da média das inversões financeiras públicas até então realizadas. Este resultado é atribuído ao processo de centralização das decisões produtivas em mãos do Estado e a necessidade de garantir um sistema de segurança nacional a população em período de ameaça Institucional.

Ainda, segundo os autores, o processo de expansão da capacidade de produção levaria o Estado a um nível de gastos superiores que, mesmo após os conflitos bélicos, não retornariam com rapidez aos parâmetros anteriores, em virtude da dificuldade da desmobilização acelerada dos fatores produtivos e a própria necessidade de reconstrução das áreas degradadas que não se faria com grande celeridade. Atentaram ainda para o fato de que a ocorrência do “efeito expansão” poderia acontecer também em virtude da adoção de uma Política Econômica equivocada que, ao tentar atingir determinados níveis de equilíbrio macroeconômico no médio e longo prazo, poderia levar a economia à recessão e até mesmo a depressão. Este efeito pode também acontecer em virtude de qualquer outro evento econômico ou social de grandes dimensões que tenha a capacidade de afetar de forma negativa ou positiva a sociedade.

Estando a receita tributária do Estado vinculada a capacidade de contribuição dos cidadãos, identificaram os autores o “efeito imposição” e o “efeito inspeção”, que estão associados à relação mantida entre o crescimento da renda das famílias e a carga tributária praticada na economia, bem como a melhoria da capacidade de fiscalização dos cidadãos quanto eficiência dos gastos públicos.

A adoção no Brasil da Contribuição Provisória Sobre a Movimentação Financeira (CPMF), atendeu em sua institucionalização ao princípio da transitoriedade, relacionada a um fato específico, que seriam maiores

investimentos na área da saúde pública. Tais investimentos decorrentes da CPMF, posteriormente, não foram ratificados em Orçamentos Públicos Federal, dados à relação custo x benefício desfavorável para a maioria dos cidadãos, principalmente aqueles alocados na base da pirâmide de renda e que utilizam com extrema frequência os serviços públicos de saúde. A sociedade constatou, utilizando a rede pública de saúde, um grau de insatisfação relativamente elevado.

No Brasil a Carga Tributária Bruta formada através da soma dos impostos, taxas e contribuições apresentaram um aumento de 12,5% entre os anos de 1996 a 2000, passando de 28,63% para 32,34% em relação ao Produto Interno Bruto, apresentando um crescimento médio de 2,2% no mesmo período (IBGE, 2002).

O Estado Brasileiro, com o objetivo de alcançar a estabilidade macroeconômica impôs à sociedade uma elevação da carga tributária em um período de reduzido crescimento econômico. Em decorrência deste fato, a capacidade de consumo da sociedade foi reduzida, redundando também na redução da capacidade global de investimentos da sociedade. Isto contribuiu para o aumento do desemprego aberto, que segundo o IBGE (2002), está em 7,1% da PEA (População Econômica Ativa), aumentando a incidência da pobreza entre a população.

O Banco Mundial (2000), avaliou o crescimento da receita tributária bruta ocorrida entre as décadas de 60 a 90, do século XX, nos países participantes do G7 (Estados Unidos, Japão, Alemanha, França, Reino Unido, Itália e Canadá), apontando uma elevação de 28% em relação aos respectivos PIBs, que passou de 29% na década de 60 para 37,2% na década de 90.

Conforme o IBGE (2002), o crescimento observado para a carga tributária no Brasil é de ascendência, com uma menor velocidade em relação aos países desenvolvidos devido à diferença de renda *per capita*, apresentando entre os anos de 1996 a 2000, uma taxa média de crescimento de 13%, passando a carga tributária de 28,63% do PIB para 32,34%, conforme já o dissemos, refletindo no aumento da participação do Estado na economia verificado através da sua capacidade de inversão.

Para Cândido Júnior (2001), existe na economia brasileira, a necessidade de redefinição das formas de inserção do estado na economia. Segundo o autor, o

gasto público no Brasil está acima do seu nível ótimo e isto sugere a existência de uma reduzida produtividade na economia com conseqüências negativas sobre o crescimento econômico. Estas podem se ampliar em decorrência da forma pela qual são financiados os gastos públicos que, assumindo uma forma negativa em sua relação tributária, anulam os efeitos positivos das externalidades.

Samuelson (*apud* CÂNDIDO JÚNIOR, 2001, p.07), afirma que a existência de bens públicos em uma economia é possível apenas em função da existência de falhas do mercado, pois a sua oferta através dos mecanismos clássicos de mercado guiado através do sistema de preços, leva fatalmente a uma sub oferta. Os consumidores, segundo o autor, tendem a não revelar as suas preferências por bens e serviços públicos na expectativa de que outros façam e montem um mecanismo de financiamento para o seu oferecimento a sociedade.

A alocação eficiente de recursos em uma economia na existência de bens públicos, segundo o autor, deve ser planejada a partir da existência de duas características: Não-exclusão e Não rivalidade do consumo. A primeira característica está associada à impossibilidade de escolha, por parte do Estado, de fornecimento de um bem ou serviço público puro a determinados cidadãos, em detrimento da sociedade, o que é inclusive um atributo jurídico do Estado Moderno.

A característica de não-exclusão conforme O'Sullivan e Sheffrin (2000), traz ao Estado um problema em sua forma de financiamento que é conhecido como o Dilema do Oportunista. Este é caracterizado pela existência na sociedade de uma parcela reduzida de cidadãos que não possuem capacidade de contribuição tributária, mas exercem o direito por demandar bens e serviços públicos. Nas economias subdesenvolvidas o dilema do oportunista assume uma conotação de maior gravidade, pois de um lado há a existência de uma reduzida parcela da sociedade que possui renda compatível com a política tributária do Estado e, de outro, uma parcela maior que contribui de forma reduzida, mas que exerce uma demanda vigorosa por bens e serviços público em face da sua condição de pobreza.

A segunda característica (Não-rivalidade no consumo), define que o consumo de um bem ou serviço público não modificará a quantidade ou qualidade dos fornecimentos, realizados a outros cidadãos.

Para o autor, em seu modelo teórico, os problemas de alocação de recursos podem ser minimizados através da existência do Estado, que assume a condição de realizar escolhas para a sociedade, evitando assim uma suboferta dos bens públicos puros para a sociedade, que seria inevitável se a lógica do seu fornecimento fosse a de preços de mercado.

Barro (*apud* CÂNDIDO JÚNIOR, 2001, p.11), desenvolveu um modelo de comportamento para os gastos públicos no qual o nível ótimo de gastos é determinado através do tamanho do governo, que gera externalidades positivas para a economia. Para o autor, a utilização de instrumentos de política fiscal, que fixam o nível de gastos além deste ponto de equilíbrio, gera retornos decrescentes de escala reduzindo a capacidade de crescimento da economia.

O modelo proposto pelo autor condiciona a existência de um limite para os gastos públicos que estão vinculados à condição da eficiência econômica. O sentido de eficiência da ação pública está relacionado à capacidade de intervenção do Estado no ambiente econômico com o intuito de equilibrar os fluxos monetários, de bens e serviços proporcionando condições estáveis e propícias para a elevação do investimento e favorecimento do crescimento econômico.

Políticas públicas são planejadas para a busca do crescimento e da igualdade, que como alternativa de combate a pobreza, só pode acontecer por meio do crescimento econômico e/ou da redução do grau de desigualdade presente em uma sociedade. A determinação do nível ótimo das políticas públicas a serem adotadas para a redução do grau de pobreza dependerá da sensibilidade com que os elementos que causam e permitem o florescimento do estado de pobreza se comportarão em relação ao crescimento econômico, a redução da desigualdade da renda ou a combinação das duas alternativas possíveis.

2.3 Gasto Social Público

O gasto social público possui importância significativa para a redução da pobreza, pois é realizado através das transferências diretas e indiretas e da implantação de programas de cunho social, com amparo prioritário à educação e saúde.

Para Sen (2000), os gastos sociais possuem a capacidade estratégica de influir na formação do capital social que é de considerável importância para o alcance do desenvolvimento econômico, pois reforçam a capacidade dos indivíduos em lidar de forma mais eficiente com os problemas derivados da condição de pobreza. Programas de gastos sociais, segundo o autor, influem também na mobilidade econômica dos agentes beneficiários, pois melhoram a capacidade de geração de renda e sua inclusão no mercado formal de trabalho.

Os indivíduos considerados pobres e indigentes são os beneficiários mais importantes das políticas públicas, pois são caracterizados como possuidores de uma renda pessoal reduzida, em relação ao parâmetro de renda considerado ideal para o atendimento as necessidades básicas da sobrevivência. Este expressivo segmento da população é impossibilitado, pela reduzida renda, de ser plenamente atendido em suas necessidades através do mercado, tornando-se dependente em elevada monta, da capacidade gerencial do Estado em prover o atendimento às suas demandas de maior valor agregado para a formação do capital social, como educação, saúde e alimentação. Estes fatores têm um impacto relativo elevado na renda dos mais pobres se constituindo em indicador de pobreza.

Amsberg, Lanjouw e Nead (2000), apontaram os gastos sociais no Brasil em um montante de R\$ 132 bilhões, dos quais apenas 13% (R\$ 17 bilhões) geram benefícios efetivos para a população mais pobre. Enfatizam os autores, sobre a necessidade de uma melhor focalização dos gastos públicos sociais. Em seu estudo, realizaram a construção de duas linhas de pobreza, para as regiões sudeste e nordeste que em conjunto representam 73% da população e 80% dos

pobres no Brasil. A primeira é baseada tão somente na alimentação, definindo uma renda mensal *per capita* de R\$ 65: o que demonstrou uma taxa de pobreza de 22% da população. A segunda linha, a partir de uma renda mensal de R\$ 130, demonstra a elevação da incidência da pobreza para 45% da população. Foram analisados vários programas públicos que atendem às áreas de educação, saúde, transferências de renda, transporte, saneamento básico e habitação e constatou-se que a parcela mais pobre da população, a despeito de se ter melhorado o perfil dos investimentos a ela destinados, recebe investimentos públicos aquém das suas necessidades dificultando a capacidade de reduzir a pobreza local. Atentaram os autores que a pobreza no Brasil está localizada em maior número na região nordeste, com maior incidência na área rural, onde predominam as menores taxas de alfabetização e as maiores taxas de mortalidade infantil.

Na América Latina, segundo a CEPAL (2002), o gasto social público vem apresentado uma melhoria em seu perfil, apresentando um aumento 25% entre os anos de 1990 a 1999, passando de 10,4% para 13,1% do PIB. O gasto social público tem refletido também sobre os gastos por habitante, destacando-se Argentina (US\$ 1.687,), Uruguai (US\$ 1.539,), Brasil (US\$ 1.011,), Chile (US\$ 827,), Panamá (US\$ 642,), Costa Rica (US\$ 622,), México (US\$ 402,) e Colômbia (US\$ 381,) como os países que apresentaram maiores incrementos nos gastos públicos per capita no ano de 1999. Estas ações tornam evidente a preocupação dos governos locais em melhorar os seus respectivos indicadores de pobreza, através do aumento da eficiência alocativa nos programas sociais existentes conforme é enfatizado pelo autor,

O incremento do gasto social durante a década passada não apenas esteve associada a dinâmica do crescimento econômico, mas também, a preocupação cada vez maior dos países por aumentar através do maior volume dos recursos captados através do Estado e a sua reorientação em favor dos setores sociais. A prioridade fiscal do gastos social se elevou em cerca de 42% do gasto público total ao longo da década.

Os gastos públicos sociais na América Latina apresentaram uma tendência de crescimento nos últimos 05 anos, contudo apresentam ainda uma elevada volatilidade decorrente das crises de liquidez internacional que afetaram toda a região, principalmente durante a década de 90. Estas crises impuseram às

Políticas Públicas direcionadas à área social, um comportamento tipo “*stop and go*” com evidentes prejuízos para população pobre pois, a redução da capacidade fiscal dos Estados compromete a manutenção dos gastos sociais em um patamar condizente com a realidade local.

Ainda segundo a CEPAL (2002), um grupo de países, composto por Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá e Uruguai, a despeito dos vários choques de liquidez internacional que afetaram negativamente as suas economias na década de 90, conseguiram manter um percentual de investimentos sociais. No caso do Brasil, foi registrado até uma elevação de recursos destinados aos gastos sociais.

A despeito da melhoria, o relatório Panorama Social 2000/2001, aponta ainda que o montante dos recursos investidos permanece aquém das reais necessidades das sociedades envolvidas, que apresentam parcela considerável de suas populações na pobreza, além do que, considera também que as políticas sociais ainda estão vulneráveis ao comportamento cíclico das economias e em decorrência, pode vir a comprometer os gastos sociais na região.

Apresentando um coeficiente de 0,60 elaborado através do Índice de Gini, o Brasil se apresenta com uma economia na qual parcela significativa da sua população está na classificada na faixa da pobreza e indigência. Nesta faixa, a desigualdade se apresenta com uma das maiores entre os países que apresentam estágio semelhante de desenvolvimento econômico.

Barros e Mendonça (1997), destacam a importância de políticas públicas de cunho social, como imprescindíveis para a redução da pobreza nacional. Para os autores os gastos sociais bem focalizados possuem melhor capacidade em reduzir os padrões de pobreza local, em menor tempo que somente o crescimento econômico. Este, para atingir resultados semelhantes ao apresentado em políticas redutoras das desigualdades, no Brasil, necessitaria apresentar uma performance de crescimento moderado por várias décadas ou crescimento acelerado por uma década.

Os autores analisaram o impacto das reduções no grau de desigualdade e do crescimento econômico sobre a pobreza para diversos países da América Latina, inclusive o Brasil, comparando os efeitos derivados de políticas públicas adotadas

em cada país. Esta análise revela que, em comparação com a Costa Rica, Venezuela e Uruguai, a redução da pobreza no Brasil, se por ventura viesse a ter o mesmo grau de desigualdade destes países, equivaleria respectivamente a apresentar uma década de crescimento contínuo de aproximadamente 6%, 7% e 8% ao ano. Desta forma, torna-se evidente que políticas públicas voltadas para reduções de desigualdade tem um impacto maior sobre a pobreza no Brasil, com resultados em menor tempo, do que o crescimento econômico tomado de forma isolada. O crescimento econômico nos países subdesenvolvidos possui grande dependência da capacidade de liquidez internacional, que é elemento exógeno ao controle econômico dos países subdesenvolvidos.

Os fundamentos macroeconômicos atuais para um crescimento econômico considerado elevado, aproximadamente em 6% ao ano, não estão apontando esta possibilidade. A taxa de investimento para a economia brasileira, segundo o IBGE (2002), construído a partir da relação entre a Formação Bruta de Capital Fixo e o PIB, para o período de 1996 a 2000, manteve-se no percentual médio de 19%, mostrando-se insuficiente para suprir as necessidades estruturais de crescimento da economia que exigem na atualidade uma Taxa de Investimento na ordem de 24% do Produto Interno Bruto. Comportamento semelhante é apresentado pela Taxa de Poupança, que se apresentou em um percentual médio de 17,3% da Renda Disponível Bruta, para o mesmo período, portanto aquém das reais necessidades de crescimento da economia brasileira.

O Setor Público apresentou uma performance negativa do indicador de poupança, apresentando um déficit médio de R\$ 26.552 milhões, tendo contribuído de forma decisiva para este resultado os valores relativos ao pagamento das dívidas financeiras do Estado (Federal), interna e externa, que reduzem a disponibilidade de crédito para investimentos em maior monta.

2.4 Crescimento Endógeno

Cândido Júnior (2001), argumenta que a discussão mais recente sobre o impacto dos gastos públicos no crescimento econômico, está associada às teorias de crescimento endógeno baseadas no pressuposto teórico de que a política fiscal, alterações tecnológicas, comportamento demográfico, podem criar um diferencial positivo no crescimento econômico com impactos favoráveis sobre a renda e a redução da pobreza. Salieta o autor, que nos modelos neoclássicos de crescimento econômico, como o de Solow, as variáveis apontadas são tratadas de forma exógena ao modelo.

Souza (1999), aponta que a teoria do crescimento endógeno trata o progresso técnico como elemento ativo no processo de crescimento, pois exerce efeitos expansivos sobre o produto ao elevar a produtividade dos fatores.

Langoni (*apud* SOUZA, 1999, p. 343) em uma análise pioneira (1976), sobre os efeitos de outras fontes de crescimento além de capital e trabalho, evidenciou que a contribuição líquida da educação para o crescimento do produto foi de 15,7% no Brasil (1960/1970), 23% nos EUA (1952/1962) e de 10% na França (1950/1962) e com relação ao capital físico, para o Brasil, entre 1960/1970 foi de 32%, contra 47% do trabalho, incluído os 15,7% da educação, sendo de 21% a parcela do crescimento do produto, não explicada por capital e trabalho, sendo atribuída ao progresso técnico. Para o autor, as outras fontes explicativas do crescimento econômico estão associadas à capacitação tecnológica e ao capital intelectual.

Clemente e Higachi (2000), refletem sobre a base teórica dos modelos de crescimento endógeno a partir de uma ampla vinculação com a teoria Schumpeteriana, que destaca o papel das inovações empresariais sobre o crescimento econômico a partir dos investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), baseados no conhecimento.

Souza (1999), avalia o papel que o conhecimento desempenha nos modelos de crescimento endógeno devido a sua capacidade de influenciar a função de produção, elevando a produtividade e gerando externalidades positivas que irão

se amplificar para outras empresas. Desta forma, o conhecimento surge como um insumo na função de produção. Para elevar o produto *per capita* a sociedade deverá investir na saúde, educação geral e treinamento específico dos trabalhadores, bem como na produção de novos conhecimentos.

3 ESTUDO DE CASO: PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

3.1 Caracterização

O Município de Vitória da Conquista localizado na região sudoeste do Estado da Bahia (14° 50' 53" de latitude sul e 40° 50' 19" de longitude oeste) apresenta uma altitude média que varia entre 900 e 1.200 metros. Está localizado a uma distância de 512 quilômetros da Capital do Estado (Salvador). Apresenta ainda, convergências rodoviárias com a BR 116 (Rio/Bahia), BR 415 (Conquista/Ilhéus) e BR 262 (Conquista/Brumado), o que confere ao Município condições propícias para o desenvolvimento de atividades logísticas. SILVA (1996).

A base territorial do Município é de 3.204 km², apresentando uma densidade populacional média de 81 habitantes para cada quilômetro quadrado, com uma população total de 262.494 habitantes, com uma participação no conjunto da população, de 127.636 homens e 134.858 mulheres. PNAD (2001).

Conforme SAD (2001), a distribuição da população municipal possui uma forte concentração na área urbana (sede) do Município, onde residem 85% da população local. A zona rural do Município concentra apenas 15% da sua população (38.573), distribuída em 11 distritos rurais assim denominados: Bate Pé, Cabaceira da Jibóia, Cercadinho, Dantilândia, Iguá, Inhobim, José Gonçalves, Pradoso, São João da Vitória, São Sebastião e Veredinha.

Conforme MS (2002), a população do Município está estimada em 270.364 pessoas, podendo-se afirmar que durante os últimos dois anos ocorreu um

crescimento demográfico de 2% em média, em relação ao montante populacional apresentado na pesquisa PNAD, realizada no ano de 2000.

Ainda conforme o mesmo autor, a população municipal está distribuída com base na frequência etária apresentada na tabela 1, na página seguinte.

TABELA 1 -ESTIMATIVA POPULACIONAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
Menores de 01 ano	5.324
1-4	20.267
5-9	26.023
10-14	28.425
15-19	32.096
20-29	50.852
30-39	39.425
40-49	27.553
50-59	18.394
60-69	12.195
70-79	6.429
80 e +	3.021
TOTAL	270.364

Fonte: MS (2002)

A tendência local de fecundidade, evidenciada através do número de jovens entre a sua população, não estabelece uma correlação positiva com a tendência observada em âmbito nacional, que vem apresentando desde a década de 70, do século XX, um comportamento de queda, com o indicador de fecundidade variando negativamente, entre 1970 a 2000. Em 1970, apresentava o Brasil um perfil familiar de 5,8 filhos por casal, reduzindo-se para 2,3 filhos em 2000. IBGE (2002).

Conforme verifica-se na Tabela 2, a arrecadação de impostos, taxas e contribuições no Município, notadamente o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), que tem aumentando o seu quantum arrecadatório, indicando o aumento da produção e circulação de mercadorias nos limites do Município, conforme enumera a SEFAZ (2002):

TABELA 2 - ARRECADAÇÃO MUNICIPAL

	ICMS	IPVA	ITD	TAXAS	MÊS	ATÉ O MÊS
07/2002	3.149.718,00	662.647,00	9.055,00	34.542,00	3.855.961,00	23.948.541,00
07/2001	3.097.154,00	600.634,00	-	29.452,00	3.727.241,00	22.288.436,00
07/2000	2.818.229,00	490.655,00	5.670,00	65.466,00	3.380.020,00	18.966.321,00
07/1999	2.320.667,00	439.991,00	25.339,00	39.742,00	2.825.799,00	20.294.223,00

Fonte: SEFAZ (2002)

Valores em R\$ 1,00

3.1.1 Perfil Econômico do Município

O Salário Médio pago no Município em 1996, conforme a PNAD (2000), era de R\$ 359,93 superior em 79% ao salário nacional mínimo atual vigente (R\$ 200,00). A proporção observada entre as duas variáveis no ano de 1996, sinaliza a existência de uma relação positiva entre o salário mínimo nacional e o salário médio municipal, como parâmetro de recomposição da massa salarial no Município.

Afirma-se, então que os ganhos advindos de uma elevação da produtividade são insuficientes para amparar ganhos salariais mais robustos, o que é comum em atividades com baixa dotação de capital ou com elevada desqualificação relativa do fator trabalho.

A Cesta Básica no Município, conforme a Secretaria de Expansão Econômica do Município (2002), mensurada, tomando-se por base a capacidade de subsistência de uma família composta por 04 pessoas (02 adultas e 02 crianças), no mês de julho de 2002, indicou a necessidade de um gasto de R\$ 285,15 tão somente para atender as necessidades de alimentação, saúde e habitação. Considerando-se que o salário médio vigente no Município, conforme apontado pelo IBGE (2000) é de R\$ 359,93 encontra-se um percentual de participação sobre o salário médio de 79% para os gastos de subsistência, o que demonstra o elevado grau de pobreza presente na sociedade local.

Os indivíduos que percebem em média o salário apontado pela PNAD (2001), compondo a maior parte da força de trabalho local, possuem uma capacidade de poupança reduzida, em média de R\$ (R\$ 71,00 / mês) o que os coloca na condição de clientes preferenciais para a obtenção dos benefícios gerados a partir de políticas públicas de cunho social, notadamente o investimento em saúde, por atender à demanda imediata, representada pela reduzida capacidade de poupança local, o que impossibilita o acesso a grande camada da população a serviços de saúde através do sistema de mercado.

Quando comparado o salário médio apontado em Vitória da Conquista em relação a outros Municípios do Estado da Bahia, considerados também pólos regionais, como Feira de Santana (R\$ 361,09), Itabuna (R\$ 371,03) e Ilhéus (R\$390,66), mostrou-se este indicador inferior em termos absolutos, o que conduz a implicações quanto a provável perda da capacidade de crescimento da economia local, que está associada aos segmentos tradicionais encontrados na matriz insumo-produto local, com uma ampla base produtiva alocada em commodities, portanto operando com reduzido valor agregado.

IBGE (2001), considera para a composição do indicador do salário médio municipal, a sua ocorrência tão somente no lado formal da economia, o que atende a uma metodologia internacional de quantificação e análise, instituída através da Organização das Nações Unidas a partir da Segunda Guerra Mundial, e adotada na maioria dos países, que considera a informalidade presente em uma economia, como elemento indesejável ao crescimento e desenvolvimento econômico. O número de pessoas ocupadas na economia local, conforme a mesma fonte, foi de 26.648 pessoas no ano de 2000, que em comparação ao tamanho da sua população, conduz a indicações quanto a uma elevada informalidade da atividade econômica, presente na economia do município.

O Índice de Potencial de Consumo do ano de 2000, conforme o Atlas do Mercado Brasileiro (2002), indica serem os gastos no Município para a aquisição de bens duráveis e serviços de elevado valor agregado no ano analisado, não condizentes a princípio, com a renda média apresentada na pesquisa PNAD (2001): Aquisição de Veículos (R\$ 62.340 mil), Imóveis (R\$ 7.304 mil),

Manutenção de Veículos (R\$ 9.276 mil), Reforma de Imóveis (R\$ 30.019 mil), além do que, indica no ranking dos 100 municípios mais dinâmicos do Brasil, a participação de Vitória da Conquista na 88ª colocação, inclusive apresentando uma evolução em relação ao ano de 1999, quando ocupou a 92ª posição no ranking.

O estudo aponta ainda, que no período compreendido entre os anos de 1998 a 2005, os investimentos programados, entendidos como a elevação da capacidade produtiva, para o Município, alcançarão o montante de R\$ 1,10 milhões de reais por ano, o que representa o aumento da capacidade produtiva instalada, melhorias na infra-estrutura e dotação para gastos sociais durante o período considerado.

O aparente paradoxo entre os rendimentos derivados do trabalho (PNAD, 2001) e o potencial econômico dimensionado (JGM, 2002), pode ser compreendido com maior precisão quando se verifica, a pirâmide da renda no Município, que se apresenta sob uma configuração de elevada concentração (UESB, 1997), além da elevada informalidade na geração do produto local, que adquire um status importante na geração do produto local.

A elevada concentração de renda pode ser explicada em parte, devido às atividades econômicas pioneiras (pecuária e agricultura), que se constituíram e desenvolveram até a metade da década de 70, com reduzida dotação para o fator trabalho, comprometendo o potencial de crescimento do mercado consumidor local, impedindo assim um maior crescimento econômico da economia municipal. A informalidade por sua vez, pode ser compreendida como conseqüência da estrutura econômica do Município.

3.1.2 Atividades Econômicas

Conforme SEI (1998), o Município é considerado como sendo uma das áreas com maior potencial econômico no Estado da Bahia. Através do Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), que o aponta como o sétimo colocado dentre

os Municípios do Estado, cuja metodologia de cálculo, utiliza-se do cômputo de outros índices, que apresentaram para o município as seguintes performances: Índice de infra-estrutura - INF (5094,62); Qualificação de mão-de-obra - IQM (5060,35) e Produto Municipal – IPM (5089,49).

Silva (1996), reflete sobre as transformações ocorridas na economia do Município nas décadas de 70 a meados de 90, apontando a instalação de um distrito industrial e a introdução da cultura do café, como elementos novos à alteração da dinâmica econômica local.

Segundo o autor, as atividades econômicas introduzidas faziam parte de um esforço dos Governos Federal e Estadual, em diversificar as formas de geração do produto na economia do Estado, que estava a época concentrado na petroquímica, exploração petrolífera, limitada à região do recôncavo, e na cultura do cacau, praticada na região do baixo sul, com forte concentração produtiva e de capitais nos Municípios de Itabuna e Ilhéus.

A introdução da cafeicultura esteve associada à necessidade de expansão de novas áreas produtoras, fora do circuito tradicional de produção (São Paulo, Paraná, Espírito Santo e Minas Gerais), como forma de garantir uma produção mínima perene, em face da importância do café como gerador de divisas para a economia brasileira, além de representar um elemento gerador de emprego e crescimento econômico para novas áreas produtivas, devido às características da cultura que necessita para o seu manuseio elevada dotação do fator trabalho, que em comparação com a pecuária, tradicional atividade produtiva da região, possui menor capacidade de dinamizar a renda.

Ainda segundo o autor, o processo de industrialização do Município pode ser dividido em duas fases. A primeira se iniciou através do processo de complementação as atividades econômicas tradicionais, como forma de elevar a rentabilidade dos capitais investidos. A segunda está associada à intervenção direta do Estado, através dos programas de fomento ao crescimento e desenvolvimento econômico, com forte influência operacional da SUDENE, como elemento estratégico para a atração de capitais e investimentos para o nordeste brasileiro. Nesta fase, surgiram os Distritos Industriais, constituídos como

alternativa viável para a alteração da estrutura econômica vigente em áreas não desenvolvidas, mas que apresentavam certo potencial econômico, que poderiam ser desenvolvidos em médio prazo através da industrialização como fator motriz para a integração das cadeias produtivas locais, criando assim condições para a sua integração a economia nacional, nos moldes propostos por Perroux, quando em sua Teoria dos Pólos, concebe o crescimento econômico para as regiões desequilibradas, como fruto das alterações incorridas ao longo da cadeia produtiva, tanto a montante como a jusante, alterando assim a lógica produtiva anteriormente vigente. (Apud Silva, 1996, p.74).

Quando da ocorrência da ruptura no padrão de produção local, a partir de 1973, com a introdução do processo de industrialização planejada, idealizada através do Estado como elemento interventor, e operacionalizada no caso do Estado da Bahia, através dos Distritos Industriais, passou o Município a ser objeto de grandes alterações em sua dinâmica econômica. A industrialização que já existia, em um ambiente desconexo e com pouca mobilidade de capital, com as unidades industriais localizadas em diversos bairros da cidade, passou a ser alvo de uma tentativa de uma industrialização organizada, através desses distritos industriais (SILVA, 1996).

3.1.2.1 A Educação como alternativa econômica

A educação no Município, no ano de 2000, segundo o IBGE (2000), apresentou os seguintes números de matrículas: Ensino fundamental em 70.581 registros, o ensino médio em 12.885 registros, ensino pré-escolar em 5.891 registros e no ensino superior em 4.462 registros. Segundo a pesquisa PNAD (2001), a proporção de pessoas alfabetizadas no Município entre os anos de 1991 a 2000, apresentou uma taxa de crescimento de 21% durante o período, passando de 57,95% para 70,63% da população em idade escolar.

Lopes (2001), aponta a importância do ensino superior como importante participante na formação do produto local. Sendo o Município um Pólo Regional,

contando atualmente com uma Universidade (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia), e três faculdades: Faculdade de Tecnologia e Ciências, Faculdade Independente do Nordeste e Faculdade Juvêncio Terra, o número crescente de vagas proporcionadas no ensino superior, especialmente nos cursos relacionados à área de negócios, tem sido um fator de atração de estudantes de outros municípios do Estado, e de outros estados também, o que deve influir em seu conjunto nos níveis de consumo e renda da economia local.

A UESB por estar estruturada sob a forma de Universidade, possuindo campus em três Municípios (Vitória da Conquista, Itapetinga e Jequié), estabelecida há 25 anos, possui uma influência maior na dinamização da renda, pois, além de atrair um número significativo de estudantes para os diversos cursos oferecidos é mantida através de dotação orçamentária do Estado (UESB, 2002).

3.1.3 O Sistema de Saúde Pública

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB (2002), o processo de transferência ao Município dos procedimentos de gestão nas atividades fim dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado ao Ministério da Saúde, é denominado de Municipalização da Saúde Pública.

O Município, segundo a mesma fonte, para receber autorização de gerenciar os recursos oriundos do SUS, deve cumprir inicialmente os seguintes ordenamentos:

- Criação do Conselho Municipal de Saúde;
- Criação do Fundo Municipal de Saúde;
- Elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- Elaboração do Relatório de Gestão;
- Garantia de contrapartida dos recursos no orçamento municipal;
- Criação de comissão para elaboração do Plano de Cargos e Salários;

O Município ainda deverá comprovar que possui capacidade técnica e administrativa, quanto ao exercício de suas responsabilidades e prerrogativas relativas a contratação, o pagamento, controle e auditoria dos recursos sob a sua

responsabilidade, além de comprovar capacidade para a execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, SESAB (2002).

Fleury et al (1997), afirma que a busca de um novo paradigma institucional, onde a eficiência das políticas públicas passou a ocupar uma condição de maior preponderância, ocorreu como um movimento de reação ao centralismo político iniciado em 1964, que outorgou ao Município um maior destaque na gestão das políticas públicas.

Diante dessa nova concepção, o autor pondera que a área de saúde foi à detentora das maiores transformações implantada a luz do novo modelo descentralizador.

É conveniente a observação de que a eficiência das políticas públicas depende em grande monta da utilização de elementos gerenciais modernos, que irão permitir um controle mais rigoroso sobre os gastos públicos, além de melhorar os quesitos da eficiência sistêmica nos programas públicos.

O programa de Municipalização da Saúde em Vitória da Conquista foi instituído conforme SSM (2002), segundo a lógica econômica de vir a desenvolver condições ideais aos fundamentos econômicos para a ocorrência de um ciclo virtuoso de crescimento endógeno da economia local, baseado na adoção de políticas públicas tendentes a alterar os indicadores de saúde pública e educação no Município. Esses se apresentavam em condições precárias e sem qualquer possibilidade de influir de forma positiva na economia local até o ano de 1997.

Ainda segundo a mesma fonte, na época o Município contava com 06 unidades básicas de saúde, com reduzida oferta de ações e serviços médicos a população, ostentava ainda, reduzida cobertura vacinal em face de desativação das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária.

Essas unidades atualmente montam a 16 na sede e 10 na zona rural, sendo 06 unidades básicas tradicionais, com foco de atuação sobre as consultas médicas básicas, procedimentos odontológicos básicos e procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e atos não médicos. As demais unidades (20), estão voltadas a atuação como unidades de saúde da família, que possuem como principal objeto de ação, além das ações tradicionais, o atendimento as famílias

pertencentes a sua área de atuação, buscando o atendimento a situações instauradas na comunidade, bem como, promovendo ações de saúde preventiva.

No ano de 2001, os procedimentos de atenção básica realizada no Município, alcançaram o número de 1.688.864, que em comparação com o ano de 1996 (151.049), representou uma elevação percentual de 1.118% em 05 anos, onde se pode afirmar que o atendimento a demanda por procedimentos básicos foi expandida na razão de 11 vezes, considerando-se como base o ano de 1996, SSM (2002).

Foi implantado também em consonância com o Plano Municipal de Saúde, um Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que vem desenvolvendo campanhas preventivas em diferentes grupos da população local.

Conforme demonstrado na Tabela 3 o número de procedimentos realizados através da Vigilância Sanitária no Município vem apresentando um comportamento de crescimento entre os anos de 1999 a 2001:

TABELA 3 - NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROCEDIMENTOS	1999	2000	2001
Licença Inicial	535	606	366
Renovação de Alvará	-	187	230
Inspeções Realizadas	2.283	2.612	6.526
Ações Educativas	-	2.691	4.423
Intimações	297	402	216
Autos de Infração	11	08	06
Autos de Apreensão	322	211	158
Interdições Realizadas	30	33	39
Denúncias Recebidas	123	228	331
Denúncias Resolvidas	85	108	251
Coleta para Análise Fiscal	-	34	72
Análise de Projetos	-	-	17

Fonte: Divisão de Vigilância Sanitária (2001)

O Município ainda apresenta, conforme a SMS (2001), as maiores taxas de utilização per capita dos serviços de atenção básica, calculadas entre os três maiores Municípios do Estado da Bahia, registrando maiores taxas de utilização dos serviços mesmo em comparação com Salvador, Capital do Estado, que apresentou no ano de 2001 um número 3,35 procedimentos para cada habitante, enquanto que, em Vitória da Conquista, ocorreram 6,32 procedimentos por habitante.

A taxa de expansão dos atendimentos ambulatoriais e do atendimento básico de Vitória da Conquista apresentou no ano de 2001 um crescimento da ordem de 39,2%, quando comparado a Salvador.

De acordo com SMS (2001), desde agosto de 1998 o Município reúne todos os requisitos necessários para assumir a Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal de Saúde.

Através da Gestão Plena, foi instituído um programa de licitação para a compra de serviços médicos da rede privada local, com a consideração de critérios administrativos que propunham uma melhor relação entre o sistema privado e a rede pública de saúde de regulação dos serviços de saúde ofertados e demandados no Município.

O Município segundo a SMS (2001), conta com uma diversidade de procedimentos especializados realizados através do SUS, que vem atendendo a uma lógica expansiva a partir das informações prestadas a partir da Central de Marcação de Consultas, que funciona como elemento regulador do sistema de saúde pública local, possibilitando assim aos administradores do sistema, avaliar a sua performance, validar os indicadores de demanda formados a partir da população e constituir a sua oferta através da rede pública e privada, evitando assim desperdícios desnecessários, que oneram a população mais necessitada dos serviços.

3.2 População e Amostra

O universo desta pesquisa é constituído pelos usuários do sistema de saúde municipal em função da sua condição de serem os principais beneficiários dos programas públicos desenvolvidos na área da saúde.

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados (CEMAE) - Órgão da Administração Pública Municipal instituído através da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde com o objeto de regular as ações de oferta dos serviços de saúde solicitados através da população, realizar auditorias permanente sobre os procedimentos administrativos instituídos nas dependências médicas associadas ao Sistema Único de Saúde e atender em suas dependências procedimentos de baixa e média complexidade.

O CEMAÉ possui uma divisão operacional com objetivo de proceder a centralização de marcação de consultas e atendimentos médicos de baixa, média e alta complexidade, procedendo assim a regulação entre a demanda efetivada e a oferta disponível no Município para o atendimento médico-hospitalar solicitado, além de possibilitar ao demandante maior comodidade para o atendimento médico através da efetividade da sua programação, reduzindo assim o tempo em filas de espera, infelizmente comuns ao cotidiano brasileiro da saúde pública.

A programação para o atendimento na rede municipal de saúde é realizada a partir da situação residencial do solicitante, de forma a adequar o atendimento o mais próximo possível a sua residência. Para instrumentar o sistema de marcação de procedimentos é utilizado um Centro de Chamadas, que pode ser acessado através de ligação telefônica atuando em Vitória da Conquista e nos demais municípios pactuados, além de um Centro de Marcação com procedimentos tradicionais de atendimento personalizado.

Os questionários foram aplicados em uma amostra aleatória composta de 220 pessoas perfazendo uma média de aplicação diária de 44 questionários. Para tornar mais representativa as respostas derivadas do universo pesquisado, os horários de aplicação escolhidos de forma a proceder na análise pretendida uma

maior abrangência com relação à performance operativa do sistema em diversos horários do seu funcionamento.

3.3 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados utilizar-se-á uma pesquisa em documentos sobre os programas existentes, sendo que a análise documental consiste em uma série de operações que visa a estudar e a analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais pode estar relacionada Gil (1991).

Ainda, através de um estudo de caso, através de um questionário realizado com os usuários dos serviços de saúde, sendo que as perguntas presentes no questionário foram desenvolvidas com o objetivo de analisar a implantação do Sistema de Saúde Público Municipal, que teve o seu atual modelo de gestão moldado a partir da adesão do Município ao Programa Nacional de Municipalização da Saúde Pública.

3.4 Apresentação e Análise dos Resultados

3.4.1 O Programa de Municipalização da Saúde

O programa de Municipalização da Saúde em Vitória da Conquista foi instituído, como dito no capítulo anterior, com o objetivo de desenvolver condições ideais nos fundamentos econômicos para a ocorrência de um ciclo virtuoso de crescimento endógeno da economia local, baseado na adoção de políticas públicas tendentes a alterar os indicadores de saúde pública e educação no Município. Esses se apresentavam em condições precárias e sem qualquer possibilidade de influir de forma positiva na economia local até o ano de 1997.

O planejamento municipal com vistas a assegurar a municipalização plena do sistema, conforme a SSM (2002), começou a ser instituído no ano de 1997, com a adoção do Plano Municipal de Saúde, que possuía como premissa uma nova estratégia de intervenção pública, praticada sobre os programas de saúde com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações como forma de posicionar a estrutura da saúde pública municipal mais próxima possível à comunidade.

Ainda conforme a SSM (2001), as diretrizes básicas do Plano Municipal de Saúde para o período de 1997 a 2000, foram definidas através da seguinte estratégia:

- Necessidade de participação e controle popular na definição, execução e avaliação das políticas de saúde, garantindo-se para o alcance deste objetivo a maior disponibilidade de informação a população;
- Articulação intersetorial na promoção e proteção a saúde, no seu mais amplo conceito, relacionada as condições de vida, portanto, dependendo da forma como a sociedade organiza sua vida material, cultural e de outras políticas sociais econômicas;
- Mudanças na estratégia de intervenção sobre os problemas da saúde, enfatizando a vigilância à saúde, priorizando as ações de educação e prevenção;
- Descentralização das ações sociais, inclusive as de saúde, através das micro regiões populacionais, criando novos modelos organizacionais, gerenciais e de efetiva participação popular;
- Introdução de tecnologias diferenciadas de assistência à saúde, mais eficaz e de menor custo, a exemplo de atendimento multidisciplinar, internação domiciliar e outras;
- Avanço no processo de municipalização da saúde, possibilitando assim maior autonomia na gestão dos recursos, reorientando o modelo de assistência e possibilitando respostas mais eficazes às demandas de saúde da população;

- Promoção de medidas que venham a conferir maior dignidade, qualidade, humanização e efetividade dos serviços de saúde, incluindo a garantia das condições de trabalho e remuneração adequada ao profissional da área de saúde;
- Desenvolvimento de um projeto de informação e comunicação em saúde, como instrumento do processo de democratização a informação;
- Incorporação de tecnologia de ponta, objetivando um fácil acesso a procedimentos de média e alta complexidade, reduzindo assim a demanda por estes procedimentos em outros Municípios.

Para se atingir os objetivos proposto no Plano de Saúde, o município definiu várias ações de cunho gerencial, conforme apontamento abaixo, em resposta a cada diretriz fixada:

- Reuniões ordinárias mensais do Conselho Municipal de Saúde; Realização de pré-conferências para a constituição da IV Conferência Municipal, realização da IV Conferência Municipal de saúde, implantação dos Conselhos de Unidades da Saúde em 11 centros de saúde da zona urbana, reuniões com a população nas áreas de implantação de novas equipes do Programa de Saúde da Família; Treinamento dos conselheiros locais de saúde; Criação do grupo de estudo em controle social do SUS;
- Elaboração de proposta preliminar do Código Sanitário; Elaboração e aprovação através do Conselho Municipal de Saúde de Projeto de Lei para criação de taxas e alvarás para Vigilância Sanitária; Articulação com a Secretaria de Educação local para a implantação de ações preventivas em saúde bucal nas escolas municipais; Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e utilização de drogas e Ampliação do elenco de ações da vigilância sanitária;
- Implementação da vigilância epidemiológica, incorporação das ações de vigilância epidemiológica através das equipes do programa de saúde da família; Implementação da vigilância sanitária; Implementação do Centro de Referência em DST/SIDA;

- Ampliação do número de equipes do programa de saúde da família para o número de 30, ampliação do número de agentes comunitários de saúde para 370 postos de trabalho; Implantação do programa de realização de procedimentos de pré-natal na zona rural do Município; Ampliação do número de unidades básicas de saúde em toda a área geográfica do Município; Implantação do programa de saúde da família em todos os distritos rurais; Implantação dos serviços de assistência domiciliar terapêutica; Implantação do Cartão SUS (Sistema Único de Saúde);
- Promoção da habilitação em gestão plena do sistema municipal de saúde,
- Passando a vigorar a partir de 01 de outubro de 1999; Implantação da programação pactuada integrada com outros 40 municípios da região sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais; Implantação da central informatizada de marcação de consultas e procedimentos especializados em 18 de agosto de 1999; Implantação das ações de autorização e emissão de AIH (Autorização para Internamento Hospitalar); Estruturação do serviço de controle, avaliação e auditoria; Implantação da central de internação hospitalar; Implantação do Núcleo de Saúde do Trabalhador; Implantação do serviço de remoção e atendimento pré-hospitalar; Ampliação do almoxarifado central; Implantação do Centro de Reabilitação; Implantação do Serviço de Ressarcimento das Internações Hospitalares ao SUS;
- Realização de programas de treinamento e capacitação para os diversos profissionais da área de saúde e os envolvidos com área, como os professores municipais;
- Ampliação das ações de informação para a comunidade, utilizando-se de diversas mídias (TV, Rádio, Jornal, Internet);
- Ampliação e automatização do Laboratório Municipal; Implantação através do Laboratório Central, de uma maior disponibilidade de quites para variadas formas de exame (CD4, CD8, Carga viral e Imunofluorescência); Implantação do Centro Municipal de Atenção Especializada; Implantação de Projetos de Atendimento Domiciliar Terapêutico, Elaboração de projeto para a constituição de Centros de Parto Normal, a serem implantados na zona rural do Município;

Elaboração do Projeto de Controle de Zoonoses; Informatização das Unidades de Saúde, Implantação de negociação com a Secretaria Estadual de Saúde, para o credenciamento no Município de serviços de alta complexidade: Hemodiálise, Hemoterapia, Quimioterapia e Tomografia Computadorizada.

Com a introdução do Plano Municipal de Saúde alguns indicadores de atendimento começaram a apresentar uma elevação em sua taxa nominal de demanda, conforme SMS (2001).

O número de procedimentos de atenção básica (consulta médica, procedimento odontológico básico, vigilância epidemiológica), passou de 160.221 procedimentos, registrados no ano de 1997, para 1.688.864 procedimentos no exercício de 2001, representando um incremento percentual sobre o período de 1.054%, aumentando a demanda em 10 vezes no período de apenas 05 anos.

As principais doenças, conforme Tabela 4, incidentes sobre a população municipal, apresentadas por SMS (2002), possuem estreita relação com a pobreza.

Os procedimentos de imunização no Município, segundo SMS (2002), a partir do Plano Municipal de Saúde, alcançou indicadores de significativa cobertura sobre a população entre os anos de 1996 a 2001. Segundo a mesma fonte, no ano de 2000 o percentual de cobertura vacinal em menores de 01 ano foi de 100% para a maioria das vacinas adotadas para o atendimento a esta faixa etária. A única exceção foi à vacina HIB, adotada no combate a infecções causadas pelo vírus Haemophilus tipo B, que teve a sua introdução no calendário vacinal ocorrida no ano de 2000.

No exercício de 2001, a vacinação sobre a população residente no município para o tipo HIB, alcançou 106,46%. Este percentual a princípio incoerente com a estatística foi evidenciado como sendo em virtude da atração de pessoas residentes em outros Municípios, que se vêem compelidas a se locomover para Vitória da Conquista em busca de melhores alternativas nos programas de saúde pública, e em função também, segundo a SSM (2002), a incorreções no quantum populacional local. O comportamento de crescimento da eficiência da taxa de cobertura vacinal no Município é encontrado também nas campanhas ocorridas no

Município entre 1998 a 2001, para a prevenção da poliomielite, Hepatite B, Febre Amarela, Influenza (Gripe), APO, DTP e AS.

Foi implantado também em consonância com o Plano Municipal de Saúde, um Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que vem desenvolvendo campanhas preventivas em diferentes grupos da população local, face ao caráter variado da população incidente sobre os tipos de doenças voltadas a área de ação do Centro, além de manter um centro de tratamento clínico para o atendimento a pacientes HIV positivos onde é possível o internamento médico, sendo mantido também a distribuição gratuita de medicamentos para os referidos pacientes.

Em se utilizando o conceito de evasão de internações, que pode indicar o grau de ineficiência do sistema de atendimento a saúde pública fica evidenciado que o Município vem apresentando indicadores de melhoria na prestação dos serviços de saúde demandados pela população, principalmente aqueles relativos aos procedimentos básicos, que alcançaram um comportamento de expansão dos serviços, a uma taxa superior a média dos principais municípios do Estado da Bahia.

O Plano Municipal de Saúde, para o período 2002 a 2005, contempla ainda algumas alterações, em relação ao planejamento estabelecido para o período de 1997 a 2000, que segundo a SMS (2001), objetivarão melhorar o sistema de saúde pública municipal em seus controles internos, na infra-estrutura física e em seu modelo operacional, com a ampliação do leque de ações dos programas já estabelecidos, como está enfatizado na Tabela 5 que identifica as metas alcançadas até o ano de 2001, bem como, as estabelecidas até o ano de 2005:

TABELA 4 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA
(P/1000 habitantes) - 1997 a 2000.

DOENÇAS	1997	CI	1998	CI	1999	CI	2000	CI
Acidentes animais peçonhentos	-	-	-	-	07	2,76	142	54,1
Atendimento Anti-rábico humano	-	-	-	-	572	225,56	796	303,1
AIDS	18	7,3	07	2,79	48	18,92	22	8,37
Chagas Agudo	-	-	-	-	01	0,39	08	3,04
Cólera	03	1,21	01	0,39	09	3,54	03	1,14

Clamídia	-	-	-	-	02	0,78	14	5,30
Candidíase	-	-	-	-	26	10,25	78	29,70
Candiloma Acuminado	17	6,89	15	5,98	64	25,23	67	25,51
Dengue	166	67,36	780	311,1	305	120,27	366	139,3
Difteria	01	0,40	-	-	01	0,39	-	-
DST (Não especificada)	-	-	-	-	25	9,85	197	75
Esquistossomose	202	81,97	211	84,15	310	122,24	464	1769,7
Febre Tifóide	02	-	04	1,59	-	-	-	-
Gonorréia	01	0,40	02	0,79	10	3,94	39	14,8
Herpes Genital	-	-	-	-	09	3,54	22	8,3
Hepatite Viral	49	19,88	22	8,77	133	52,44	73	27,8
Hanseníase	15	6,08	09	3,58	22	8,67	25	9,5
Intoxicações Afins	-	-	02	0,79	02	0,78	01	0,3
Leishmaniose Tegumentar	12	4,86	14	8,77	08	3,15	13	4,9
Leishmaniose Visceral	-	-	01	0,39	03	11,83	03	1,4
Linfogranuloma Venéreo	-	-	-	-	01	0,39	01	0,3
Leptospirose	-	-	-	-	02	0,78	01	0,3
Malária	-	-	-	-	03	1,18	-	-
Meningite	52	21,10	34	13,56	23	9,06	31	11,8
Paralisia Aguda Flácida	-	-	-	-	02	0,78	-	-
Rubéola	-	-	04	1,59	42	16,56	51	19,4
Sarampo	151	61,27	10	13,56	40	15,77	33	12,56
Sífilis Congênita	-	-	02	0,79	12	4,73	12	4,56
Sífilis (Não Especificada)	50	20,29	75	29,91	136	53,63	152	59,4
Tétano Acidental	-	-	-	-	01	0,39	02	0,76
Tétano Neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	96	38,95	93	37,09	96	37,85	83	31,6
Tricomoniase	-	-	-	-	27	10,64	106	40,36
Conjuntivite	-	-	01	0,3	15	5,9	09	3,42
Varicela	74	30,03	07	2,7	02	0,7	224	85,34
Parotidite	93	37,7	02	0,7	15	5,9	14	5,3
TOTAL	1002	-	1297	-	1976	-	3052	-

FONTE: SMS (2001) – Vitória da Conquista (BA)

TABELA 5 - METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - 2002/2005

INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Taxa de mortalidade infantil	26,6	24,14	24,00	23,00	22,00	21,00
Taxa mortalidade infantil – causas evitáveis	19,9	17,51	17,00	16,00	15,00	14,00
Proporção óbitos infantis sem assistência médica	2,6	1,45	1,40	1,30	1,20	1,10
Proporção nascidos vivos de mães com 04 ou + consultas de pré-natal	74,5	81,13	82,00	83,00	84,00	85,00

Proporção partos e abortamentos em adolescentes (10 a 19 anos)	25,2	32,24	30,00	29,00	28,00	27,00
Cobertura vacinal rotina por DTP < 01 ano	113,9	120,3	100	100	100	100
Cobertura vacinal por Influenza em idosos	67,6	90,72	90	90	90	90
Proporção casos Sarampo investigados em 48 horas após a notificação	86,7	89,2	90	90	90	90
Casos confirmados Sífilis Congênita	12	26	26	25	24	23
Casos confirmados Tétano Neonatal	-	-	-	-	-	-
Taxa incidência Tuberculose	32,66	32,37	32,00	31,00	30,00	29,00
Taxa prevalência Hanseníase	1,48	2,85	2,70	2,60	2,50	2,40
Taxa internação AVC - 30 a 59 anos	13,80	10,19	10,10	10,00	9,90	9,80
Visita Domiciliar – Família / Mês	0,60	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00
Proporção população coberta pelo Programa Saúde da Família	38,00	41,00	41,00	51,00	61,00	71,00
Consultas especialidades básicas - habitante/ano	0,70	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10
Concentração procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos	1,90	1,73	1,90	2,00	2,10	2,20

Fonte: SSM (2001)

O programa de municipalização da saúde pública no Brasil obedece a uma disciplina orçamentária na aplicação dos recursos, que são repassados aos Municípios participantes através do Ministério da Saúde, realizando a transferência dos recursos aos Municípios participantes do programa baseado no estágio de municipalização em que se encontra o Município, que define as fases já implantadas dos procedimentos da gestão municipal dos programas de saúde pública, o número de beneficiários atendidos e a existência ou não de Municípios pactuados, que dispõe um número maior de beneficiários, em relação a população residente no Município que administra o sistema.

Os recursos transferidos através da sua fixação no orçamento federal, são transferidos ao Estado, e posteriormente por este ao Município para a sua utilização nos programas de saúde pública sob a sua administração. Os programas por seu são continuamente avaliados e controlados em relação a sua eficiência operacional e perfeita aplicação nos programas municipais.

Essa forma de controle cria um sistema de responsabilidade diversa ao longo da cadeia de transferências e execuções orçamentárias, com o intuito de registrar,

validar e evitar desvios que podem se constituir em ineficiência para o sistema de saúde, MS (2001).

Conforme os dados fornecidos através da SMS (2001), é mostrada na Tabela 6, a Programação Orçamentária do Município de Vitória da Conquista, para o período de 2002 a 2005:

A peça orçamentária disposta está formulada de maneira a atender um plano de expansão dos serviços já implantados, bem como, possibilitar o desenvolvimento de programas contemplados na fase inicial do planejamento, mas que possuem a princípio, em virtude de suas características operacionais a necessidade de garantir a permanência dos recursos para a sua execução por um período maior de tempo.

Os recursos utilizados para a implantação e continuidade dos projetos de municipalização da saúde pública no Brasil possuem como fonte principal o Ministério da Saúde, que realiza a sua transferência através do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo os Municípios conveniados em virtude do seu grau de municipalização, entidades gestoras que devem atentar para a sua aplicação em conformidade com o disposto no Orçamento Federal que é adaptado as características de cada Estado e Município, através dos seus respectivos orçamentos, conforme evidenciado em tabela abaixo, que dispõe sobre o recebimento de recursos orçamentários através do SUS, por tipo de despesa estabelecida, utilizando o sistema de competência para reconhecimento dos desembolsos a serem efetivados:

O Município de Vitória da Conquista recebeu como transferências através do SUS, efetivadas entre janeiro a agosto de 2002, o montante de R\$ 24.752.674,48, que considerando um desembolso médio mensal de R\$ 3.094.084,31, representa um montante anual médio de R\$ 37.029.011,72. Contudo, como o critério de reconhecimento das despesas utiliza o conceito de competência, reconhecendo, portanto as despesas antes da sua efetivação, o Orçamento Municipal para o ano em curso (2002), enfatiza o montante de R\$ 46.871.564,00 como verba a ser utilizada nos programas de saúde pública no Município.

A diferença apresentada entre o montante estimado e o definido na peça orçamentária municipal de R\$ 9.842.552,28 devida a metodologia utilizada para o repasse orçamentário, que considera como critérios básicos o número de habitantes do Município, existência de Municípios pactuados ao sistema central, a variação na procura por serviços médicos decorrente de fatores aleatórios que atingem a população e a expansão e criação de programas sociais dispostos no planejamento municipal.

TABELA 6 – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, 2002 – 2005 (R\$)

PROJETO / ATIVIDADE	ORÇAMENTO 2002	ESTIMATIVA 2003-2005	TOTAL
Manutenção da Administração Central	780.000,00	2.340.000,00	3.120.000,00
Capacitação de Servidores	256.500,00	769.500,00	1.026.000,00
Administração de Pessoal e Encargos	10.266.000,00	30.798.000,00	41.064.000,00
Desenvolvimento ações atenção à saúde	1.528.500,00	4.585.500,00	6.114.000,00
Desenvolvimento ações comunitárias – PACS e PSF	9.346.000,00	28.038.000,00	37.384.000,00
Informatização e modernização das unidades saúde	902.300,00	2.706.900,00	3.609.200,00
Construção, ampliação e reforma de unidades saúde	2.090.000,00	-	2.090.000,00
Manutenção e conservação de unidades saúde	4.634.000,00	13.902.000,00	18.536.000,00
Manutenção atendimento rede credenciada	15.488.264,00	46.464.792,00	61.953.056,00
Desenvolvimento ações vigilância à saúde	1.313.000,00	3.939.000,00	5.252.000,00
Construção do centro de controle de zoonoses	267.000,00	-	267.000,00
Plano Municipal de Saneamento Ambiental	1.200.000,00	-	1.200.000,00
Conclusão da construção do Matadouro Frigorífico	900.000,00	-	900.000,00
Manutenção do funcionamento matadouro frigorífico	1.005.000,00	3.015.000,00	4.020.000,00
TOTAL	49.976.564,00	136.558.692,00	186.535.256,00

FONTE: Plano Municipal de Saúde – 2002.

3.4.2 Estudo de Caso

Através dos dados apresentados na Figura 1, observa-se que no período da pesquisa ocorreu uma predominância dos beneficiários de sexo masculinos na demanda por serviços de saúde pública, alcançando um percentual de 65%. Os beneficiários do sexo feminino por seu turno, apresentaram uma demanda relativamente reduzida para o mesmo período, perfazendo um total de 35% dos atendimentos dispensados. A predominância masculina sobre a demanda total, a princípio, está associada a uma demanda pontual, perceptível no período da pesquisa, que não deve encontrar o mesmo comportamento, em períodos de observação mais extensa. Contudo, deve-se considerar também, que as doenças mais freqüentes no Município estão intimamente associadas à pobreza, e como tal, produz um contingente elevado de pessoas em busca de variados serviços médicos.

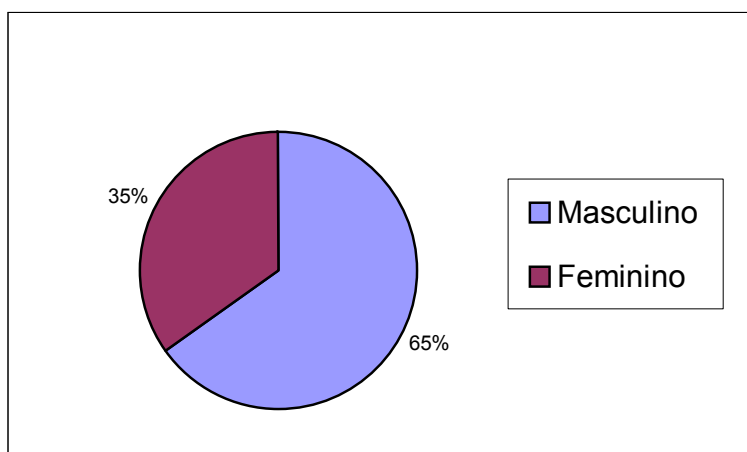


FIGURA 1 – Sexo dos entrevistados

A Figura 2 apresenta a distribuição da faixa etária dos beneficiários analisados. Com o intuito de efetivar a análise sobre um grupo etário com maior freqüência relativa possível, optou-se por uma distribuição etária composta por 08 grupos com intervalos de 10 anos entre os grupos.

O grupo etário que apresentou a maior significância na amostra foi aquele com indivíduos na faixa de 31 a 40 anos (24,09%). Já a segunda maior significância foi relativa ao grupo com indivíduos pertencentes à faixa de 21 a 30 anos equivalente a 20,01%, que juntos perfazem 45% do total da amostra.

Os indivíduos classificados na faixa etária de 41 a 50 anos (15,45%) e aqueles pertencentes à faixa de 51 a 60 anos (12,72%), ocuparam na amostra a terceira e quarta colocações.

Considerando-se os quatro principais grupos avaliados com o percentual total de 73,18%, torna evidente que o público majoritário atendido pelo Sistema de Saúde Público no Município, situa-se entre as faixas etárias de 21 a 60 anos de idade.

Os grupos etários classificados nas faixas de 10 a 20 anos e 61 a 70 anos alcançaram uma participação média de 10% sobre a amostra.

Dos grupos etários classificados acima dos 70 anos, constatou-se uma participação percentual de 5,36% para aqueles com 71 a 80 anos, e sem ocorrência estatística para os beneficiários classificados a partir de 81 anos.

A maior concentração etária para a demanda por serviços de saúde, nas classes que vão de 21 a 50 anos, indicam o quadro nocivo da pobreza local, atuando de forma mais aguda nas faixas de maior produtividade para o fator trabalho. O perfil da concentração etária mostra-se divergente quando em comparação com uma economia desenvolvida, onde os maiores demandantes por serviços médicos estão localizados nas faixas etárias mais elevadas.

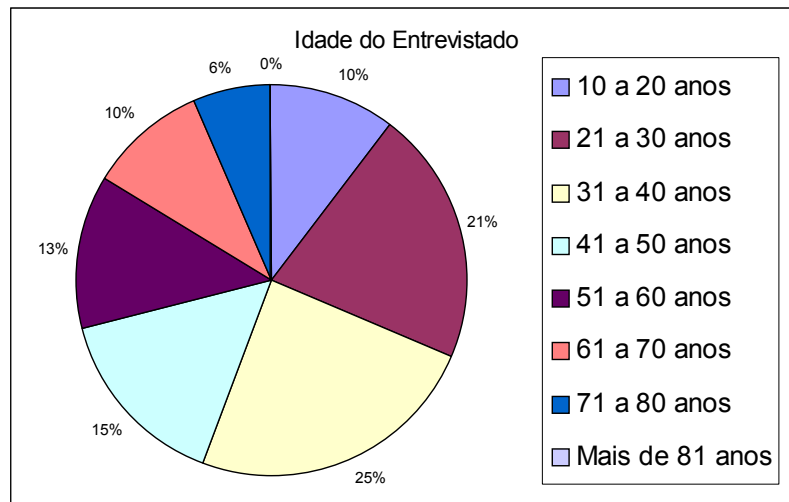


FIGURA 2 – Idade dos entrevistados

A Figura 3 apresenta a localização domiciliar dos beneficiários atendidos através do Sistema de Saúde do Município.

Das respostas dos pesquisados, verifica-se que 56% dos entrevistados possuem residência fixa em bairros que apresentam uma renda média reduzida, conforme a SEE (2001).

Salienta-se que 18,18% dos indivíduos que responderam a questão afirmaram possuir residência nos bairros localizados na zona leste da cidade, que apresentam melhores condições de infra-estrutura e renda média mais elevada em relação às demais zonas residenciais do Município. Assim, pode-se afirmar, que a maior parte da classe média reside nessa área, bem como, utiliza-se em muito o serviço público de saúde no Município.

Acredita-se que isso se deve a redução da renda disponível da classe média, ocorrida nos últimos 03 anos na economia brasileira, impossibilitando-a de utilizar serviços médicos privados em grande escala e pela melhoria dos serviços médicos públicos apresentados no Município.

A pesquisa apontou ainda, que 10,45% dos entrevistados afirmaram residir em fazendas e apenas 2,73% possuem residência em outros Municípios, demonstrando o grande fluxo de indivíduos que residem no campo em busca de serviços médicos na cidade. Fato esse, que ser compreendido em virtude da

reduzida infra-estrutura dos serviços de saúde na zona rural, que acompanha um padrão de comportamento nacional, em geral focados nos procedimentos básicos, conforme demonstrado pela Secretaria de Saúde do Município (2002).

A reduzida participação na pesquisa de beneficiários com residência em outros Municípios durante o período da análise é evidenciada em virtude da ação da Central de Atendimento Telefônico, que permite agendar procedimentos médicos sem a necessária presença física do beneficiário, direcionando o atendimento a uma unidade médica específica, condizente com prévia identificação estabelecida.

Os bairros Alto Maron e Brasil apresentaram durante a pesquisa uma participação percentual elevada. Esses bairros, em conformidade com a SEE (2001), apresentam elevada densidade populacional e perfil de renda média reduzida, o que explica a demanda apresentada por serviços de saúde pública no Município, que em seu conjunto responderam por 18% da amostra.

É conveniente salientar, que a grande maioria dos entrevistados, apontaram como sua origem residencial, bairros periféricos e a zona rural do Município, que apresentam um perfil de renda reduzida, e se constituem naturalmente, em um público de demanda permanente por serviços públicos.

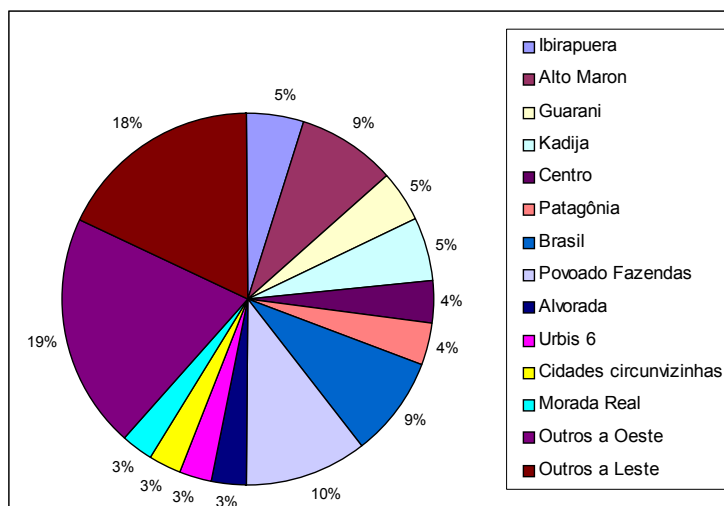


FIGURA 3 – Endereço dos entrevistados

A Figura 4, mostra a distribuição da renda mensal dos participantes na pesquisa. Dos entrevistados 76,37% afirmam possuir uma renda mensal bruta de até R\$ 400,00.

O grupo que apresentou a maior participação individual relativa foi o de beneficiários que afirmam receber uma renda bruta mensal de até R\$ 200,00 (44,09%), que pode ser inferido como trabalhadores que percebem até 01 Salário Mínimo, equivalente na atualidade segundo IBRE/FGV (2002), a R\$ 200,00 (duzentos reais) evidenciando, desta forma, o elevado percentual da pobreza municipal, já que o montante percebido é incapaz de prover o sustento de uma família de 04 membros de forma satisfatória.

Dois outros grupos pesquisados apresentam ganhos derivados do trabalho, percebidos mensalmente de até R\$ 300,00 (19,55%) e de até R\$ 400,00 (12,73%), configurando-se, também, como rendimentos insuficientes para demandar serviços médicos privados.

Os grupos classificados com rendimentos médios de R\$ 500,00 a R\$ 900,00 em número de 05, apresentaram uma participação conjunta de aproximada de R\$ 20% sobre o total da amostra, apresentando também freqüências relativamente elevadas para os grupos com indivíduos que percebem mensalmente rendimentos derivados do trabalho em até R\$ 500,00 (5,45%), até R\$ 600,00 (4,09%) e até R\$ 700,00 (5,00%) sobre o total da amostra.

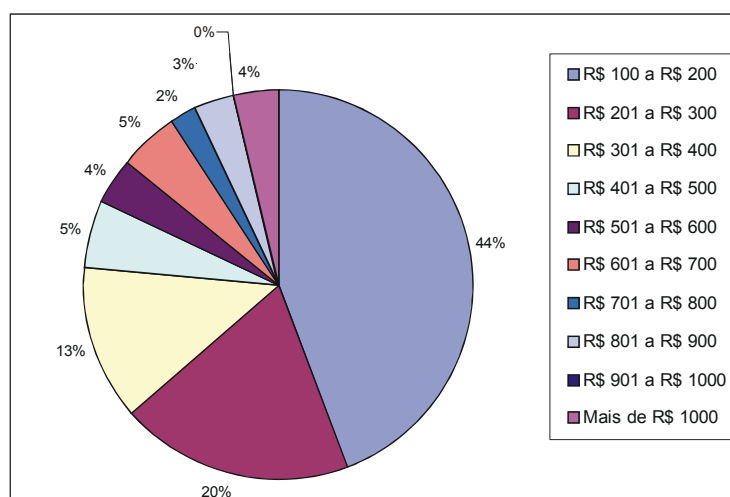


FIGURA 4 – Renda familiar mensal

A pesquisa aponta também a participação de 3,64% do grupo de beneficiários que percebem mensalmente como rendimentos derivados do trabalho quantias superiores a R\$ 1.000,00 mostrando, assim, a participação da classe média local como demandante dos serviços de saúde pública do Município, levando este tipo de demandante a contribuir para a elevação da qualidade dos serviços de saúde pública devido a maior capacidade de fiscalização dos indivíduos pertencentes a esta classe social, em face da maior escolaridade e da maior capacidade de representação.

A relação analítica apresentada entre os gráficos 03 e 04 torna evidente que os maiores demandantes das políticas públicas de saúde no Município são indivíduos considerados pobres, se considerarmos a linha de pobreza municipal construída a partir do salário mínimo vigente (R\$ 200,00) que abrigou de forma isolada e em maior percentual quantitativo 44,09% da amostra estabelecida para a pesquisa, enfatizando assim a grande demanda local por serviços públicos de saúde, localizada nas camadas mais humildes da população local.

Através dos dados apresentados na Figura 5 pode-se observar a freqüência de utilização dos serviços de saúde pública no Município por beneficiário no espaço de 1 ano.

Assim, 53,64 % dos entrevistados utilizam o sistema de saúde pública do Município por mais de 4 vezes no ano, 16,82% dos pesquisados apontaram a utilização do sistema de saúde por 3 vezes ao ano enquanto, 18,18% da amostra afirmam utilizar os serviços públicos de saúde em até 2 vezes ao ano, tornando evidente uma demanda potencialmente elevada por serviços públicos de saúde instaurada no Município, que corresponde a utilização dos serviços públicos de saúde, em no mínimo 2 vezes por ano na faixa de 88,64% da amostra pesquisada.

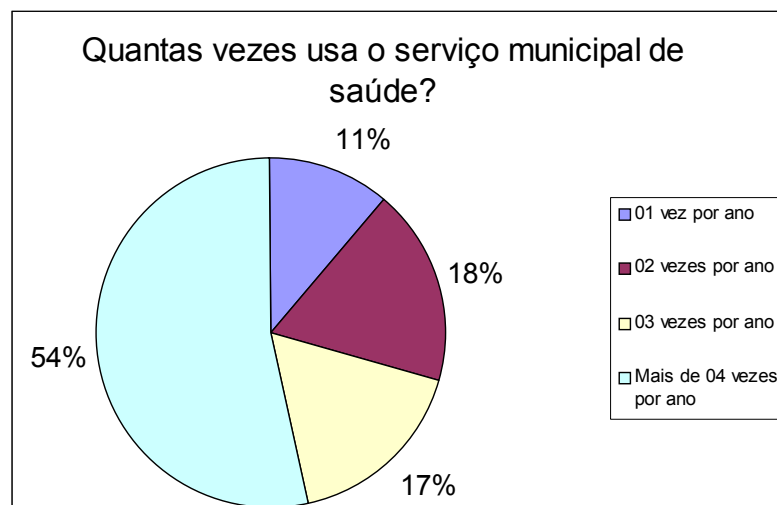


FIGURA 5 – Frequência de Utilização do serviço de saúde

A freqüente utilização dos serviços de saúde pública por beneficiário, está associada ao perfil das doenças que acometem a população local, em sua grande maioria, possuem elevada relação com o estado de pobreza e miséria observadas na população municipal, conforme a Secretaria de Saúde do Município (2002), que constroem uma relação duradoura entre o indivíduo, seu modo de vida e a permanente necessidade por serviços médicos, constituindo-se assim, em um ciclo negativo de combate a pobreza.

É mostrada ainda na Figura 5 a participação daqueles que utilizaram o serviço até 1 vez por ano (11,36%). Este grupo de beneficiários está associado ao grupo de indivíduos melhor situados na pirâmide da renda local, que possuem melhor qualidade de vida.

A elevada demanda apresentada na figura, leva a crer que a modificação no perfil de utilização pode ser reduzida ao longo do tempo, provavelmente no médio e longo prazos, através da adoção de políticas de saúde pública embasadas em ações preventivas, como as empreendidas através do Programa de Saúde da Família (PSF), conjugadas a políticas de produção e renda, que permitam a desconcentração e melhoria dos ganhos advindos do trabalho, reduzindo assim os indicadores de pobreza da população local que se confirmaram como os maiores

demandantes do sistema de saúde, pois caso contrário, tenderá o programa a se constituir em um enorme sorvedouro dos problemas derivados da pobreza, comprometendo portanto, a sua capacidade em influir positivamente no combate a pobreza.

Os dados apresentados na Figura 6 mostram os procedimentos adotados através da CEMAÉ, para a definição do local de atendimento aos beneficiários.

Durante o período da pesquisa 67% das solicitações por atendimento médico foram direcionadas para a CEMAÉ o que pode ser explicado em virtude da estrutura montada para a prestação de atendimento a procedimentos básicos instituído nas dependências da mesma.

O gráfico mostra ainda, que 8% dos atendimentos solicitados foram direcionados aos Centros de Saúde Especializados, 6% ao Hospital de Base (Público), 5% ao Hospital São Vicente (Público), 5% a outros hospitais (Privados e Públicos), 5% a Postos de Saúde (Públicos), 2% Hospital UNIMEC (Privado) e 2% ao Hospital Esaú Matos (Público).

A distribuição do fluxo de atendimentos, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde Pública, SSM (2002), obedece ao princípio da complexidade das solicitações, distribuída em baixa, média e elevada. A reduzida participação na amostra de alguns Hospitais pode ser compreendida em função da sua Especialização. O Hospital Esaú Matos é especializado em atendimento neonatal e pediátrico, justificando sua demanda em função das situações cobertas pelo seu foco de especialização,

A distribuição observada permite ao beneficiário maior comodidade no atendimento, que em geral, é priorizado o atendimento em entidades próximas ao local da sua residência.

Naturalmente, esse aspecto de comodidade não se observa nos procedimentos de média e elevada complexidade que são direcionados a unidades especializadas, que em face desta característica não existem em grande número em economias subdesenvolvidas, onde o aspecto da escassez é presente também nos investimentos públicos.

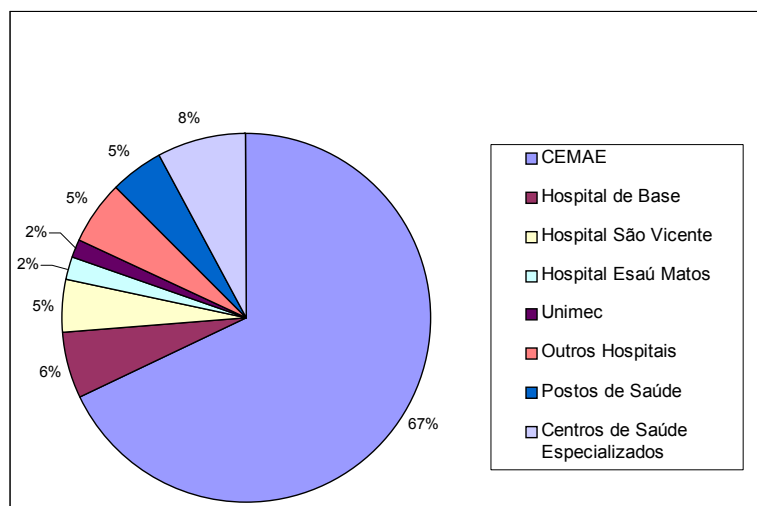


FIGURA 6 - Direcionamento do atendimento

A Figura 7 mostra que 27,27% dos beneficiários foram atendidos em até 30 minutos, o que pode ser considerado um tempo relativamente reduzido. Ficou também constatado que 30,91% dos entrevistados levam de 31 minutos até 1 hora e 30 minutos para serem atendidos, 34,54% dos pesquisados levam 1 hora e meia a 3 horas para serem atendidos e 7,27% dos entrevistados levam para o pronto atendimento de 3 horas a mais de 4 horas de espera.

Os números tornam evidente que de fato o número percentual de indivíduos que levaram mais de 2 horas para serem atendidos em suas demandas médicas (41,81%), incluindo também procedimentos administrativos que pode ser considerado ainda elevado em comparação com um tempo ideal de atendimento estimado hipoteticamente em 1 hora e 30 minutos com período de tempo médio, levando a necessidade de incorporar alterações em sua dinâmica operacional a fim de melhorar os indicadores de eficiência temporal.

Por ser a saúde pública, um dos graves problemas sociais encontrados no país, a permanência de indivíduos por mais de 2 horas a procura de atendimento médico demonstra a necessidade de alterações de cunho gerencial no sistema que permitam a redução de tempo de espera do cidadão que busca atendimento médico público.

Entretanto salienta-se que o percentual dos beneficiários atendidos em até 2 horas é elevado (74,54%), indicando que o tempo de atendimento médio está se elevando, o que pode ser entendido através da população como ineficiência, necessitando o sistema, de possíveis correções em seu fluxo operacional.

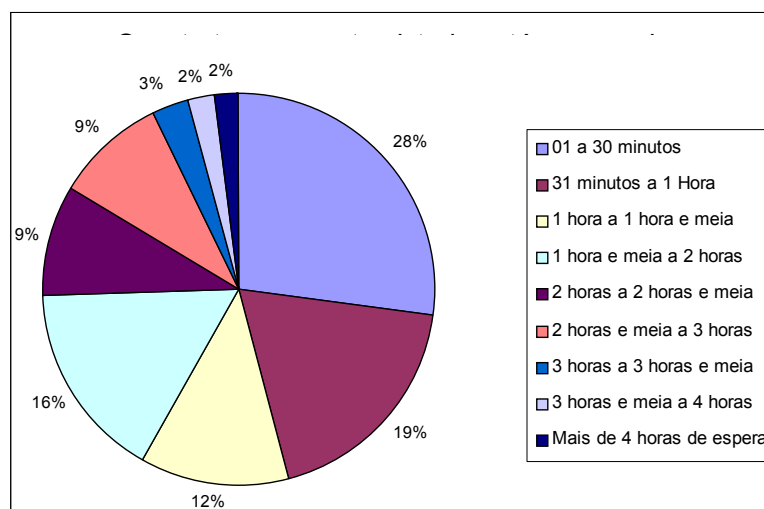


FIGURA 7 – Tempo de espera para ser atendido

O gráfico apresentado na Figura 8, mostra a avaliação dos pesquisados quanto à eficiência global do sistema de saúde pública no Município, considerando como escala de mensuração os indicativos bom, regular e ruim. Naturalmente um sistema só pode ser considerado perfeito em sua operação quando obtém maior consideração absoluta de indicativo do seu estado de funcionamento como bom.

O gráfico mostra também que 50% dos entrevistados avaliam o estado de funcionamento do sistema de saúde do Município como sendo de boa performance, 43,64% dos pesquisados consideram a sua performance regular e 6,36% a consideram como sendo ruim. Considerando-se os resultados apontados como uma performance regular e ruim, encontra-se uma participação percentual de 50% , o que segundo os critérios utilizados para mensuração de probabilidade, não conduzem a uma certeza absoluta de boa ou ruim performance operacional.

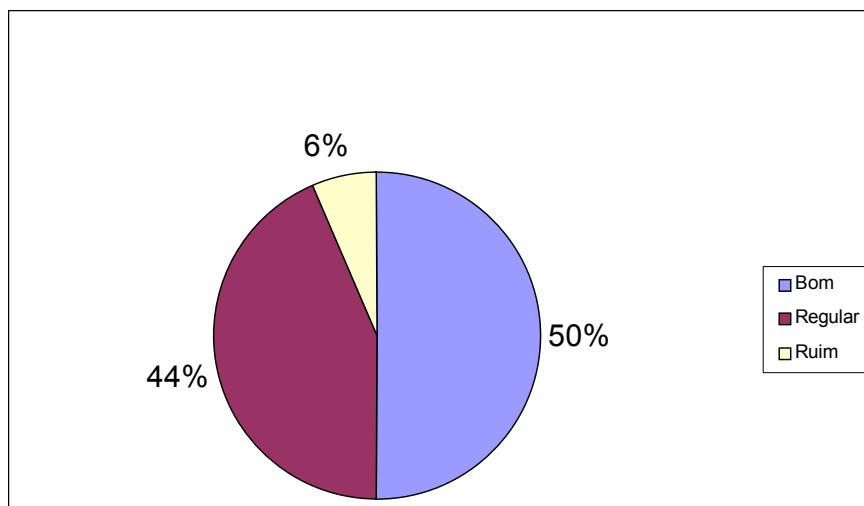


FIGURA 8 – Avaliação do Sistema

Pelos dados apresentados na Figura 9, pode-se concluir que para 48,18% dos entrevistados o sistema pode ser considerado bom em virtude da facilidade para conseguir atendimento médico, 39,09% dos entrevistados consideraram o bom atendimento prestado pelos médicos como o principal fator, 28,18% dos entrevistados consideraram o atendimento receptivo como o principal fator de determinação de eficiência do sistema, 14,55% dos entrevistados avaliam como principal fator à existência do sistema em relação ao passado quando não existia, 8,18% dos entrevistados consideram como principal fator o rápido atendimento dos serviços médicos, 7,27% consideraram a gratuidade o principal fator determinante e 5,45% dos entrevistados afirmaram que a gratuidade no fornecimento de certos medicamentos é o principal fator que determina a boa performance do sistema de saúde pública no Município.

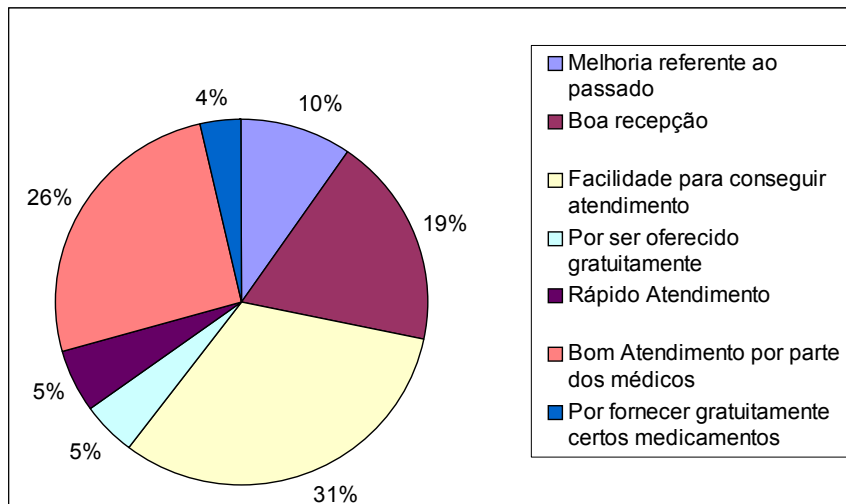


FIGURA 9 – Razões da Classificação: Bom

Para 46% dos beneficiários o sistema pode ser considerado regular em virtude da demora em atender as suas solicitações por serviços médicos. 34% dos entrevistados considera a dificuldade para a marcação de exames como fator determinante para as suas considerações quanto ao sistema de saúde ser considerado regular. 5% apontaram a ausência de serviços especializados, outros 5% indicaram deficiência na infra-estrutura operacional, outros 5% indicaram a má recepção no atendimento médico e administrativo, 2% dos entrevistados apontaram a carência de pessoal como o principal fator de limitação do sistema, 1% dos entrevistados indicaram piora dos serviços em relação ao passado (anterior a municipalização), outros 1% apontaram a ausência de centralização dos serviços médicos e outros 1% revelaram o mau atendimento prestado por parte dos médicos (Figura 10).

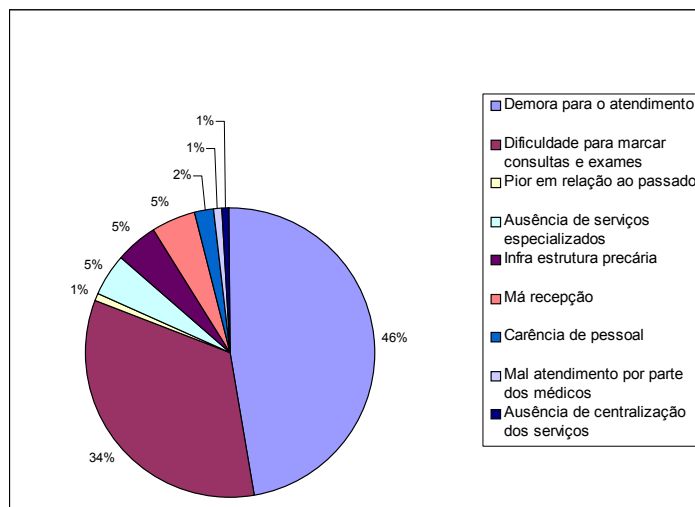


FIGURA 10 – Razões da classificação: Regular

Já 7% dos entrevistados consideraram a performance operacional do sistema de saúde pública como sendo ruim em virtude da demora no atendimento médico, 29% apontaram a dificuldade em marcar consultas e exames como fatores determinantes para a classificação ruim, 7% consideraram deficiência na infraestrutura operacional como sendo o fator principal e outros 7% opinaram como sendo a carência de pessoal como o principal fator para a consideração da performance ruim do sistema de saúde pública no Município (Figura 11).

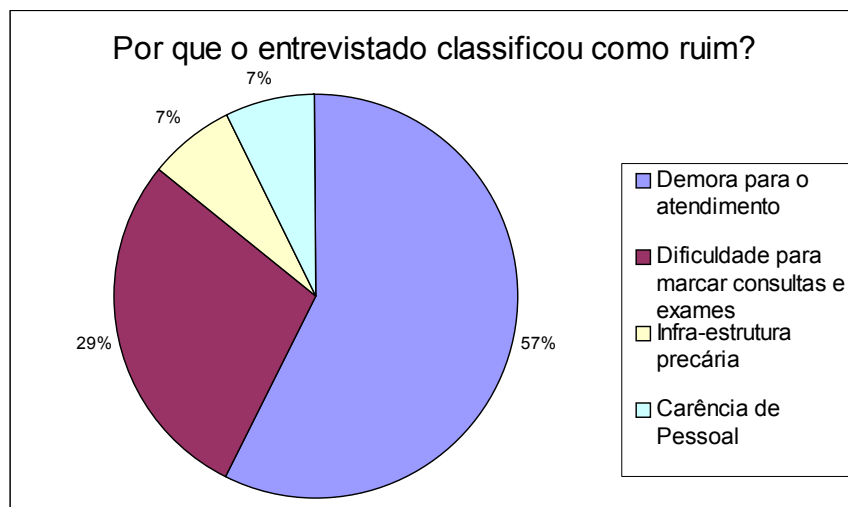


FIGURA 11 – Razões da classificação: Ruim

É perceptível também através da pesquisa, que os critérios apontados através da população como sendo determinantes do nível de eficiência do sistema, estão vinculados ao seu aspecto operacional, o que se constitui em uma avaliação superficial de todo o processo, pois indica desconhecimento sobre os aspectos estratégicos e táticos do programa. De fato, ficou evidente que a preocupação da sociedade beneficiária, recaiu tão somente sobre o atendimento médico prestado, o que não significa ser esta, a única e melhor alternativa para a avaliação sistêmica de programas públicos, notadamente os vinculados a saúde pública.

3.5 Considerações Finais

A presente pesquisa leva a concluir que o Sistema de Saúde Público em Vitória da Conquista, após a implantação da municipalização da gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde, vem alcançando bons resultados operacionais, o que também é referendado através da população local.

A elevação no número de atendimentos médicos com origem pública, em um Município que apresenta uma reduzida renda local, conforme a pesquisa PNAD (2001), contempla com os serviços básicos de saúde parcela considerável da

população que não dispõe de renda suficiente para demandar os serviços de saúde em unidades particulares.

Dos beneficiários participantes da pesquisa 76,37%, afirmaram perceber mensalmente como rendimentos derivados do trabalho a quantia de até R\$ 400,00 o que demonstra a dependência de grande parcela da população local por serviços públicos de saúde. Conforme a SSM (2002), grande parte das doenças que acometem a população local possuem estreita relação com o estado de pobreza em que vive parcela considerável da população local, o que reforça a necessidade de que as políticas públicas implantadas possam alcançar a maior eficiência econômica possível.

Com a Municipalização e a Gestão Plena dos recursos da saúde, um variado grau de inovações em programas públicos foi introduzido na esfera municipal, a criação da CEMAÉ possibilitou a introdução de um órgão de regulação entre demanda e oferta dos serviços de saúde e um melhor controle operacional sobre os procedimentos médicos e administrativos coibindo assim a existência de fraudes ou desvios de verbas públicas que tornavam frágeis os programas públicos municipais.

Candido Júnior (2001), salienta que a eficiência no gasto público pode ser mensurada através dos objetivos atingidos, propostos no planejamento ao menor custo possível para a sociedade. Maioria absoluta dos entrevistados (99,09%) afirmaram que em momento algum lhes foi cobrado qualquer quantia para o acesso ao sistema de saúde municipal o que conduz a suposição de que os recursos de fato estão sendo direcionados à população, por meio dos programas estabelecidos, o que é sinônimo de elevação da eficiência dos programas de saúde implantados no Município.

Aspectos gerenciais do sistema, como apontado em Fleury et al (1997), apresentam-se como elementos necessários de melhoria recorrente nos programas de saúde pública objeto da municipalização dos recursos oriundos do SUS, o que conforme a pesquisa, pode merecer melhor consideração do Poder Executivo local quanto a alterações na dinâmica de funcionamento dos programas, voltadas a reduzir o tempo de espera por atendimento médico.

Por fim, destaca-se a importância da introdução de políticas de elevação da renda e redução da pobreza local, que agindo conjuntamente com os programas de saúde implantado poderão reduzir os níveis de pobreza local. O sistema de saúde como uma variante de política pública é um fundamento importante na melhoria das condições de qualidade de vida da população, contudo para cumprir a sua função, se faz necessário à conjugação de outras políticas públicas (renda), sem o que a sua eficiência operacional será reduzida passando a ser um sorvedouro dos problemas sociais (pobreza) encontrados na sociedade.

4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

4.1 Conclusões

A presente pesquisa teve por objetivo geral analisar a implantação do Programa Municipal de Saúde Pública do Município de Vitória da Conquista, Estado da Bahia.

A eficiência na ação pública pode ser considerada através da relação mantida entre o gasto mínimo possível dos recursos financeiros orçados e os objetivos alcançados através da ação estatal. A ocorrência do gasto público sem a devida consideração da relação descrita leva a caracterização da ineficiência da ação pública, que agindo desta forma, impede a sociedade de alcançar padrões mínimos de crescimento e desenvolvimento econômico, dada a importância do gasto público como elemento dinâmico para a economia.

O Estado no Brasil vem imprimindo, ao longo dos últimos 06 anos um processo de descentralização administrativa dos recursos vinculados à saúde pública, outorgando aos Municípios o poder sobre a sua forma de aplicação. Naturalmente, esta descentralização acontece segundo alguns critérios estabelecidos através do SUS, que busca fomentar nos Municípios postulantes a

capacidade gerencial sobre os recursos administrados e garantir a sociedade municipal, acesso democrático a instrumentalização dos recursos, através do Orçamento Público Municipal.

A municipalização como ação de governo, enseja uma maior responsabilidade por parte dos gestores municipais, que se vêem forçados a gerir de forma mais eficiente os recursos públicos atendendo assim, as demandas da sociedade a qual representam, com elevação de qualidade da política fiscal.

Como a gestão municipal da saúde contempla a constituição de Conselhos Consultivos formados por membros da sociedade local, existe a possibilidade da constituição de espaços democráticos onde o exercício da cidadania pode ser amplificado contribuindo para elevar o potencial de eficiência das políticas públicas a serem implementadas pelo poder público municipal.

Um dos graves problemas de uma sociedade subdesenvolvida é a baixa perspectiva de vida dos seus cidadãos, que são acometidos geralmente por vários tipos de enfermidades relacionadas com o estado de pobreza em que se encontram levando-os a uma reduzida qualidade de vida, contribuindo para reforçar os vínculos com a pobreza alijando inclusive gerações futuras de se verem libertas dos efeitos danosos da pobreza sobre o ser humano.

A pobreza assume variadas formas, que se moldam a cada sociedade em virtude das suas condições estruturais presentes na economia.

A incapacidade na geração de renda de forma sustentável e crescente é o principal indicador das condições de pobreza em que está submetida uma sociedade. Contudo, a renda reduzida de um indivíduo, é tão somente uma consequência do estado de pobreza vinculado a este indivíduo, conduzindo a análise da pobreza aos seus fatores condicionantes que são os responsáveis pela baixa geração de renda apresentada.

Os investimentos em saúde, através de eficientes programas, elevam a taxa de longevidade de toda a sociedade, especialmente dos indivíduos pobres de forma a impedir ou diminuir doenças típicas da pobreza elevando, assim, a capacidade dos mesmos em desenvolver e reter habilidades funcionais, permitindo a melhoria

das condições necessárias ao aumento da renda disponível e para a aquisição de ativos.

Os resultados da pesquisa mostram que o município de Vitória da Conquista através do Programa Municipal de Saúde Pública no atendimento da população pobre vem, realmente, ao longo dos últimos anos elevando os seus indicadores de saúde básicos, refletindo na elevação da qualidade de vida da população atendida.

Nesse sentido, a eficiência do gasto público local é evidenciada através da expansão da rede de saúde pública de atendimento; do número de procedimentos registrados quando da implantação do modelo; do melhor controle sobre a efetivação do gasto e de adoção de um sistema de regulação de mercado, instituído através da Central de Marcação de Consultas (CEMAE).

Constatou-se também a necessidade de introdução de inovações gerenciais no sistema público de saúde, cuja formatação operacional demonstra atualmente a necessidade de melhorias que devem ser introduzidas para a adequação às alterações provocadas através da demanda dos serviços de saúde, que vem se ampliando anualmente a uma taxa elevada. Este comportamento é devido a reduzida renda per capita local, que contribui para elevar o problema da pobreza; a desigualdade da renda, fruto da estrutura produtiva vigente e a maior cobertura implantada sobre a população dos programas implantados, também através dos Municípios pactuados (58), que em conjunto realizaram geraram no mês de janeiro deste ano 12.729 procedimentos na Central de Marcação de Consultas.

Entretanto, salienta-se que por si só, os programas de saúde implantados no Município não possuem capacidade econômica de influenciar na redução da pobreza local de forma duradoura e consistente, pois a pobreza local é resultado da reduzida renda média disponível, da elevada concentração de renda e da informalidade das relações de trabalho, em que estão imersos em grande parte os pobres e miseráveis locais.

Assim, para a redução da pobreza local, além dos programas sociais existentes são necessárias políticas públicas eficientes, que possam garantir a geração e distribuição da renda, a redução da informalidade na economia local e ao aumento

do número de empregos com proteção previdenciária garantindo aos seus ocupantes os direitos trabalhistas básicos, que lhes permitirá melhorar a capacidade de possuir e reter ativos.

4.2 Recomendações para futuros trabalhos

- Investigar a linha de pobreza municipal, destacando a população incluída na faixa da pobreza e da miséria;
- Analisar os programas da área de educação implantados no Município nos últimos 05 anos;
- Analisar a viabilidade econômica de manutenção dos gastos públicos sociais nos percentuais dos dispêndios do Poder Público Municipal;
- Analisar a capacidade de viabilidade financeira do modelo público de saúde pública;
- Avaliar formas de inserção de inovações gerenciais no modelo municipal de saúde pública com a finalidade de elevar a sua eficiência operacional;
- Analisar a correlação existente entre os gastos públicos incorridos na área da saúde municipal e a melhoria dos indicadores de saúde na população.

5 BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Fernando. *Sustentabilidade X Miséria* 2002. São Paulo, CEBDS, 2001.
- AMSBURG, Joachim Von et Al. A focalização do gasto social sobre a pobreza no Brasil. In, HENRIQUES, Ricardo (Org.) *Desigualdade e pobreza no Brasil*, Rio de Janeiro (RJ), IPEA, 2000.
- BARROS, Ricardo et al. Pelo fim das décadas perdidas: Educação e Desenvolvimento Sustentado no Brasil. In, HENRIQUES, Ricardo (Org.), *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro, IPEA, 2000.
- BARROS, Ricardo Paes e FOGUEL, Miguel Nathan. Focalização dos gastos públicos sociais e erradicação da pobreza no Brasil. In, HENRIQUES, Ricardo (Org.) *Desigualdade e pobreza no Brasil*, Rio de Janeiro, IPEA, 2000.
- BARROS, Ricardo Paes e MENDONÇA Rosane. *O impacto do crescimento econômico e de reduções no grau de desigualdade sobre a pobreza*. IPEA, <http://www.ipea.gov.br> , 1997.
- BCB, *Sistema do Banco Central - SISBACEN*. Banco Central do Brasil, www.bcb.gov.br, 2002.
- CALDAS, Suely. *Tudo contra a desigualdade*. Jornal O Estado de São Paulo, <http://www.estadao.com.br>, 2002.
- CÂNDIDO JÚNIOR, José Oswaldo. *Os gastos públicos no Brasil são produtivos?* IPEA, <http://www.ipea.gov.br>, 2001.
- CANUTO, Otaviano. *A Miséria da filosofia do desenvolvimento: As abordagens mais frequentes para o desenvolvimento brasileiro são insuficientes*. UNICAMP, <http://www.eco.unicamp.br/artigos/artigo204.htm>, 2002.
- CEAS. *Organização popular em regiões de monocultura agrícola*. CEAS, <http://www.ceas.com.br/rural.htm>, 2001.
- CEPAL, *Panorama Social da América Latina, 2000-2001*. Santiago de Chile, CEPAL, 2002.
- CLEMENTE, Ademir e HIGACHI, Hermes Y. *Economia e desenvolvimento regional*. São Paulo , ATLAS, 2000.

COHN, Amélia. *Permanência e Reestruturação das Políticas Sociais nos Anos 90*. IBASE, <http://www.ibase.org.br>, 2002.

COSTA, Fernando Nogueira. *Questão da focalização*. São Paulo, UNICAMP http://www.eco.unicamp.br/artigos/artigo_191.htm, 2002.

DUPAS, Alexandre. *ECONOMIA GLOBAL E EXCLUSÃO SOCIAL*. São Paulo, PAZ E TERRA, 2000.

FERREIRA, Francisco H. G. Os Determinantes da Desigualdade de Renda no Brasil: Luta de Classes ou Heterogeneidade Educacional. In, HENRIQUES, Ricardo (Org.) *Desigualdade e Pobreza no Brasil*, Rio de Janeiro, IPEA, 2000.

FLEURY, Sônia et. al. *Municipalização Da Saúde E Poder Local No Brasil*. Rio de Janeiro, *RAP*, v.31, n.5, Set-Dez 1997, FGV, 1997.

FURTADO, Ângela e AZEREDO Mauro. *Banco Mundial aprova empréstimo para reforma fiscal no Brasil*. World Bank, <http://www.worldbank.org>, 2001.

Gazeta Mercantil. *Atlas do Mercado Brasileiro 2001*. São Paulo, Gazeta Mercantil S.A, 2002.

IBGE, *Indicadores econômicos do setor público*. Brasília, IBGE, <http://ibge.gov.br>, 2002.

IBGE, *Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar*. Brasília, <http://ibge.gov.br>, IBGE 2001.

IPEA. *PIB Municipal – 1970 A 1996*. IPEA, <http://www.ipea.gov.br>, 2001.

LAVINAS, Lena. *Combinando o compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil*. In, HENRIQUES, Ricardo (Org.) *Desigualdade e pobreza no Brasil*, Rio de Janeiro, IPEA, 2000.

LOPES, Roberto P. Machado. *Universidade pública e desenvolvimento local: Uma análise a partir dos gastos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia*. Salvador, UFBA, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Recursos Federais do SUS (Por Município)*. Brasília, MS, <http://www.saude.gov.br>, 2002.

MTB. *Relatório estatístico, Vitória da Conquista (BA)*. Brasília, MTB, 2002.

NÉRI, Marcelo. Políticas Estruturais de Combate à Pobreza no Brasil. . In, HENRIQUES, Ricardo (Org.) *Desigualdade e Pobreza no Brasil*, Rio de Janeiro, IPEA, 2000.

ONU. *Relatório de Desenvolvimento Humano*. New York, ONU, 2002.

O'SULLIVAN, Arthur e SHEFFRIN, Steven. *Princípios de Economia*. Rio de Janeiro, LTC, 2000.

PIOLLA, Gilamar. *Gastos sociais não reduzem a pobreza*. Aprendiz, <http://www.uol.com.br/aprendiz>, 2002.

PNUD. *Relatório do Desenvolvimento Humano*. Brasília, 2002.

Prefeitura Municipal. *Lei 1082/2001 Orçamento 2002*. Vitória da Conquista, Prefeitura Municipal, 2002.

RIANI, Flávio. *Economia do setor público*. São Paulo, ATLAS, 2002.

SAD. *Relatório de Atividades Anual*. Vitória da Conquista, Secretaria de Administração do Município, 2002.

SANTOS, Milton. *Por uma outra Globalização*. São Paulo, Record, 2001.

SEC. *Anuário Estatístico da Educação*. Salvador, Secretaria de Educação do Estado da Bahia, 2001.

Secretaria de Assuntos Distritais. *Relatório de Senso Distrital*. Vitória da Conquista, Secretaria de Assuntos Distritais, 2002.

Secretaria de Expansão Econômica. *Documentos diversos sobre perfil econômico municipal*. Vitória da Conquista, Secretaria de Expansão Econômica, 2001.

Secretaria de Saúde Municipal. *Boletim do Plano de Saúde Municipal*. Vitória da Conquista, Secretaria de Saúde Municipal, 2002.

SEFAZ. Arrecadação Municipal. Salvador, Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, www.sefaz.ba.gov.br, 2002.

SEI. *Indicadores Econômicos dos Municípios do Estado da Bahia*. Secretaria da Indústria e Comércio, www.seiba.gov.br, 2002.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya. *Desigualdade Reexaminada*. São Paulo, RECORD, 2001.

SEPLANTEC. *Crescer, Desconcentrar e Diversificar: Uma Estratégia de Crescimento Equilibrado*. SEPLANTEC, <http://www.seplantec.ba.gov.br>, 2002.

SESAB, *Sistema de municipalização da saúde pública no Estado da Bahia*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2002.

SILVA, Jovino Moreira. *Administração estratégica e a visão empreendedorial no processo de crescimento e desenvolvimento econômico industrial*. UFMG, 1996.

SOUZA. Nali de Jesus Souza. *Desenvolvimento econômico*. São Paulo, ATLAS, 1999.

SUDIC. Correspondência de 26 de setembro de 2002. Vitória da Conquista, SUDIC, 2002.

UESB. Documentos Diversos sobre Número de Estudantes por Curso: Graduação e Pós-graduação. Vitória da Conquista, *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*, 2002.

UESB. Orçamento 2002. Vitória da Conquista, *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB*, 2002.

UESB. *Perfil Econômico do Sudoeste da Bahia*. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 1997.

WORLD BANK. *Poverty in the World*. Washington, <http://www.worldbank.com>, 2002.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PPGE – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE EFICIÊNCIA

1. Sexo do(a) Senhor(a):

- Masculino
- Feminino

2. Idade ?

- 10 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- 61 a 70 anos
- 71 a 80 anos

3. Endereço ?

4. Renda familiar mensal ?

- R\$ 100 a R\$ 200 reais
- R\$ 201 a R\$ 300 reais
- R\$ 301 a R\$ 400 reais
- R\$ 401 a R\$ 500 reais
- R\$ 501 a R\$ 600 reais
- R\$ 601 a R\$ 700 reais
- R\$ 701 a R\$ 800 reais
- R\$ 801 a R\$ 900 reais
- Acima de R\$ 1000,00 reais.

5. Qual a frequência de utilização do serviço de saúde pública do Município?

- 01 vez no ano
- 02 vezes no ano
- 03 vezes no ano
- Mais de 04 vezes no ano

6. Para onde é direcionado em geral, o atendimento médico do(a) Senhor(a) ?

- () Hospital. Qual?
- () Centro de Saúde. Qual?
- () Posto Médico. Qual?

7. O(A) Senhor(a) já pagou algum valor para ser atendido na Rede Municipal de Saúde?

- () Sim.
- () Não

8. Qual o horário que o(a) Senhor(a) chegou a Central de Marcação de Consultas do Município? Indicar também o horário da entrevista.

9. Como o(a) Senhor(a) avalia o Serviço Municipal de Saúde Pública?

- () Bom
- () Regular
- () Ruim

Por que ?

