



Desenvolvimento Regional em Debate
E-ISSN: 2237-9029
valdir@unc.br
Universidade do Contestado
Brasil

Cielo, Ivanete Daga; Schmidt, Carla Maria; Wenningkamp, Keila Raquel
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DO IDSUS NO
ESTADO DO PARANÁ (2011)

Desenvolvimento Regional em Debate, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 211-230
Universidade do Contestado
Canoinhas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570861402011>

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



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DO IDSUS NO ESTADO DO PARANÁ (2011)

Ivanete Daga Cielo¹
Carla Maria Schmidt²
Keila Raquel Wenningkamp³

RESUMO

As políticas públicas voltadas para a área da saúde vêm ganhando importância nas últimas décadas, principalmente após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A academia, os órgãos governamentais e os centros de pesquisas ampliaram os estudos sobre o tema, tornando-o alvo de discussões em distintas esferas político-administrativas do país. O SUS, como política de saúde pública vigente no Brasil é responsável pela gestão de bens e serviços relativos a saúde, sendo, dessa forma, importante compreender as particularidades do SUS nas distintas regiões do país. Assim, este estudo foi direcionado a avaliação do desempenho do SUS no Estado do Paraná, apresentando dois objetivos: *a)* compreender o processo evolutivo da construção das políticas de saúde no Brasil; *b)* mapear os principais resultados obtidos pelo Paraná no IDSUS/2011, comparando o desempenho do Estado com o do Brasil e o de suas microrregiões geográficas. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. Os dados foram coletados, principalmente, a partir de análise documental em relatórios do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Os resultados demonstraram que o SUS enquanto política pública representou um avanço à área da saúde, possibilitando atendimento público à população. No entanto, os dados do IDSUS/2011 comprovam que o sistema ainda não conseguiu implementar os princípios fundamentais assegurados na Constituição Federal, apresentando desempenho insatisfatório em cenário nacional. Também no Estado do Paraná, a grande maioria dos municípios não atingiu a nota mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Palavras chaves: Saúde. Desempenho. Microrregiões paranaenses.

¹ Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Secretariado Executivo, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)/Campus de Toledo-PR-Brasil. E-mail: ivacielo@unioeste.br

² Doutora em Administração pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Secretariado Executivo, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)/Campus de Toledo-PR. Brasil. E-mail: c.m.schmidt@bol.com.br

³ Secretária Executiva formada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)/Campus de Toledo-PR. Brasil. E-mail: sebkela@hotmail.com

PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL: AN ASSESSMENT OF IDSUS IN PARANÁ STATE (2011)

ABSTRACT

The public policies for health have been gaining importance in recent decades, especially after the establishment of the Unified Health System (SUS). The academy, the government agencies and the research centers have extended the studies on the subject, making it the subject of discussion in different political and administrative spheres of the country. The SUS, as the current public health policy in Brazil is responsible for management of goods and services relating to health and therefore, are important to understand the particularities of SUS in the different regions of the country. Thus, this study was directed to analyze the performance of the SUS in the State of Paraná, with two objectives: a) to understand the evolutionary process of the construction of health policies in Brazil; b) to map the main results of Paraná in IDSUS/2011, comparing the performance of the state with the Brazil and of its geographical microregions. To this end, it was developed a qualitative and descriptive research. Data were collected mainly from documentary analysis of reports from the Ministry of Health, the World Health Organization and Performance Index of SUS (IDSUS). The results showed that the SUS as a public policy represented an advance in the health field, providing public services to the population. However, data from IDSUS/2011 show that the system still failed to implement the fundamental principles guaranteed in the Federal Constitution, with unsatisfactory performance on national scenario. Also in the state of Paraná, the vast majority of municipalities did not reach the minimum score established by the Ministry of Health.

Keywords: Health. Performance. Microregions of Paraná.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas para a área da saúde vêm ganhando maior importância nas últimas décadas, principalmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A academia, os órgãos governamentais e os centros de pesquisas ampliaram os estudos sobre o tema, tornando-o alvo de discussões em distintas esferas político-administrativas do país. Tradicionalmente as políticas públicas compreendem o conjunto das decisões e ações propostas pelo Estado em uma determinada área. No entanto, na atualidade, existe uma diversidade de conceitos e de aspectos que são incorporados na definição de política pública. Autores como Souza (2006) e Fernandes (2007) defendem a ideia de que essas estão ligadas ao Estado, a quem compete determinar a forma como os recursos públicos, normalmente acumulados sob a forma de impostos, serão usados para o benefício de seus cidadãos.

Para Paim e Teixeira (2006) políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do Poder Público, regras e procedimentos para as relações entre Poder Público e sociedade. É a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Ao responder, o Estado imprime ao problema certo grau de importância, define seu caráter social, suas responsabilidades, lança mão de instrumentos para seu equacionamento, e adota, ou não, planos de trabalho ou programas. Porém, nem sempre

há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas, ou seja, há discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los, problema esse que é nítido em países como o Brasil, em desenvolvimento e com fragilidades nos mais diversos setores socioeconômicos. Diante disso, um dos maiores desafios enfrentados pelo Estado é atribuir uma escala de prioridade para os investimentos públicos aos problemas existentes.

Entre o rol de políticas públicas existente, a política de saúde, objeto de estudo no presente artigo, representa a resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes. O SUS, como a política de saúde pública vigente no Brasil, é a responsável pela distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Assim, compreender as particularidades do desempenho do SUS nas distintas regiões torna-se relevante.

Estudos dessa natureza podem demonstrar as possíveis diferenças de desempenho de uma única política em diferentes municípios de uma mesma unidade federativa. Para Eberhardt e Ferrera de Lima (2012) estudos sobre diferença microrregionais ganham espaço, uma vez que, ciente das disparidades e conhecendo o potencial de cada região, podem-se elaborar políticas com o intuito de extrair o máximo de potencial de cada área, principalmente as menos desenvolvidas, a fim de diminuir as disparidades intra e interregionais. Tavares e Porto Junior (2008) corroboram com Eberhardt e Ferrera de Lima (2012) em relação à importância de análises regionalizadas ao afirmarem que, sendo a estruturação de políticas públicas ponderada pelas disparidades regionais, faz-se relevante, então, determinar em quais aspectos tais regiões se diferem ou se assemelham.

Dessa forma, este estudo foi direcionado a avaliação do desempenho do SUS no Estado do Paraná. Essa escolha territorial se justifica por ser uma unidade federativa que se encontra entre as mais desenvolvidas do Brasil, obtendo, por exemplo, a quinta colocação no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2010 (IPARDES, 2013), além de ser composta por uma significativa quantidade de municípios e microrregiões. Para tanto, este estudo possui dois objetivos: *a)* compreender o processo evolutivo da construção das políticas de saúde no Brasil; *b)* mapear os principais resultados obtidos pelo Paraná no IDSUS/2011, comparando o desempenho do Estado com o do Brasil e o de suas microrregiões geográficas.

A fim de atender os objetivos propostos, o presente estudo está dividido em cinco seções centrais. Além da presente seção introdutória, na segunda, apresenta-se uma contextualização e um resgate histórico das políticas públicas de saúde no Brasil. Na terceira seção são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados. Na quarta seção têm-se os resultados encontrados no estudo. Por fim, na quinta seção são expostas as considerações finais do artigo. As referências finalizam o presente trabalho.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A história da formação cultural e econômica do Brasil é marcada pela quase inexistência de políticas públicas. De acordo com Faoro (1985) o Estado brasileiro, desde o período do Brasil colônia, quando era de domínio da Coroa Portuguesa, não estava preocupada com o bem estar na sociedade, com implantar políticas em benefício do social,

mas sim em explorar as riquezas do território e levar para Metrópole. Nesse período, o papel de cuidar do social competia somente a Igreja Católica. Ou seja, mesmo com a Proclamação da República, no campo das políticas públicas poucos avanços foram perceptíveis. “Da Colônia à República, as ações institucionais da Igreja católica apareceram no cuidado com os órfãos, viúvas, ou na atenção medica das Santas Casas, das coletas e da distribuição de esmolas” (MEKSENAS, 2002, p.108).

A partir de 1920, o caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, passou a ser uma das principais características do Estado Brasileiro. As políticas públicas estavam voltadas para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, sem, no entanto, transformar as relações de propriedade na sociedade brasileira ou mesmo preocupar-se com o bem-estar da população (BACELAR, 2003). Nesse contexto, a evolução histórica das políticas de saúde relaciona-se diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do avanço do capitalismo e, por consequência, sofrendo as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Desde o descobrimento até a instalação do império, o Brasil não dispunha de nenhum modelo, ou mesmo, qualquer política voltada à saúde da população. Assim, a atenção à saúde ficava limitada aos recursos disponíveis da terra, tais como plantas, ervas e por pessoas que, através de conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as habilidades na arte de curar. Todavia, com a vinda da família real ao Brasil, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico Cirúrgico junto ao Real Hospital Militar da cidade de Salvador, na Bahia. (BERTOLLI FILHO, 1996).

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas às atribuições sanitárias mínimas e ao controle de navios e saúde dos portos, tendência que se alongou por quase um século. Em detrimento à carência de assistência médica estruturada, proliferaram-se os chamados boticários, espécie de farmácia, cuja competência deveria ser restrita à manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los (SALLES, 1971).

Iniciativas mais concretas que possam ser consideradas como ações de políticas públicas de saúde são visíveis apenas no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da República Velha, através da criação de normas e organizações sanitárias, mudando as práticas dominantes até então. Cabe salientar que tal conjunto de práticas sanitárias só foi criado em função do quadro sanitário caótico em que se encontravam as principais cidades brasileiras na época, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, tais como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste. Esse quadro de saúde pública acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da precária situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2006).

Destaca-se nesse processo o papel fundamental de Oswaldo Cruz, que, como diretor geral de saúde pública, progressivamente implantou instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das campanhas sanitárias, destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Para Bertolli Filho (1996) o modelo

campanhista adotava um estilo repressivo, acompanhado pela vigilância policial e foi recebida com desconfiança e medo pela população. Isso porque, frequentemente, a população da época sofria as ações violentas da polícia que reproduzia as práticas opressoras empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos.

A onda de insatisfação se agravou com a promulgação da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituía a vacinação antivaríola obrigatória para todo o território nacional. As manifestações populares contra o modelo de saúde vigente se intensificaram e o movimento ficou conhecido como a “Revolta da Vacina”. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, e tornou-se hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas. No entanto, em relação à assistência médica individual, pouca coisa mudara no período. As classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, enquanto o restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira (POLIGNANO, 2006).

Ainda segundo o autor, entre os principais avanços em relação à política de saúde no Brasil, tem-se a criação da Previdência Social no Brasil em 1923 (Lei Elói Chaves) e, posteriormente, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps). As Caps, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados às empresas. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e, a partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Ressalta-se que o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, isto é, tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência – aqueles “com carteira assinada”. Em 1948, o governo federal formula o Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) e, em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária.

De acordo com Júnior e Junior (2006), progressivamente, após a segunda guerra mundial, o Estado passou a intervir no setor saúde financiando, mesmo que de forma precária, a assistência à saúde da população. Nesse período, a política de saúde existente calcava-se em ações voltadas à saúde pública, centralizada na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Os autores ressaltam que esse modelo de saúde pública, que vigorou até meados de 1960, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, nem mesmo, reduzir as taxas de morbidade e mortalidade infantil e adulta elevadas à época, sendo, gradativamente, substituído pela medicina previdenciária.

Com o Golpe Militar de 1964, as incipientes políticas de saúde novamente são alteradas. Por imposição do Ministério da Saúde, as verbas destinadas à saúde pública, aumentadas na primeira metade da década de 60, decresceram até o final da ditadura. No entanto, mesmo com a divulgação de que a saúde era um importante fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico, o Ministério da Saúde privilegiava ações de saúde individualizadas e não como fenômeno coletivo (BERTOLLI FILHO, 1996).

Nesse período, ocorre a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, exceto

os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais passaram a ser cobertos pela Previdência Social. De acordo com Cunha e Cunha (1998) a criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que privilegiava a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, fortalecendo a privatização do setor de saúde. Durante esse período, a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados foram financiados com recursos da Previdência Social favorecendo o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, em que a lógica da lucratividade se sobreponha ao da prerrogativa da saúde ou da cura de sua clientela.

Em 1974, o governo militar criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desmembrando-o do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O INAMPS objetivava a prestação de atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social e dispunha de estabelecimentos próprios, muito embora a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, com as quais estabelecia convênios prevendo a remuneração por procedimento, consolidando assim, a lógica de cuidar da saúde e não da doença.

Em 1975, foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que, embora possuísse ideias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde, uma vez que ao Ministério da Saúde competiam questões normativas e ações na área de interesse coletivo e, ao Ministério da Previdência, a responsabilidade pelo atendimento individualizado. Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira o que culminou, em 1978, com criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Muito embora o SINPAS objetivasse regulamentar o Sistema Nacional de Saúde, na verdade não havia propriamente um sistema, apenas ações de saúde desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração (CUNHA; CUNHA, 1998).

Paralelo a criação desses Institutos, ainda na década de 1970, nasce no meio acadêmico, como forma de oposição técnica e política ao regime militar, o movimento chamado de Reforma Sanitária. Tal movimento contou com o apoio de outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época. Em 1979, instituiu-se a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados que promoveu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Ao longo da década de 1980 o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (COHN; ELIAS, 2003).

Na década seguinte, durante o governo de José Sarney, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), dessa vez, aberta à sociedade. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. No entanto, a maior contribuição atrelada a 8ª CNS foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" na Constituição brasileira de 1988. Indubitavelmente, a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". O Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantado de forma gradativa. Teve início com a implantação do SUDS, seguido pela incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, em 1990, e, por fim, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

Os principais aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil, podem ser melhor visualizadas no Quadro 1 - Histórico das Políticas de Saúde no Brasil.

Quadro 1 - Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

PERÍODO	ACONTECIMENTOS
1500-1896	Durante esse período, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população. A atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em 1808 Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador.
1897 a 1930	Assistência à saúde limitada a ações de saneamento e combate de endemias. Modelo de política pública de saúde agrário-exportador garantindo condições de saúde para os trabalhadores envolvidos na produção e exportação.
1923	Surge a Previdência Social criando as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão). Anos depois criam-se as IAP (Institutos de Aposentadoria e Pensão) abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. A assistência médica era baseada no vínculo trabalhista.
1930	Até 1930 as ações em saúde eram de caráter coletivo. A partir dessa década a ênfase do governo passa a ser a assistência médica individualizada.
1948	É criado Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia).
1953	Criação do Ministério da Saúde.
1966	Acontece a fusão dos IAP da onde surge o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).
1970	Política de saúde polarizada entre duas vertentes: Ações de caráter coletivo (vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária) sob responsabilidade do Ministério da Saúde e assistência médica individualizada centrada no INPS. Assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. Ampliação da abrangência previdenciária Criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)- início da mobilização social que originou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) Surge o PPA e o FAS para enfrentar a crescente demanda curativa *PPA desburocratizou o atendimento de urgência sendo o início da universalização do atendimento.
1975	Primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde. Dava-se pouca atenção aos atendimentos primários.
1976	Criação do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) evidenciando a necessidade de atenção primária e com o objetivo de levar esse tipo de assistência às comunidades carentes com o envolvimento da comunidade local.
1977	Criação do SINPAS = união de várias instituições de saúde e previdência social Ações de saúde eram fragmentadas. A saúde coletiva era direito de todos, mas a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes.
1982	Surge o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O modelo curativo dominante começa a ser abalado a partir daí. Como consequência do Plano surgia a AIS com o objetivo da universalização da acessibilidade aos serviços de saúde. *Representou o início da descentralização.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde formalizou as propostas do MRSB originando mudanças baseadas na universalidade, no acesso igualitário, na descentralização (municipalização) e na participação social.
1988	Constituição Federal = “saúde para todos”. Conceito de saúde ampliado, assistência de forma preventiva e curativa e gestão participativa.
1990	Lei 8080 que sedimenta as orientações constitucionais do SUS. Lei 8142 que trata do controle social e da transferência de recursos financeiros.
1996	NOB = define as modalidades de gestão que resultou na maior capacidade de planejamento para os municípios.
2000	Emenda Constitucional 29 define a forma de financiamento da Política pública de saúde garantindo o financiamento do SUS constitucionalmente.
2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a

	serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três (três) esferas de governo.
--	---

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Polignano (2006) e Bertolli Filho (1996).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde ganharam novas configurações, estabelecendo-se como direito universal. Assim, o novo sistema, antes restrito ao trabalhador segurado, passa a abarcar a totalidade da população. Outra alteração significativa é quanto à forma de financiamento da saúde, que, historicamente estava sob a responsabilidade única da União, agora com a criação do SUS conta com a participação dos estados municípios. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas e a assistência concebida de forma integral. Considerando os aspectos históricos das diversas políticas de saúde do país, é possível inferir que o processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos e fruto de longa trajetória de formulações e de lutas. Assim, o momento atual deve ser entendido como mais uma etapa nesse processo de democratização e acesso do SUS e não a fase crucial, em que as bases foram consolidadas. Entendido isso, a próxima seção apresenta os procedimentos metodológicos deste estudo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo pode ser definido como uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. Para Gil (1999) a pesquisa descritiva procura delinear características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Um dos objetivos desse tipo de pesquisa é estudar o nível de atendimento de órgãos públicos, portanto, ajustada as especificidades do presente estudo.

Considerando os objetivos delineados para o presente estudo, quais sejam: a compreensão do processo histórico das políticas públicas de saúde do País e o mapeamento dos resultados obtidos pelo Estado do Paraná no IDSUS/2011 (última avaliação disponível), realizaram-se duas etapas metodológicas. A fim de atender ao primeiro objetivo estabelecido, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica, principalmente, com base em relatórios do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Para atingir o segundo objetivo foi utilizada a análise documental, a partir dos dados do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS, 2011). Os dados encontrados foram analisados de forma a comparar o desempenho do SUS do Paraná com o do Brasil e, posteriormente, entre as diversas microrregiões geográficas do Estado.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Estado do Paraná é dividido em 39 microrregiões (MRG), a citar: Paranavaí (MRG 01); Umuarama (MRG02); Cianorte (MRG03); Goioerê (MRG04); Campo Mourão (MRG05); Astorga (MRG 06); Porecatu (MRG 07); Florai (MRG 08); Maringá (MRG 09); Apucarana (MRG 10); Londrina (MRG 11); Faxinal (MRG 12); Ivaiporã (MRG 13); Assai (MRG 14); Cornélio Procópio (MRG 15); Jacarezinho (MRG 16); Ibaiti (MRG 17); Wenceslau Braz (MRG 18); Telêmaco Borba (MRG 19); Jaguariaíva (MRG 20); Ponta Grossa (MRG 21); Toledo

(MRG 22); Cascavel (MRG 23); Foz do Iguaçu (MRG 24); Capanema (MRG 25); Francisco Beltrão (MRG 26); Pato Branco (MRG 27); Pitanga (MRG 28); Guarapuava (MRG 29); Palmas (MRG 30); Prudentópolis (MRG 31); Irati (MRG 32); União da Vitória (MRG 33); São Mateus do Sul (MRG 34); Cerro Azul (MRG 35); Lapa (MRG 36); Curitiba (MRG 37); Paranaguá (MRG 38); e, Rio Negro (MRG 39). A distribuição espacial das microrregiões do Estado pode ser visualizada através da Figura 1.

Figura 1 - Microrregiões Geográficas do Estado do Paraná



Fonte: IBGE, 2012.

Assim, para facilitar a visualização do desempenho do SUS no Paraná e nas microrregiões os dados serão apresentados em forma de mapas temáticos utilizando-se, para isso, o *Software TerraView*.

METODOLOGIA PARA A CONSTRUÇÃO DO IDSUS

Com o objetivo de medir o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, o grau com que os serviços e ações de saúde estão atingindo os resultados esperados, o Ministério da Saúde criou um mecanismo de avaliação denominado de IDSUS. Esse índice avalia com pontuação de 0 a 10 os municípios, as regiões, os estados e o país com base em informações de acesso, que mostram como está a oferta de ações e serviços de saúde e a efetividade do SUS. O índice é constituído por seis grupos homogêneos e leva em consideração a análise concomitante de três índices: de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Assim, os grupos 1 e 2 são formados por municípios que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população; os grupos 3 e 4 têm pouca estrutura de

média e alta complexidade, enquanto os grupos 5 e 6 não têm estrutura para atendimentos especializados. A proposta é unificar em grupos cidades com características similares (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para a obtenção do IDSUS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), faz-se um cruzamento dos resultados obtidos em 24 indicadores, sendo 14 que avaliam o acesso e outros 10 que medem a efetividade dos serviços. Em relação ao acesso, avalia-se a capacidade do sistema de saúde em garantir o cuidado necessário à população em tempo oportuno e com recursos adequados. Entre esses indicadores estão a cobertura estimada de equipes de saúde; a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal; e a realização de exames preventivos de cânceres de mama, em mulheres entre 50 e 69 anos, e de colo do útero, na faixa de 25 a 59 anos.

No quesito avaliação de efetividade, ou seja, se o serviço foi prestado adequadamente, encontram-se itens como a cura de casos novos de tuberculose e hanseníase; a proporção de partos normais; o número de óbitos em menores de 15 anos que foram internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI); e o número de óbitos durante internações por infarto agudo do miocárdio (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Salienta-se que o levantamento de dados para divulgação do IDUS é realizado a cada três anos e os resultados apresentados no presente artigo referem-se aos dados divulgados em 2012, porém a coleta dos dados correu nos anos de 2008, 2009 e 2010, período que compõem o IDSUS-2011, primeira avaliação dessa natureza realizada no país.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90 é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. É formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Como princípios básicos do SUS, pode-se destacar:

- a) atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento;

- b) atuar de maneira integral, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana;
- c) ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, (município, estado e união);
- d) ser racional, o que significa organizado de modo sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população;
- e) ser eficaz e eficiente, produzir resultados com qualidade;
- f) ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema.

Quanto ao financiamento do SUS, este é garantido constitucionalmente e a forma de investimentos de cada esfera (municípios, os estados e a União) foi estabelecido através da Emenda Constitucional -EC 29 e regulamentado através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta os percentuais de financiamento do SUS e estabelece os critérios. Assim, de acordo com a EC 29, a União deverá aplicar, em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, a quantia correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, determinado nos termos da Lei Complementar. A EC 29 determina também que o valor deverá ser acrescido do percentual relativo da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, e os Municípios, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos.

No entanto, a regulamentação da EC 29, através Lei Complementar nº 141, não trouxe avanços significativos em relação aos percentuais já estabelecidos anteriormente (EC 29) para as três esferas de investimento. A expectativa era de aprovação de um percentual fixo de investimento federal de 10% das receitas correntes brutas, o que infelizmente não ocorreu. De qualquer forma, o sistema de financiamento da saúde pública na forma prevista na legislação não é suficiente para atender a demanda da área de saúde. De acordo com dados do IBGE (2012) as despesas com saúde no Brasil são de 8,4% do PIB, o que estaria de acordo com os percentuais médios de investimento em saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 8,5% anuais. Porém, do total investido, 55% advém do sistema privado, beneficiando aproximadamente cerca de 46 milhões de conveniados e 45% do setor público que favorecem todos os 190 milhões de brasileiros. Ou seja, o Estado brasileiro aplicou apenas 3,7% dos seus recursos no setor, percentual bem abaixo da média internacional, de 5,5% do PIB, ocupando uma vergonhosa 169^a posição entre 198 nações (OMS. RELATÓRIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Para Geovanela (2010) muito embora o SUS já tenha completado mais de 20 anos, sua implementação, conforme prevê a Constituição Federal (público, universal e de qualidade), ainda representa um grande desafio para os governos. O modelo de política de saúde pública do Brasil, sem contribuição prévia e financiado pelos recursos fiscais, é baseado no modelo Inglês, cujos valores destinados à saúde chegam a 8% do PIB. Tal afirmação torna-se mais contundente ao comparar os investimentos do Brasil na área de saúde com demais países com sistemas similares ao SUS – universais e gratuitos. No Reino Unido, cujo modelo inspirou o brasileiro, a despesa pública com saúde gira em torno de 7% do PIB. O Estado britânico é

responsável por 82% dos gastos em saúde, os quais são em quantidade semelhante aos do Brasil (8,7% do PIB). No Canadá, o governo gasta cerca de 7% do PIB em saúde e o setor privado, 2,8%. Na Noruega e Suécia, o Estado gasta mais de 6% do PIB e responde por 72% do investimento em saúde (OMS, 2010).

Mesmo com a escassez de recursos, o Ministério da Saúde promove políticas para a saúde dos diversos segmentos da população brasileira. Tais políticas são baseadas no princípio do Sistema Único de Saúde de oferecer acesso integral, universal e gratuito ao sistema de saúde pública a todos os brasileiros. As principais áreas técnicas em que são concentradas as políticas de saúde do país, podem ser visualizadas através do Quadro 2.

Quadro 2 - Principais políticas de saúde baseadas no princípio do Sistema Único de Saúde

Área Técnica/ Política	Ações
Saúde da Mulher	Responsável pelas ações de assistência ao: pré-natal; incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias; redução da mortalidade materna; enfrentamento da violência contra a mulher; planejamento familiar; assistência ao climatério; assistência às mulheres negras e população LGBT.
Saúde da Criança e Aleitamento Materno	Tem como objetivos elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiar a sua implementação nos estados e municípios.
Saúde do Idoso	É a política que objetiva, no Sistema Único de Saúde (SUS), garantir atenção integral à Saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo.
Saúde do homem	Políticas e diretrizes em saúde voltadas para a população masculina na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Tem por objetivo a melhoria das condições do indivíduo, contribui de modo efetivo para a redução das doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco. A área também é responsável por incentivar o acesso desse grupo aos serviços de saúde.
Política nacional de saúde mental	Apoiada na lei 10.216/02 busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.
A Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário	É uma iniciativa conjunta dos Ministério da Saúde e da Justiça. Tem como objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
A Política Nacional de Saúde do Trabalhador	Visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos.
Política da saúde do adolescente e do jovem	Encarregada da promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes. Aborda as áreas de crescimento e desenvolvimento; saúde sexual e reprodutiva; e redução da mortalidade por violência e acidentes.
A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. Voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Polignano (2006) e Bertolli Filho (1996).

Além de políticas macro de saúde, o Ministério da Saúde possui também diversos programas visando a melhoria da saúde da população, a citar: Melhor em casa; Combate a Dengue; S.O.S Emergências; Farmácia Popular; Academia da Saúde; PNAN - Política

Nacional de Alimentação e Nutrição; Saúde da Família; Pronto Atendimento; Doação de Órgãos; Medicamento fracionado; Projeto Expande; SAMU 192. Olhar Brasil; Controle do Tabagismo; Humaniza SUS; Redução da Mortalidade infantil; De Volta para Casa; Bancos de Leite Humano; Programas de Controle do Câncer; QualiSUS-Rede entre outros.

Por fim, ciente da problemática de saúde do país, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, elaborou um indicador que mede acesso da população a todo tipo de serviço e a eficiência da saúde no Brasil. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Assim, entende-se que o IDSUS serve de balizador a ajustes na atual política de saúde em cenário nacional, apontando para aspectos positivos, bem como, fragilidades do sistema.

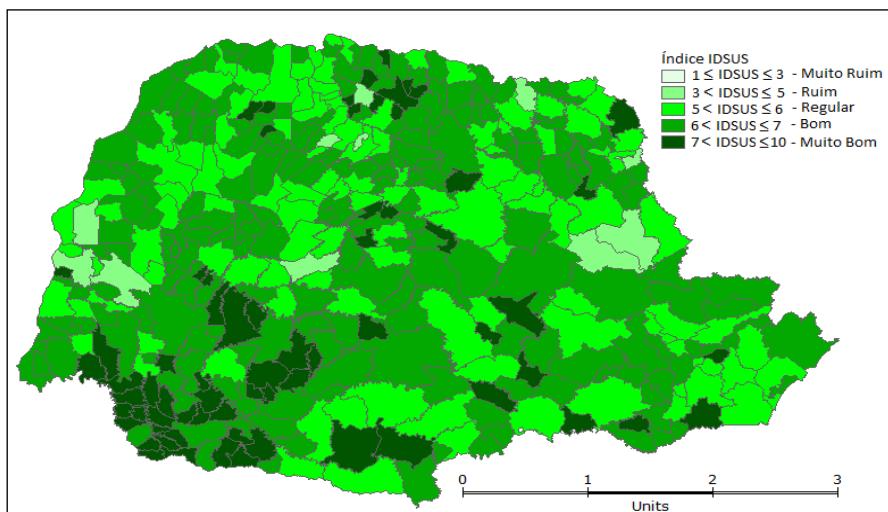
AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS NO ESTADO DO PARANÁ

No Estado do Paraná, os dados do IDSUS apontam para uma média geral de 6,23 pontos, índice considerado satisfatório comparativamente a média nacional de 5,47. Entre os estados, o de Santa Catarina apresentou o melhor desempenho do SUS com nota 6,29 e, em último lugar, está o Pará (4,17). De modo geral, os dados observados no IDSUS apontam para um melhor desempenho do SUS nas Regiões Sul e Sudeste. Destaque para região Sul do país, cujas capitais figuram entre as melhores pontuadas. Em relação aos fatores responsáveis pela baixa avaliação do SUS, encontra-se a dificuldade em conseguir atendimento, principalmente nos hospitais, e os procedimentos mais complexos. Os serviços de urgência e emergência foram avaliados como ruim e muito ruim por 31,4% dos usuários o que revela, de certa forma, as áreas de maior fragilidade do sistema (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICA - IPEA, 2010).

Cabe destacar que, em função da grande diversidade territorial paranaense (demográfica, cultural, socioeconômica, geográfica, etc.), os municípios foram classificados, a exemplo da classificação nacional, em seis grupos homogêneos. Considerando as características específicas de cada grupo no Paraná, apenas Curitiba e Londrina fazem parte do grupo 1 (composto por municípios com melhor estrutura de saúde); 7 municípios fazem parte do grupo2; 62 do grupo 3; 8 do grupo 4; 269 do grupo 5 e 51 do grupo 6.

O desempenho dos diversos municípios paranaense na avaliação do IDSUS pode ser visualizada na Figura 2- Avaliação do IDSUS por Município Paranaense.

Figura 2- Avaliação do IDSUS por Município Paranaense



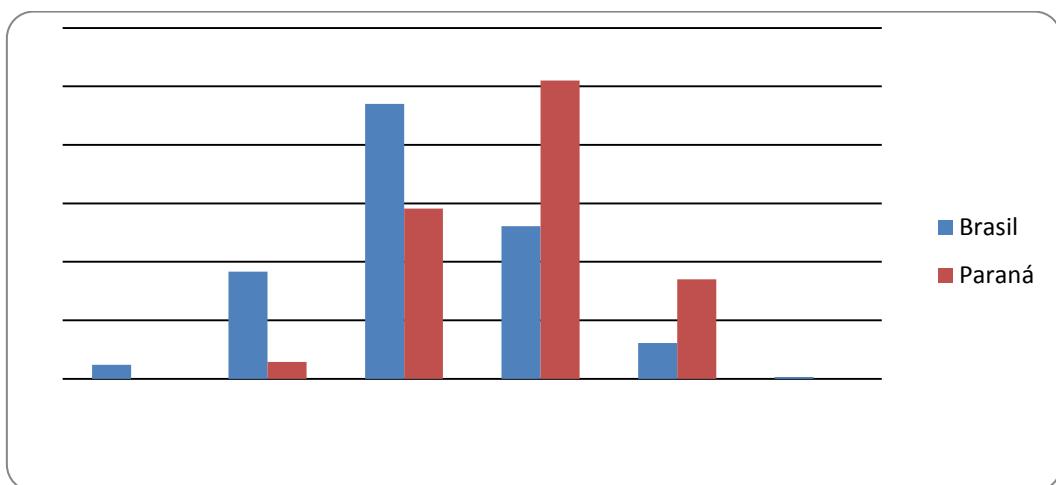
Fonte: Dados da pesquisa

Em análise da avaliação obtida pelos municípios paranaenses pode-se inferir que, de modo geral, o desempenho do SUS no Estado atingiu um patamar considerado como satisfatório, comparativamente as médias nacionais. Em termos locacionais, observa-se a proximidade de municípios com pontuação elevada, o que permite inferir que o processo qualitativo do desempenho do SUS é irradiado entre os municípios. Destaca-se nessa análise, a baixa relação entre o porte do município e desempenho, sendo que, nem sempre, os municípios com melhor estrutura e mais populosos são os que obtiveram melhor desempenho.

Em termos nacionais 93,8% dos municípios brasileiros tiveram nota abaixo da média, estabelecida como 7, enquanto que no Paraná esse percentual é de 83%. A grande maioria dos municípios do Paraná (67,8 %) obteve nota superior a 6; desses, 17% obtiveram nota superior a 7;. 29,1% obtiveram nota 5 e apenas 2,8% nota 4. Ressalta-se que o pior desempenho foi para o município de Marechal Cândido Rondon (IDSUS de 4,38), seguido de Toledo, com 4,48, e Roncador, com 4,51. Esse índice, embora baixo, se comparado com os demais municípios brasileiros não se torna demasiadamente insatisfatório, uma vez que o levantamento aponta que 18,3% (1.018) dos municípios brasileiros obtiveram notas de 4 e que e 2,4% (132 municípios) tiveram notas variando de 0 a 3,9.

O comparativo do desempenho do SUS no Estado do Paraná em relação ao Brasil pode ser melhor visualizado no Gráfico1.

Gráfico 1 – Comparativo do desempenho do SUS – Brasil e Paraná

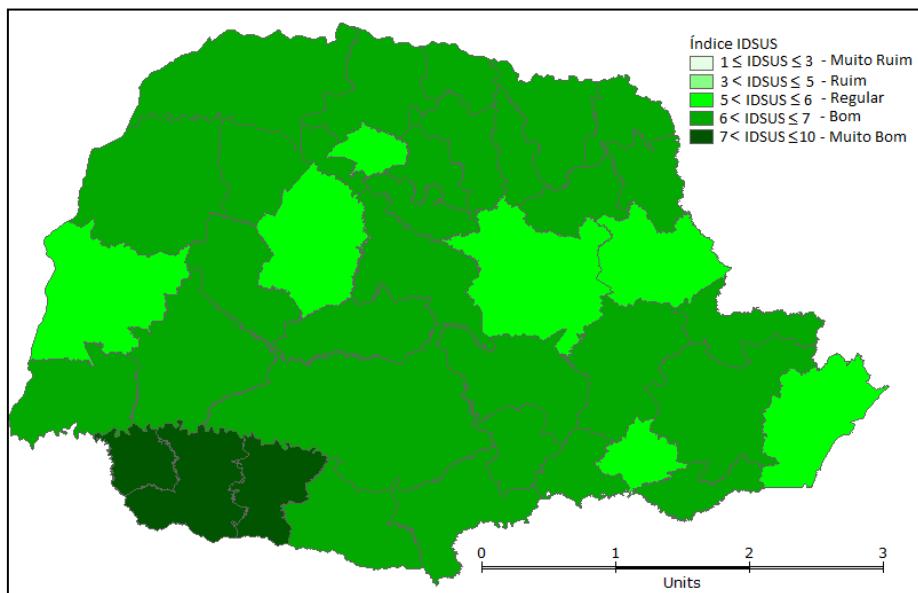


Fonte: dados da pesquisa

Mesmo com desempenho satisfatório superior a media nacional, não se pode deixar de observar que 2,75% dos municípios obtiveram nota inferior a 5, valor considerado ruim e que requer maior atenção por parte dos gestores municipais, e que a grande maioria dos municípios continua abaixo da nota 7, considerada como patamar mínimo de qualidade pelo Ministério da Saúde. Cabe destacar, ainda, que a maior parte dos 5.563 dos municípios brasileiros ficou abaixo do regular: 2,4% (132 municípios) tiveram notas variando de 0 a 3,9; 18,3% (1.018) obtiveram de 4 a 4,9; 47% (2.616) receberam de 5 a 5,9; 26,1% (1.450) de 6 a 6,9; 6,1% (341) de 7 a 7,9. Em análise nacional, apenas seis municípios ficaram com nota acima de 8. São eles: Barueri (SP), Rosana (SP), Arco-Íris (SP), Pinhal (RS), Paulo Bento (RS) e Cássia dos Coqueiros (SP). No Paraná o melhor desempenho foi obtido pelo município de Virmond (7,93) seguido por Campo Bonito (7,81) e Porto Barreiro (7,78), todos pertencentes ao grupo homogêneo 5.

Os dados do IDSUS do estado do Paraná foram agrupados também por microrregião a fim de analisar e comparar o desempenho do sistema público de saúde entre as distintas microrregiões (Figura 3).

Figura 3- Desempenho do IDSUS por Microrregiões paranaenses



Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a Figura 3 é possível inferir que o melhor desempenho do SUS está concentrado nas microrregiões do sudoeste paranaense: Capanema, Francisco Beltrão e Pato Branco, com avaliação média superior a 7. A grande maioria das regiões (74,5%) ficou com pontuação entre 6,1 e 7 e 7 microrregiões obtiveram pontuação entre 5,1 e 6 pontos, a citar: Paranaguá, Lapa, Telêmaco Borba, Jaguariaiva, Campo Mourão, Toledo e Maringá. As 39 microrregiões paranaense têm entre si inúmeras especificidades e disparidades, no entanto, chama a atenção o fato de apenas três regiões localizadas no sudoeste do estado obter pontuação satisfatória e, por outro lado, microrregiões desenvolvidas e prósperas como Toledo, Maringá e Paranaguá, por exemplo, obterem os piores desempenhos comparativamente a outras regiões.

Indubitavelmente, a primeira consideração pertinente diz respeito ao fato de que os dados comprovam que o baixo desempenho nas ações do SUS não está diretamente atrelado à insuficiência de renda das microrregiões e de seus municípios. Para Rosado et al. (2009), o baixo desenvolvimento dos municípios e qualidade de vida da população não ocorre exclusivamente a partir da insuficiência de renda, caso o fosse, todas as carências de um municípios seriam eliminadas a partir de seu crescimento.

No caso das três microrregiões com melhor pontuação, e que compõem a mesorregião do sudoeste paranaense, o crescimento do PIB pode estar atrelado a bom desempenho do SUS nessa mesorregião. Das 10 mesorregiões do Paraná, a Sudoeste foi a que mais cresceu no período de 2005 a 2009, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012). O Produto Interno Bruto (PIB) dos 37 municípios pertencentes à região subiu de R\$ 4,265 bilhões para R\$ 7,226 bilhões, gerando um aumento de 69%, bem acima dos 50% da média estadual e dos 55% da segunda colocada, a Noroeste.

Cabe salientar que, no período compreendido entre 2005 e 2009, a microrregião de Pato Branco, por exemplo, teve um crescimento de 80% em seu PIB passando de R\$ 1,6 bilhão para R\$ 2,9 bilhões; a de Francisco Beltrão aumentou em 63% a riqueza produzida nos

seus 19 municípios (R\$ 1,9 bilhão para R\$ 3,2 bilhões). Na microrregião de Capanema, os oito municípios juntos chegaram a um PIB de R\$ 1,1 bilhão em 2009. Considerando que 2005 o PIB da microrregião somava R\$ 694 milhões, o crescimento foi de 60%. Todavia, o fator renda não explica o baixo desempenho do SUS nas microrregiões de Maringá, Paranaguá e Toledo. Isso porque os seus municípios sede, por exemplo, figuram na lista das dez maiores economia do estado, ocupando a 5^a, 7^a e 10^a posição respectivamente. Assim, além da renda, devem-se considerar outros aspectos relacionados principalmente a políticas públicas que primam pela saúde e qualidade de vida de populações.

Estudos de Vidigal e Amaral (2010) apontam, por exemplo, que as microrregiões de Cerro Azul e Pitanga possuem condições econômicas e sociais muito inferiores ao restante do estado, e no entanto um IDSUS de 6,53 e 6,18 respectivamente. Oposto a situação dessas microrregiões, o estudo aponta, ainda, que a microrregião de Toledo possui excelentes condições econômicas e infraestruturais e a melhor em condições de moradia, no entanto, o IDSUS é de apenas 5,9 pontos (o 5º pior desempenho entre as 39 microrregiões). O pior desempenho foi da microrregião de Jaguariaiva (5,04) seguido por Maringá (5,39); Paranaguá (5,66); Campo Mourão (5,86).

Em relação à microrregião de Maringá, os estudos de Vidigal e Amaral (2010), já chamavam a atenção para potenciais problemas em relação à saúde pública. Para os autores, Maringá, seguida por Londrina e Curitiba, destacava-se positivamente entre as 3 melhores microrregiões do Estado, porém possuía os piores desempenhos em relação a quantidade de estabelecimentos de saúde por habitante.

Dessa forma, pode-se inferir que os dados da avaliação dos SUS no estado do Paraná apontam, indubitavelmente, que o sistema de saúde vigente apresenta dificuldades para garantir acesso oportuno e de qualidade para toda. Um aspecto que chama a atenção e que demanda maior análise e atenção é a baixa qualidade dos serviços de saúde em grandes centros e localizados em regiões cujos municípios do entorno obtiveram desempenho satisfatório. Isso reforça a tese apresentada por Vidigal e Amaral (2010) e Rosado et al. (2009) de que os problemas de saúde não se dão apenas em detrimenos ao subfinanciamento do sistema. Assim, problemas de gestão e da relação entre o SUS e o sistema privado de saúde, que, muitas vezes, concorrem por recursos humanos, financeiros e físicos parecem ser igualmente responsáveis pelo baixo desempenho do sistema. A partir do exposto até o momento, a próxima seção expõe as considerações finais do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto política pública, a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 representou um grande avanço a área de saúde, possibilitando que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Esse avanço é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos travados ao longo da história do país, que encaradas pelos governos como desafios, se traduziram em modificações no sistema de saúde pública. No entanto, passado mais de duas décadas de sua criação, os dados do IDSUS/2011 comprovam que o sistema ainda não foi capaz de implementar os princípios fundamentais assegurados na própria Constituição Federal.

Em cenário nacional, o IDSUS aponta para um resultado negativo, pois numa escala de 1 a 10, a grande maioria dos municípios brasileiros obteve nota 2,4. No Estado do Paraná, embora apresente situação favorável comparativamente aos dados nacionais, a grande maioria dos municípios não conseguiu a nota mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde (7). Além disso, nenhum município obteve nota igual ou superior a 8. Para um Estado que desponta entre as maiores economias do país, esses dados refletem fragilidade nas políticas públicas voltadas à saúde.

A análise microrregional do Estado do Paraná denota a vulnerabilidade do argumento comumente utilizado pelos gestores municipais, estaduais, federais, para o baixo desempenho no setor de saúde: financiamento, uma vez que inúmeras microrregiões com elevado PIB e boas condições estruturais obtiveram desempenho insatisfatório. Destaca-se nessa análise, a relação com o PIB, considerando que o percentual de investimento na área de saúde dos municípios está atrelado por força da lei da arrecadação (15% da arrecadação municipal). O desempenho insatisfatório do SUS estimula a aquisição de planos privados de saúde, normalmente por pessoas de estratos sociais mais elevados, o que facilita acesso mais rápido a consultas e exames, bem como, a medicamentos de alto custo, em comparação aos usuários que dependem exclusivamente do SUS.

Por fim, cabe inferir que o SUS, embora apresente significativas falhas em sua operacionalização, vem se mantendo como uma política que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde. No entanto, as possibilidades para dirimir as mazelas do sistema de saúde perpassam por reformulações de políticas públicas que visem minimizar as desigualdades sociais do país, e, por conseguinte, possibilitar o acesso de atendimento à saúde com qualidade e equidade. Além disso, faz-se necessário destacar que a extensão territorial do país e as alterações demográficas recentes são aspectos que os gestores públicos devem considerar ao estabelecer suas estratégias de implementação integral dos SUS, conforme prevê a Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

- BACELAR, T. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. (Org.). **Políticas públicas e gestão local**. Rio de Janeiro: FASE, 2003.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2012.
- _____. **Lei Complementar no 141 de 13 de Janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos

- de saúde; Brasília, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- _____. _____. **Saúde no Brasil:** desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez; Cedec, 2003.
- CUNHA, J. P. P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de saúde:** planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 11-26.
- EBERHARDT, P. H.C.; FERRERA DE LIMA, J. Evolução e estágio do desenvolvimento econômico regional: o caso das regiões do Paraná. **DRd – Desenvolvimento Regional em Debate**, a. 2, n.1, jul. 2012.
- FAORO, R. **Os donos do poder:** formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Globo. 1985.
- FERNANDES, A. S. A. Políticas públicas: definição evolução e o caso brasileiro na política social. In: DANTAS, H.; JUNIOR, J. P. M. (Orgs). **Introdução à política brasileira**. São Paulo: Paulus, 2007.
- GEOVANELA, Ligia. Desafios brasileiros. **Veja Eletrônica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 25 jul. 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2010**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/>>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- JUNIOR, A.P., JUNIOR, L.C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.
- MEKSENAS, P. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo: Cortez, 2002.
- PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. Edição Especial, 2006.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>> Acesso em: mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Relatório mundial da saúde:** financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Disponível em: <<http://www.cplp.org>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

ROSADO, P. L.; ROSSATO, M. V.; LIMA, J. E. Análise do desenvolvimento socioeconômico das microrregiões de Minas Gerais. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 40, n. 2, 2009.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20 – 45, jun./dez. 2006.

VIDIGAL, V. G.; AMARAL, I. C. Desenvolvimento socioeconômico nas microrregiões do Paraná: uma análise multivariada. ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS REGIONAIS E URBANOS; 8.; 2010, Juiz de Fora. **Anais...** Juiz de Fora: ABER, 2010.

Artigo recebido em: 25/06/2014

Artigo aprovado em: 17/03/2015