



Revista Portuguesa de Estudos  
Regionais  
E-ISSN: 1645-586X  
rper.geral@gmail.com  
Associação Portuguesa para o  
Desenvolvimento Regional  
Portugal

Bolsone, Orlando José; de Moraes, Maria Silvia; Aredes Priuli, Roseana Mara; Martins de  
Toledo Leme, Emilia Maria; Severian Loureiro, Rubem  
A saúde como estratégia de desenvolvimento local  
Revista Portuguesa de Estudos Regionais, núm. 19, 2008, pp. 133-144  
Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional  
Angra do Heroísmo, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=514351900007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

## HEALTH AS A STRATEGY OF LOCAL DEVELOPMENT

**Orlando José Bolsone** - Secretário de Planejamento e Gestão Estratégica do município  
de São José do Rio Preto - SP - E-mail: orlando.bolcone@itelefonica.com.br

**Maria Silvia de Moraes** - Adjunta da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - E-mail: msmoraes@famerp.br

**Roseana Mara Arede Priuli** - Psicóloga da Fundação CASA - Centro de Atendimento Socioeducativo aos Adolescentes

**Emilia Maria Martins de Toledo Leme** - Economista da Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégico - São José do Rio Preto- São Paulo

**Rubem Severian Loureiro** - Economista e Consultor da Fundação Escola  
de Sociologia e política de São Paulo

### RESUMO:

O estudo caracterizou o setor saúde no município de São José do Rio Preto, São Paulo (SP) a partir da reforma do Estado brasileiro e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo foi verificar a contribuição do setor saúde, que, em razão das inovações tecnológicas, tem apresentado um desempenho diferenciado e tornando-se, por isso, o elemento central da estratégia de desenvolvimento local, econômico e social no município de São José do Rio Preto.

Utilizaram-se o estudo de caso e as técnicas de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semi-estruturadas com agentes do setor saúde, o que permitiu identificar as principais políticas de saúde do município. Observou-se que o setor da saúde, por ser um centro formulador de estratégias de desenvolvimento tecnológico em nível municipal e por ter desenvolvido mecanismos inovadores de gestão dos serviços, contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento da cidade e da região.

### ABSTRACT:

The analyzed the experiences in the municipal health care through a reform of Brazilian State with the implementation of Unified Health System (SUS).

This research aims at verifying the contribution of the health care sector, which has been in frank evolution, to the social and economic development of the city of São José do Rio Preto through technological innovations.

It was used the case study, bibliographic research, documentary analysis, and semi-structured interviews with agents of the science, technology and health care sector. The research identified the most important health care contributions to strategies of development of local technology that allows subsidizing the choice of management of the care system.

**Key Words:** 1. Health Care Management; 2. Municipal Health Care; 3. Local Development

**JEL codes:** A13,H51,R58

**Palavras-chave:** 1.Gestão da Saúde;  
2. Municipalização da Saúde; 3. Desenvolvimento Local

Códigos JEL: A13,H51,R58



## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 traz em seu bojo a concepção de seguridade social, englobando a previdência, a saúde e a assistência social como direitos naturais de todo cidadão. A lei 8080 de 1990 instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS, cujo pressuposto é a atenção integral à saúde de toda a população (Carvalho, 1995, Silva, 2001). Dentro dessa perspectiva, encontramos em todas as esferas de poder – federal, estadual e municipal – o ordenamento das leis e a definição dos princípios, objetivos e diretrizes gerais que permitem a efetivação de programas e de metas necessárias para a construção da ordem social. Garantem, por outro lado, a estruturação de mecanismos de financiamento, sem os quais é impossível organizar adequadamente a prestação de serviços (Cohn, 2003).

A diretriz da descentralização e o incentivo à organização e gestão locais dos serviços de saúde têm induzido a busca por alternativas gerenciais. Os municípios ficaram responsáveis por estruturar os serviços de atenção à saúde, que eram antes desenvolvidos pelo poder central. Entretanto, as Administrações Municipais, antes meras executoras, por falta de prioridade e investimento em capacitação técnico-gerencial, encontraram enormes dificuldades tanto para formular e operacionalizar as novas políticas quanto para manejá-las com base em uma realidade que superpõe duas dimensões: uma estruturada em parâmetros sociais e epidemiológicos, e outra baseada em práticas culturais e políticas locais, o

que, freqüentemente, leva a conflitos de interesse na distribuição de verbas. Isso tem a ver, de um lado, com a falta de planejamento adequado e, de outro, com o fato de o centro de decisões ficar muito próximo dos atores interessados, gerando tensões imediatistas e a busca de soluções de curtíssimo prazo, sem conexão com uma estrutura mais abrangente e integrada (Machado, Fortes, Somarriba, 2004).

Talvez essas razões expliquem o fato de diversos estudos mostrarem que a maioria dos programas não é capaz de atingir suas metas em políticas públicas ou, quando muito, atuar de forma assistencialista (Cohn, 2003).

## CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGIAS DO DESENVOLVIMENTO LOCAL

Coelho e Fontes (1996) e Martinelli e Joyal (2004) conceituam desenvolvimento local como um processo de aperfeiçoamento em relação a um conjunto de valores ou atitudes comparativas a respeito desse conjunto, sendo esses valores condições ou situações desejáveis para a sociedade. O conceito de local adquire uma conotação sócio-territorial quando o referido processo de desenvolvimento é pensado, planejado, promovido ou induzido por agentes locais e/ou voltados para eles.

Diversas são as estratégias que podem ser utilizadas para a promoção do desenvolvimento local. Dentre elas, está a priorização das políticas de saúde, pelo seu alto alcance social e econômico, somado à exigência constitucional (Emenda Constitucional 29/2000) de gastos mínimos nessa área – 15% da receita proveniente de impostos pelos municípios e 12% pelos estados e a União, aplicados ao orçamento do ano anterior e acrescidos do percentual de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto).

O município de São José do Rio Preto, cidade pólo da região noroeste do Estado de São Paulo, na busca de alternativas para a organização da gestão em saúde, tem ampliado ao longo das últimas décadas, relações contratuais e de parcerias entre o setor público local e o setor empresarial da saúde (Conjuntura Econômica em sua 22ª edição (2007), Indicadores de Desenvolvimento Social).

Objetivando captar os principais movimentos e as variáveis chave desse contexto, este trabalho procurou caracterizar o setor da saúde do município de Rio Preto e a participação do setor privado de saúde no desenvolvimento local, dando ênfase aos aspectos marcantes no processo de criação e de difusão de inovações tecnológicas.

#### **MATERIAL E MÉTODO**

A metodologia de pesquisa adotada teve como modo de investigação o estudo de caso e, como técnica de pesquisa, as abordagens bibliográficas e documentais, complementadas por uma pesquisa de campo.

Quanto à revisão teórica, adotou-se como critério que este estudo de caso apresentasse um problema que não fosse gerado por meio de uma teoria particular, mas que pudesse ser derivado de várias teorias, ou por elas explicado (Luna, 1996). Assim, para embasar cientificamente a proposta da pesquisa, foram analisados pelos mais diversos ângulos, os principais aspectos do desenvolvimento local desde os primórdios da organização industrial até recentes estudos sobre o tema.

Como o objetivo do levantamento foi caracterizar o setor da saúde do município de Rio Preto, o estudo buscou a compreensão dos fenômenos sociais locais a partir de uma visão panorâmica mais geral,

entendidos como processos complexos e dinâmicos que se expressam de forma interativa em contextos marcados pela heterogeneidade.

Entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas com o objetivo de compreender as representações sociais compartilhadas entre alguns atores quanto ao desenvolvimento do setor da saúde no município. O objetivo maior foi situar as disposições locais sobre o desenvolvimento na área da saúde.

Concordaram em responder três atores de instituições públicas representativas do setor da saúde no município bem como sete representantes de indústrias de equipamentos e prestadores de serviços dessa mesma base econômica.

Com relação à abordagem bibliográfica e documental foram analisadas as políticas públicas municipais de saúde como instrumentos de desenvolvimento local, fixado como período de análise o interregno entre 1998 e 2006.

#### **RESULTADOS**

O município de São José do Rio Preto assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde em 1998. Nessa fase da transferência de responsabilidades, o município passou a ter como encargo a assistência integral à população e todo o conjunto das ações de saúde coletiva (vigilância sanitária, epidemiológica, controle de endemias, etc.).

Os levantamentos e as análises de dados financeiros mostraram que a única instância de governo que apresentou um crescimento regular nos gastos com saúde foi a dos municípios. Além disso, no caso de Rio Preto, a evolução dos gastos com saúde acelerou-se após 1998 (Conjuntura Econômica, 2007 Sistema Integrado de Orçamento Público – SIOP).

Ilustrando tais argumentos, observou-se que enquanto as despesas municipais no seu conjunto cresceram no período estudado (1998 a 2006) em 70%, os gastos com educação evoluíram em 57% e os gastos com saúde em 113%. Vale registrar, ainda, que em 1998 as despesas com educação representavam 25% do total do orçamento atingindo 24% em 2006. Por outro lado, as despesas municipais com saúde evoluíram de 18% para 22% no mesmo período (Conjuntura Econômica, 2007 Sistema Integrado de Orçamento Público – SIOP).

Com uma população de 415 000 pessoas e localizada a 450 quilômetros da capital do Estado de São Paulo (IBGE), a cidade é classificada como pertencente ao Grupo 1 (segundo critérios da Fundação SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados). Apresenta bons níveis nos indicadores sociais quando comparado com a maioria das cidades brasileiras. O Índice de Desenvolvimento Humano, segundo dados de 2.000, é de 0,834 (IBGE).

O crescimento urbano do município está relacionado com a forte presença de uma infra-estrutura de serviços, com destaque para a área de saúde. A rede assistencial experimentou forte expansão nas últimas décadas, reforçando o papel do município como pólo regional de assistência médica e centro de

referência para mais de 100 municípios da região e também para outros estados brasileiros. Esse papel de cidade pólo reforçou ainda mais a tendência de atração demográfica, verificada desde a década de 40, com um crescimento migratório positivo devido ao fluxo significativo de mão de obra em busca de oportunidades profissionais. Esse fluxo de pessoas em direção a Rio Preto atinge tanto o meio rural do entorno quanto as cidades menores da região. Para se ter uma idéia, a participação do município no total da população regional que era de 36,6% em 1970 elevou-se consideravelmente nas décadas de 1980/90 atingindo um patamar de 53,9% (Moraes, 2000).

Quando analisadas pela ótica do financiamento do gasto público, as despesas com saúde do município de Rio Preto apresentam resultados muito interessantes. Vejamos o que diz o sistema de informações sobre orçamentos públicos, no período de 1998 a 2006. Vale lembrar que 1998 foi o ano da implantação da municipalização da saúde em Rio Preto.

No quadro abaixo, verifica-se que a parcela das despesas realizadas com saúde por habitante financiada por recursos próprios municipais aumentou entre 1998 e 2006 em 377%, enquanto as despesas totais por habitantes aumentaram em 207%.

**QUADRO**  
**Despesas realizadas com saúde por habitante.**

Despesas Realizadas Com Saúde (Por Habitante)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	*2004	*2005	*2006
Despesas Total (p/ Habitante)	R\$ 80,38	R\$ 140,50	R\$ 149,21	R\$ 157,55	R\$ 183,52	R\$ 204,06	R\$ 216,75	R\$ 236,93	R\$ 247,19
Rec. Próprios p/ Habitante	R\$ 30,95	R\$ 50,34	R\$ 59,02	R\$ 69,18	R\$ 101,06	R\$ 118,58	R\$ 122,75	R\$ 136,50	R\$ 147,71
Transferência SUS p/ Habitante	R\$ 49,43	R\$ 90,17	R\$ 90,19	R\$ 88,37	R\$ 82,46	R\$ 85,49	R\$ 91,54	R\$ 100,43	R\$ 99,48
<b>% Rec. Próprios Aplicados (Município)</b>	9,69%	15,96%	17,04%	16,97%	21,90%	24,79%	23,41%	24,16%	25,29%

Fonte: Conjuntura Econômica 2007 \*Sistema Integrado de Orçamento Público – SIOP

A municipalização da saúde ocorreu a partir de ações desenvolvidas desde a década de 1980 e mais em função de uma exigência legal e imposição dos governos federal e estadual aos municípios do que por uma estratégia escolhida pelos administradores locais. O processo de municipalização teve abrangência nacional e foi induzido por forte mudança institucional. Dados relativos ao país mostram que entre 1981 e 1992, os estabelecimentos sob gestão municipal passaram de 22% para 69%, enquanto os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para apenas 5%. No que se refere aos de gestão estadual, a participação foi reduzida em 50% (Arretche, 2003).

Ainda segundo Arretche (2003) ao analisar os mecanismos de financiamento dos gastos com saúde, a participação dos municípios passou de 9% em 1985 para 28% em 1996, enquanto os estados praticamente mantiveram sua participação em 18% ao longo do período e o governo federal reduziu sua participação de 73% para 53%.

Após ter assumido a Gestão Plena do Sistema de Saúde em 1998, o município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, organizou o atendimento em cinco Pólos de Saúde Integral, distribuídos por bairros relacionados com as áreas de abrangência das Unidades de Saúde.

No período antecedente, até 1982, a assistência à saúde no município encontrava-se totalmente centralizada com todas as ações concentradas na área central. O início efetivo da descentralização física do atendimento à saúde ocorreu a partir de 1985 com a inauguração das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com uma estrutura de recursos, materiais e humanos mais apropriada às necessidades locais.

O agrupamento em pólos insere-se em uma nova visão da cidade, dividida em 14 regiões geográficas, econômica e socialmente homogêneas, tendo sido concebidas e implementadas em 1993. Essa nova visão permitiu um grande salto, visto que até 1992, para fins de planejamento, a cidade era dividida

**QUADRO 1**  
**Rede Hospitalar de São José do Rio Preto – 2006.**

Hospitais	Total de leitos	Número de médicos	Número de enfermeiros e auxiliares	Número de pacientes		Número de pacientes	
				Internados		Atendidos em ambulatório	
				Residentes em S.J.Rio Preto	Residentes em outras localidades	Residentes em S.J.Rio Preto	Residentes em outras localidades
Casa de Saúde Santa Helena Ltda	72	320	131	3 819	1 958	16 645	3 305
Fundação Faculdade Regional Medicina - Hospital de Base	762	851	1 561	17 707	23 772	163 771	254 965
Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes*	211	13	65	885	869	-	-
Hospital Austa	146	460	217	7 640	4 093	37 154	12 717
Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto	197	220	328	14 403	2 664	89 370	5 704
IELAR - Instituto Espírita Nossa Lar*	100	197	93	6 478	925	24 328	4 462
Associação Portuguesa de Beneficência de São José do Rio Preto	180	580	320	8 722	6 023	70 141	24 233
IMC - Instituto de Molestias Cardiovasculares	40	35	44	-	-	-	-
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>1 708</b>	<b>2 676</b>	<b>2 759</b>	<b>59 654</b>	<b>40 304</b>	<b>401 409</b>	<b>305 386</b>

Fonte: Hopitais supra citado

\* Dados de 2005

em apenas três regiões (Conjuntura Econômica, 1994). A criação dos pólos no período de 2001 a 2004, juntamente com a distribuição estratégica das Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribuíram para o aperfeiçoamento das políticas de atendimento à saúde da população do município.

As políticas de saúde no município são organizadas a partir da integração das redes hospitalares públicas e privadas. O quadro abaixo mostra a movimentação da rede hospitalar do município em 2006 e identifica, de um lado, a importância do setor da saúde no contexto local e, de outro lado, uma grande extração para outros contextos, inclusive o nacional, visto que recebe pacientes de várias regiões do Brasil.

Nessa rede existente em Rio Preto destaca-se o Hospital Universitário – Hospital de Base (HB), vinculado à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), autarquia estadual. Complexo médico-assistencial e hospitalar de referência em procedimentos de maior complexidade atende populações de mais de 100 municípios, que somadas atingem mais de 1 milhão e meio de habitantes. No ano de 2006 respondeu por mais de 2 milhões de atendimentos especializados, correspondentes a 51% do total realizado pelo SUS, que somaram mais de 4 milhões de atendimentos. Enquanto isso, no mesmo ano, a Gestão Plena Municipal foi responsável pelos restantes 49% de atendimentos especializados. Quanto aos procedimentos de alta complexidade que em 2006 atingiram cerca de 400 mil, também há grande predominância das ações realizadas pelo Hospital Universitário – Hospital de Base (HB) na proporção de 74% enquanto as ações municipais atingiram os restantes 26% conforme quadro acima.

Com relação às entrevistas realizadas com dirigentes de empresas de saúde privada e com dirigentes de órgãos públicos ligados à saúde, no total de 10 entrevistados, alguns apontaram dificuldades

no relacionamento com o serviço público. Os do setor privado o consideraram fundamental para o desenvolvimento de suas ações, mas apontaram algumas dificuldades, entre elas, “a burocratização e a remuneração insuficiente dos serviços”; por sua vez, os entrevistados do setor público colocam apontaram a dificuldade no trabalho em equipe e os poucos recursos financeiros que dão suporte ao SUS.

Algumas opiniões ilustram o que pensam os profissionais dos vários setores

***“Uma das maiores dificuldades que encontramos é o pouco financiamento para a saúde, (recursos insuficientes) e a dificuldade de trabalhar em equipe” (entrevista com um trabalhador do setor público).***

***“O que mais complica no setor público é a remuneração dos serviços prestado pela iniciativa privada” (entrevista com um trabalhador do setor privado).***

***“A burocracia em órgãos públicos é o fator que mais atrapalha o bom andamento da saúde, entendendo burocracia como muita demora para as decisões” (entrevista com um trabalhador do setor privado).***

Chama atenção as diferenças de opiniões entre os profissionais do setor público e da iniciativa privada. Enquanto os funcionários do setor público acham que: “***há uma organização e um controle dos processos de trabalho***”, “***um acompanhamento sério das relações processuais***” além de ter “***eventos de incentivos para pesquisa na indústria...***”, e lembram que esse setor tem “***objetivos longos, além de ter transparéncia nas informações... todas as informações referentes a saúde estão na internet***”, os trabalhadores da iniciativa privada afirmam que, “***apesar do setor público de hoje ter melhorado muito, a aceitação do produto***

**nacional é ainda muito lenta".** Lembraram também que o setor público tem uma “**demandas garantida de compra da iniciativa privada**”.

Podemos observar que apesar das dificuldades lembradas pelos entrevistados como demora nas informações, descontinuidades, burocracia e muita reunião, todos salientam a importância do poder público municipal como fundamental para o desenvolvimento das empresas ligadas ao setor da saúde.

## DISCUSSÃO

Embora o processo de municipalização da saúde, conforme já citado, tenha ocorrido a partir de cima para baixo, por imposição aos municípios, tendo sido ademais influenciado pelas profundas alterações institucionais ocorridas após a promulgação da nova constituição, deve-se enfatizar que a única instância de governo que apresentou um crescimento regular nos gastos com saúde foi a municipal. Além disso, no caso específico de São José do Rio Preto, a evolução dos gastos com saúde acelerou-se sobremaneira após 1998 (Conjuntura Econômica 2007).

Dois argumentos principais – a relevância dos serviços prestados pela municipalidade e a proporção dos gastos municipais na área de saúde, na média de 25% do total do gasto orçado, no período de 1998-2006 – revelam que, no plano local, a Saúde foi tratada como elemento central de uma estratégia de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS).

Nesse processo a iniciativa privada teve papel fundamental no desenvolvimento de tecnologia e inovação do setor e desempenhou papel relevante na fixação do Município como um pólo de ciência e tecnologia de equipamentos. Nesse contexto o município tornou-se um centro regional importante nas ações relacionadas à saúde.

A pesquisa bibliográfica e os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas reforçaram uma convicção, já bastante difundida na região, sobre a importância do setor da saúde na integração e no desenvolvimento local. Quanto à dinâmica desse processo pode-se afirmar que o segmento da saúde certamente continuará aumentando sua participação socioeconômica na economia e no desenvolvimento local. Isso fica mais claro quando se toma a municipalização como ponto de partida do processo focando-se, em seguida, outros fatores críticos de sucesso como a prioridade orçamentária concedida ao setor da saúde pela Administração Municipal, os movimentos autônomos realizados pelo setor privado que tem redundado em importantes inovações tecnológicas e gerenciais bem como o estímulo proporcionado pela integração geral entre as empresas e os organismos criadores de ciência (universidades, escolas técnicas e fundações).

Assim, a despeito da complexidade que envolve o papel do poder público como norteador das políticas ligadas à saúde no município, as ações estatais de natureza local podem ser consideradas um fator fundamental para a incorporação de tecnologia cada vez mais sofisticada nas áreas de produtos, equipamentos e serviços de saúde.

Podemos concluir que o desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS) é um processo que depende basicamente da articulação de três grupos de atores sociais: os agentes públicos, tanto políticos como técnicos das três esferas de governo (federal, estadual e, em especial, municipal); das universidades, aqui entendido como todas as instituições de ensino, pesquisa e extensão, públicas e particulares; e de associações de classe empresariais e/ou profissionais e grupos informais que se unem para tratar de interesses comuns. Essa articulação deve ser conduzida pela administração local que, por sua própria natureza de ente regulador e fiscalizador das

atividades do mercado e por deter uma ampla área de atividades e decisões, reúne todas as condições para direcionar as ações para o fim maior, que é o atendimento aos anseios da cidadania.

Mesmo assim, o DLIS não se constitui em um processo linear e constante em razão dos conflitos de interesse que vão estar presentes em todas as suas etapas. Esse processo deverá ser constantemente aperfeiçoado face às novas necessidades que surgirem no contexto de todos os atores.

Cada grupo de atores sociais e/ou cada ator em especial apresenta suas necessidades organizacionais em maior ou menor grau de intensidade e constância. As necessidades individuais e organizacionais nem sempre serão consensuais e cooperativas, reconhecendo-se, porém, que as lideranças devem trabalhar em busca de objetivos comuns.

Dentro de todo processo de construção coletiva como é o desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), os agentes públicos e privados podem também desenvolver barreiras que irão retardar o processo de desenvolvimento, no todo ou em parte, ou mesmo frustrá-lo.

#### **BARREIRAS AO DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO E SUSTENTÁVEL (DLIS)**

Os dados colhidos indicaram basicamente cinco barreiras ao DLIS. Esses obstáculos ao desenvolvimento também podem ser observados em qualquer organização, principalmente, nas entidades públicas e podem ser vistos como desafios a serem vencidos. São eles: assembleísmo, burocracia, corporativismo, descontinuidade e exclusão.

O assembleísmo ocorre quando as discussões e debates tornam-se um fim em si mesmo, com a exposição de egos e a tentativa da imposição de

idéias, métodos e/ou ideologias. Trata-se de assunto ainda distante das bibliografias, eventualmente citado em artigos de forma ligeira e sem aprofundamento de análise. São os intermináveis debates, seminários, encontros, fóruns e reuniões que desembocam na prática diária do “reunionismo” sem resultados rápidos e concretos exigidos das lideranças nas organizações públicas e privadas (Monteiro, 2007).

A burocracia, outra barreira ao DLIS continua sendo uma categoria mal definida, ainda que muito discutida. Em nível popular, pesa sobre a burocracia uma conotação bastante negativa, significando o reino do papelório, da morosidade, da ineficiência. Chegou até nossos dias indicando criticamente a proliferação de normas, de ritualismo, de formalidades, tanto em instituições públicas quanto privadas (Tojal e Carvalho, 1997).

A descontinuidade é um dos entraves ao desenvolvimento das pessoas, organizações, cidades e sociedade, consequentemente, ao DLIS; na gestão pública, ocasiona enormes custos econômicos e sociais, além de gerar nas instituições privadas clima de insegurança, em especial nas decisões sobre investimentos. Na história recente do Brasil, em especial nas décadas de 70 a 90, inúmeras foram as obras e ações administrativas que tiveram descontinuidade e posterior paralisação.

A legislação pública brasileira procurou apresentar ações que pudessem inibir a descontinuidade administrativa. Marco referencial que perdura há mais de 40 anos é a Lei 4320/64, elaborada e aprovada no Governo João Goulart, sob influência do pensamento vigente à época da elaboração do Plano Trienal (1963-1965).

Mais recentemente, no ano 2000, entrou em vigência a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101/2000), que impõe sanções ao agente público que transferir

de um exercício financeiro para outro, dívidas vencidas sem o correspondente saldo em caixa.

A exclusão, como barreira ao desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), pode ser observada nos antagonismos de grupos políticos, de setores públicos (corporações) versus setor privado, universidade versus agentes políticos e na exclusão pura e simples de idéias e ideais divergentes.

Essas barreiras ao DLIS estão presentes no dia-a-dia dos atores da área de saúde e sua identificação pode contribuir para aperfeiçoar a tomada de decisão de seus dirigentes, em organizações públicas e privadas, desde pequeno porte, como uma micro empresa ou uma UBS, até o conjunto das ações de saúde desenvolvidas em uma cidade.

#### **PERSPECTIVAS E DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE LOCAL**

Nos últimos 25 anos, ocorreram significativos avanços no setor de saúde. No âmbito nacional, a municipalização da saúde e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) constituíram-se no grande marco institucional do setor, tendo também grande importância socioeconômica para o país. Como uma das mais importantes políticas públicas, o SUS tornou possível nesse período o acesso de milhões de pessoas aos serviços de saúde (Arretche 2003, Financiamento federal e gestão local de políticas sociais).

Como negócio particular, visto que o sistema de saúde se utiliza de empresas privadas para a prestação de serviços, o setor saúde transformou-se em um dos mais dinâmicos segmentos econômicos do país (Arretche 2003, Financiamento federal e gestão local de políticas sociais).

Como gerador de Ciência, Tecnologia e Inovação (C,T & I), a saúde é um dos setores que mais agrega valor econômico aos produtos e serviços, podendo-se afirmar que o Brasil se encontra entre aqueles países que mais desenvolveram e incorporaram C, T & I ao setor saúde nas últimas décadas.

No aspecto econômico, o processo de municipalização da saúde induziu os municípios a aumentarem seus gastos orçamentários com saúde nesse setor. Em Rio Preto verificou-se ainda expressiva aceleração desses gastos após 1998. Aqui, os gastos financiados com recursos próprios por habitante aumentaram de R\$ 30,95 (1998) para R\$ 147,71 (2006), o que se constitui em significativa transferência de renda para o setor. Isso contribuiu para a consolidação da saúde na economia local.

No aspecto social, a multiplicação geométrica dos atendimentos de saúde, a diversificação e ampliação dos serviços prestados e a espacialização dos mesmos atingindo praticamente 100% dos espaços geográficos e das pessoas constitui-se em forma indireta de transferência da renda pessoal e regional.

O setor da saúde conseguiu dar, em Rio Preto e região, passos gigantescos para consolidar um efetivo processo de planejamento e organização e propor, sem se descuidar dos planos e políticas públicas, a focalização da questão administrativa e de aperfeiçoamento dos controles. Isso é, certamente, um grande desafio gerencial.

Finalmente, pode-se constatar que a demanda por saúde em Rio Preto deve ser tratada como o elemento central de uma estratégia de desenvolvimento local, pela sua importância econômica, tecnológica e social, e que tal estratégia de desenvolvimento deve ser local, integrada e sustentável.

Assim, o estudo mostra-se de relevância para fomentar a geração e implementação de novas políticas públicas no município de Rio Preto, com foco na saúde, com especial atenção para os requisitos da cidadania e voltadas para o desenvolvimento local integrado e sustentável.

Pode-se concluir que o município de Rio Preto desenvolveu um conjunto de políticas de saúde organizadas e estruturadas a partir de mecanismos de planejamento integrado, com a participação de organismos de todos os níveis de governo além de suplementadas pela iniciativa privada. Isso garante a existência de um verdadeiro sistema de saúde em nível local, cujo funcionamento pleno permitirá dar continuidade à geração de novas tecnologias e atrair crescentemente novos projetos de investimento que proporcionarão o enraizamento da condição de cidade pólo regional em escala cada vez maior.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Arretche (2003), Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre a regulação, responsabilidade e autonomia. In Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol 8, nº 2, pp. 331-45.
- 2- Carvalho, Santos (1995), Sistema Único de Saúde: comentários à lei Orgânica da Saúde. São Paulo: HUCITEC.
- 3- Coelho, Fontes (1996), Desenvolvimento econômico local: temas e abordagens. Rio de Janeiro: IBAM/SERES/FES.
- 4- Cohn, Elias (2003), Saúde no Brasil – Políticas e organização de serviços. 4 ed. São Paulo: Cortez – CEDEC.
- 5- Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto (1994), Disponível em  
[http://www.riopreto.sp.gov.br/cpub/pt/sm\\_planejamento/conjuntura.php](http://www.riopreto.sp.gov.br/cpub/pt/sm_planejamento/conjuntura.php), pp. 7-8.
- 6- Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto (2007), Disponível em  
[http://www.riopreto.sp.gov.br/cpub/pt/sm\\_planejamento/conjuntura.php](http://www.riopreto.sp.gov.br/cpub/pt/sm_planejamento/conjuntura.php)
- 7- Luna (1996), Palnejamento de Pesquisa: uma introdução. São Paulo: Educ.
- 8- Machado, Fortes, Somarriba (2004), Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e prestação de serviços: O caos de Minas Gerais. In Rev C S Col, Vol. 9, nº 1, pp. 99-111.
- 9- Martinelli, Joyal (2004), Desenvolvimento local e o papel das pequenas e médias empresas. Barueri (SP): Manole.
- Monteiro (2007), Assembleísmo do PT paralisa a economia. Disponível em  
<http://www2.uol.com.br/omossoroense/290504/econclaud.thm>. Acessado em 24/09/2007.
- 10- Moraes, (2000), Cesariana no Município de São José do Rio Preto In: Pesquisa de gênero entre o público e o privado ed.Araraquara : Laboratório Editorial da FCL, 2000.
- 11- Silva (2001), Municipalização da saúde e poder local, sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec.
- 12- Tojal, Carvalho (1997), Teoria e prática da burocracia estatal. In Revista de administração pública.  
 Rio de Janeiro: FGV, pp. 50-69.
- 13- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, Secretaria de Economia e Planejamento,  
 Governo do Estado de São Paulo, República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>;
- 14- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, República Federativa do Brasil.  
 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>;