

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

ALICE LOPES DE ALMEIDA GUEDES DIEFENBACH

**O IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
INDICADORES SELECIONADOS NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE
DO SUL**

Porto Alegre

2010

ALICE LOPES DE ALMEIDA GUEDES DIEFENBACH

**O IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
INDICADORES SELECIONADOS NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE
DO SUL**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Economia, da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como quesito para obtenção do título Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Lúcia e Carlos Diefenbach, a minha irmã, Virginia Diefenbach e a minha orientadora, Dra. Janice Dornelles de Castro.

RESUMO

A saúde é uma condição a ser almejada pelas sociedades desenvolvidas. A contribuição deste setor para a conquista do desenvolvimento tem sido objeto de pesquisa e discussões com diferentes abordagens sobre o tema. A compreensão de que o setor saúde é gerador de desenvolvimento não só sanitário, mas também socioeconômico, associado à pretensão de superar o modelo hegemônico da década de noventa no qual as pesquisas produzidas na área da saúde estavam baseadas na oferta de conhecimento e não nas necessidades da população; motiva a realização de um estudo que demonstre a capacidade da área em promover desenvolvimento socioeconômico e a redução de desigualdades, dado seu potencial de contribuição para o desenvolvimento humano com justiça social e equidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	<i>Autorização de Internação Hospitalar</i>
AIS	<i>Ações integradas de saúde</i>
CEBES	<i>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde</i>
CEPAL	<i>Comissão Econômica para América Latina e Caribe</i>
CIS	<i>Comissão Interinstitucional de Saúde</i>
CNS	<i>Conselho Nacional de Saúde</i>
COREDES	<i>Conselhos Regionais de Desenvolvimento</i>
DAB	<i>Departamento de Atenção Básica</i>
EC	<i>Emenda Constitucional</i>
ESF	<i>Estratégia Saúde da Família</i>
FEE	<i>Fundação de Economia e Estatística</i>
FNS	<i>Fundo Nacional de Saúde</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
IDESE	<i>Índice de Desenvolvimento Socioeconômico</i>
IDH	<i>Índice de Desenvolvimento Humano</i>
INAMPS	<i>Instituto Nacional de Previdência Médica da Assistência Social</i>
IPEA	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</i>
IPTU	<i>Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana</i>
ISSQN	<i>Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza</i>
ISVVC	<i>Imposto sobre Venda e Varejo de Combustível</i>
ITIBI	<i>Imposto sobre Transmissão "inter vivos" de Bens Imóveis</i>
NOB	<i>Norma Operacional Básica</i>
OIT	<i>Organização Internacional do Trabalho</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>

ONU	<i>Organização das Nações Unidas</i>
PIB	<i>Produto Interno Bruto</i>
PNAD	<i>Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar</i>
PNB	<i>Produto Nacional Bruto</i>
PNUD	<i>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento</i>
PPC	<i>Paridade Poder de Compra</i>
PREV-SAÚDE	<i>Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde</i>
PSF	<i>Programa Saúde da Família</i>
SUDS	<i>Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1- Curva de Preston: expectativa de vida ao nascer e produto per capita.....	43
2- Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.....	56
3- Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.....	57
4- Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.....	58
5- Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.....	59
6- Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.....	60
7- Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.....	61
8- Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.....	62
9- Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.....	63
10- Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com mais de 70% de cobertura da ESF – Grupo I.....	64
11- Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.....	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVO GERAL.....	12
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	12
2 SOBRE O SUS.....	14
2.1 ORIGENS.....	14
2.1.1 O SUS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	16
2.2 SOBRE A IMPLANTAÇÃO.....	18
2.3 SOBRE O FINANCIAMENTO.....	20
2.4 O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA.....	22
2.5 ATENÇÃO BÁSICA E A ESF.....	22
3 ALGUMAS TEORIAS SOBRE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO.....	26
3.1 BREVE CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO.....	26
3.2 A ABORDAGEM DOS PRECURSORES: MERCANTILISTAS E FISIOCRATAS.....	27
3.3 A ABORDAGEM SEGUNDO OS CLÁSSICOS.....	29
3.3.1 A ABORDAGEM DE ADAM SMITH.....	29
3.3.2 A ABORDAGEM DE DAVID RICARDO.....	29
3.4 A ABORDAGEM DE MALTHUS.....	30
3.5 A ABORDAGEM DE KARL MARX.....	31
3.6 DESENVOLVIMENTO NA VISÃO DE KEYNES E SCHUMPETER.....	32

3.6.1 A ABORDAGEM DE KEYNES.....	32
3.6.2 A ABORDAGEM DE SCHUMPETER.....	33
3.7 A ABORDAGEM CEPALINA.....	34
3.8 A ABORDAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES BÁSICAS.....	37
3.9 A ABORDAGEM DE AMARTYA SEN.....	39
3.10 OUTRAS ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE.....	41
4 INDICADORES.....	46
4.1 CONCEITOS BÁSICOS DE INDICADORES.....	46
4.2 SOBRE OS INDICADORES UTILIZADOS.....	47
4.2.1 O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH.....	47
4.2.2 SOBRE O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO – IDESE.....	50
4.2.3 BAIXO PESO AO NASCER.....	51
4.2.4 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER.....	51
4.2.5 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.....	52
4.2.6 PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA – PIB PER CAPITA.....	52
4.2.7 ARRECADAÇÃO MUNICIPAL DE TRIBUTOS E TRANSFERÊNCIAS SUS/ATENÇÃO BÁSICA.....	53
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	55
5.1 SOBRE OS DADOS COLETADOS.....	55
5.2 ANÁLISE DOS GRÁFICOS.....	56
6 CONCLUSÃO.....	66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	73

1 INTRODUÇÃO

A busca de melhor acompanhamento dos impactos do setor saúde associa-se à discussão posta pela capacidade do setor em contribuir com o desenvolvimento socioeconômico do país. Por muito tempo, o nível de renda per capita foi o principal indicador de desenvolvimento econômico de uma nação, sendo considerado tanto como medida de riqueza quanto medida de bem-estar social. Uma das questões que vem sendo levantadas na atualidade, diz respeito à articulação existente entre saúde e desenvolvimento, permeada pela tentativa de compreensão da direção causal existente nessa relação, ou seja, a saúde é promotora do desenvolvimento ou o desenvolvimento é promotor da saúde?

A compreensão de que o setor saúde pode ser gerador de desenvolvimento não só sanitário, mas também socioeconômico, motiva o empreendimento de um estudo que busque demonstrar a capacidade do setor saúde em promover desenvolvimento socioeconômico e a redução de desigualdades, dado seu potencial de contribuição para o desenvolvimento humano com justiça social e equidade. Além do potencial de crescimento econômico associado à justiça social, conforme destacam (GADELHA, 2003, 2006; GALLO et al, 2004, 2005; BRASIL, 2004; CASTRO,2004; FERLA,2004) a saúde, na totalidade de seu complexo produtivo, tende a promover desenvolvimento dado o elevado grau de inovação, lucratividade e empregabilidade do setor, visto que é dotada de potencial econômico e tecnológico para incrementar a integração regional, por exemplo.

Os estudos a respeito das relações entre saúde e desenvolvimento se, por um lado, não são propriamente uma novidade, de outro, ainda são escassas as pesquisas e a produção científica a respeito de suas conexões e direções causais. Questionamentos sobre modelos de desenvolvimento e suas lógicas de produção e expropriação têm sido verificados em quase todo o planeta, interrogando-se e exigindo-se a tomada de medidas sobre os custos ambientais (degradação, poluição, uso irracional de recursos, etc) e sociais e econômicos (exclusão, iniquidades, não redução dos níveis de pobreza, injustiças, etc). Dessa forma, colocam-se em questão as finalidades do desenvolvimento, abrindo-se importantes questionamentos sobre a

sustentabilidade e a capacidade dos modelos de desenvolvimento em promover a vida, a justiça e a solidariedade humana.

1.1 JUSTIFICATIVA

Levando em consideração as ideias acima expostas, uma questão relevante surge: é possível que um programa de Atenção Básica à saúde, no caso, a Estratégia Saúde da Família – ESF promova mudanças positivas em indicadores que influenciam as condições de bem-estar da população e desenvolvimento econômico?

Visto que este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa¹ desenvolvido na Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS; propomos realizar um estudo piloto, comparativo exploratório que testa a metodologia de avaliação do comportamento dos indicadores escolhidos.

O objetivo dessa pesquisa é:

1.2 OBJETIVO GERAL

Verificar o comportamento dos indicadores selecionados após a implantação da Estratégia Saúde da Família em municípios com menos de cinco mil habitantes no Rio Grande do Sul.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além desta introdução em que se apresenta o problema de pesquisa, a justificativa e o objetivo, o trabalho possui mais quatro capítulos e a conclusão. O segundo é dividido em seis seções e apresenta uma abordagem a respeito do Sistema

¹ CASTRO, J. D; PELEGRINI, M. L. Avaliação e Monitoramento dos Custos da Estratégia Saúde da Família: capacidade de promover desenvolvimento econômico sustentável nos municípios.

Único de Saúde – SUS, seu processo de nascimento, institucionalização, financiamento e estratégias de atenção básica. O objetivo deste capítulo é melhor compreender o funcionamento do SUS e procurar justificar a escolha da ESF e sua influência sobre os indicadores escolhidos. As fontes de dados utilizadas neste capítulo são elaboradas pelo Ministério da Saúde.

O terceiro capítulo, por sua vez, dividido em dez seções aborda diferentes concepções de desenvolvimento econômico. O capítulo inicia com uma breve descrição conceitual, logo após são apresentadas as principais abordagens do tema. As informações sobre as teorias de desenvolvimento econômico presentes no trabalho foram obtidas em relatórios publicados pelo Banco Mundial, em livros e artigos sobre o tema.

O quarto capítulo está dividido em duas seções; na primeira, procura-se conceituar indicadores, foi utilizado como fonte de dados o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Na segunda seção, subdividida em sete subseções encontram-se as descrições dos indicadores utilizados para análise no presente trabalho; a principais fontes de dados estão centradas no banco de dados da Fundação de Economia e Estatística – FEE DADOS e na Síntese de Indicadores Sociais do IBGE 2007.

O quinto capítulo está dedicado ao estudo dos municípios gaúchos selecionados que implantaram a ESF em 2004 cobrindo 70% ou mais de suas respectivas populações; com base nesta informação verificamos o comportamento dos indicadores utilizados; analisando comparativamente municípios gaúchos de semelhante porte populacional, mas que não tiveram implantada a ESF ou que tiveram com menos de 70% de cobertura à população. Foram utilizados como fontes de dados, os sites FEE DADOS, base de dados do IPEA, publicações da Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais e o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, através do DAB. Por fim, no sexto capítulo, tem-se as conclusões.

2 SOBRE O SUS

Neste capítulo veremos, em linhas gerais, como se deu o nascimento do Sistema Único de Saúde, sua forma de funcionamento e sua política de Atenção Básica através dos seguintes itens: 2.1) origens, com o subitem 2.1.1 sobre o SUS na Constituição Federal de 1988; 2.2) sobre a implantação; 2.3) sobre o financiamento; 2.4) o SUS e a Atenção Básica e; 2.5) Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.

2.1 ORIGENS

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o movimento representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde. Esta proposta, que levava em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, somada ao processo em andamento de democratização da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde nacional, de caráter público, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população. A proposta não teve espaço para se impor, naquele momento, à sociedade de um modo geral; no entanto, como já se vivia um período de crise econômica e crescia a pressão social por melhores serviços

de saúde, a proposta passou a servir de base para as reivindicações populares e para profissionais e técnicos. A partir de então, começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em nível estadual, municipal e local.

Com o agravamento da crise em 1980, o próprio Governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecido como PREV-SAÚDE o qual deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde que, no entanto, sofreu muitas pressões e não saiu do papel. Já em 1982, não mais suportando os grandes gastos da Previdência Social com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) o Governo adotou algumas medidas de reorientação da sua política de assistência médica, mudando a forma de pagamento do setor privado contratado, celebrando convênios com os Estados e Municípios para utilizar a capacidade instalada pública das suas instituições que, à época estavam extremamente ociosas.

As Ações Integradas de Saúde – AIS representaram, pela primeira vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde começassem a fazer um planejamento mais articulado e até mesmo integrado; propiciaram também a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS e CIMS que acabaram por se constituir na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como representaram, mais adiante, a base para implantação dos SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, fase anterior à implantação do SUS. Além disso, segundo o Ministério da Saúde, a implantação da Autorização de Internação Hospitalar - AIH com seu novo sistema de contas hospitalares deu resultado imediato, diminuindo consideravelmente as despesas com internações hospitalares.

Com a superação do regime militar (1964-1985) e o surgimento da Nova República em 15 de janeiro de 1985, o movimento social em prol de uma reorganização do sistema de saúde brasileiro se intensificou, fato que possibilitou uma maior discussão sobre os rumos do sistema. Tendo em vista a realização da Assembléia Nacional Constituinte, na qual seria debatida a nova ordem jurídico-institucional do país e celebrado um novo pacto entre os vários segmentos sociais, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A conferência discutiu a situação de

saúde do país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembleia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde.

A Reforma Sanitária propôs que a saúde fosse compreendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isso significa que a conquista da saúde não deve ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o Governo e da sociedade, por meio de suas políticas econômicas e sociais.

2.1.1 O SUS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Em 1988 a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Essa seção incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e admite-se, que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

Participação da comunidade;

Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recentemente saída de uma ditadura militar onde o conceito de cidadania não era, a priori, um princípio de governo. Embalada pelo movimento da direita já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, somente foi efetivamente regulamentado em setembro de 1990, através da Lei 8.080, que define o modelo operacional do sistema, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (MENICUCCI, 2006).

O SUS é um sistema formado pelos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado. É único, pois possui a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação, além de ser organizado de acordo com a mesma sistemática em todo território nacional.

O sistema é regido por princípios doutrinários e organizativos, quais sejam:

- Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- Integralidade: deve atuar de maneira integral, isto é, não pode ver o indivíduo como um somatório de partes, mas como um todo, que faz parte da sociedade; o que significa que as ações de saúde devem estar direcionadas, ao

mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento adequado.

- Equidade: é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar sempre atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

Dos princípios doutrinários, são derivados os princípios organizativos, quais sejam:

- Descentralização: o sistema deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve partir daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais próximo do problema, mais chances se tem de acertar sobre a sua solução. Em outras palavras, é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

- Hierarquização: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contrarreferência;

- Participação Popular: ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde.

2.2 SOBRE A IMPLANTAÇÃO

O contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. O viés conservador dos governos, dos grupos de pressão do setor privado e da própria sociedade que se sucederam no período da transição à democracia estava em completa sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado. Ao processo de democratização seguiram-se os de ajuste e de estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais, em

sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos recém consagrados na Constituição.

A conjuntura de aguda crise fiscal, com suas severas consequências sobre o financiamento dos serviços públicos, associada ao recrudescimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, impôs constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, item imprescindível para garantir a universalização efetiva. A regulamentação do texto constitucional foi retardada, muito pela existência setores contrários à implementação do SUS até mesmo dentro do próprio governo, além de divergências dentro da própria burocracia estatal sobre o modo de sua operacionalização. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde ocorreu dois anos depois da promulgação da Constituição, ocorrida em 1988 e somente em 1992, o Executivo deu início ao efetivo processo de operacionalização do SUS. Na sua regulamentação, por meio de uma Norma Operacional², foram estabelecidos mecanismos que contrariavam alguns dispositivos constitucionais, apontando a resistência à reforma no âmbito burocrático.

A reforma fora resultado da ação política decorrente da emergência e da organização de novos sujeitos políticos, que, se aproveitando de uma conjuntura favorável de democratização, foram bem sucedidos no processo de transformação de uma comunidade epistêmica³, organizada em torno de uma concepção de saúde, em um grupo de ação política capaz de definir um objetivo institucional. Para isso, foram aglutinados aliados e interesses, como membros da academia, movimento médico, movimento popular, parlamentares, entre outros. As consequências dessa heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos desse movimento sanitário se tornaram evidentes na implantação da reforma, quando vieram à tona as divergências de interesses, os quais, durante o movimento pela redemocratização do

² Norma Operacional Básica Nº 01/91 tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde- SUS elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90. São estabelecidas nessa Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

³ Rede de profissionais com especialistas reconhecidos e competentes num domínio particular e com uma autoridade legitimada em termos de conhecimento politicamente relevantes associado àquele domínio ou área de conhecimento.

país haviam sido deixados em segundo plano em função da necessidade de agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária, enquanto projeto ético de caráter coletivo.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade pautada pela diferenciação e segmentação até mesmo no campo de atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de setores privilegiados dos trabalhadores assalariados. Conforme destaca (MENDES, 2000), as reformas sanitárias são compostas por um forte componente ideológico e expressam valores solidaristas vigentes, que em sentido amplo, opõem-se a valores individualistas e auto-interessados. No caso brasileiro, a reforma foi de inspiração nitidamente solidarista, contudo não se pode dizer que esses valores eram generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada. Pelo contrário, como herança de políticas anteriores, tinham se desenvolvido práticas e, conseqüentemente, valores pouco solidaristas e não se constituía uma demanda de atenção universal entre os segmentos organizados dos trabalhadores. Paralelamente à implementação da reforma a demanda por assistência médica diferenciada da pública (adesão a planos de saúde) transformou-se em item da agenda de negociação coletiva de diversas categorias de trabalhadores, constituindo-se um veto implícito ao modelo público e universal fortalecendo a assistência diferenciada prestada pelas empresas. O projeto de ruptura no padrão de intervenção estatal na área da saúde e a concretização da agenda redistributiva e universalista entrava em confronto com o *status quo* da cidadania regulada, ao mesmo tempo em que não existia um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e da exclusão como o cerne da questão democrática (FLEURY;1997, p.34).

2.3 SOBRE O FINANCIAMENTO

A operacionalização da reforma da política de saúde trazia implicações político-institucionais e organizacionais de grande porte, sendo que o principal esforço inicial era o da promoção da descentralização do sistema. Para que os objetivos finais da reforma fossem atingidos, a questão do financiamento torna-se um item imprescindível, envolvendo não somente o volume, mas a forma de repasse dos

recursos do governo federal para estados e municípios, visto que a descentralização foi feita na dependência dos recursos federais, principais responsáveis pelo financiamento das ações de saúde.

A Constituição Federal de 1988 afirma no artigo 195, que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Ou seja, a responsabilidade pelo financiamento do sistema cabe às três esferas de governo.

No que diz respeito ao repasse de recursos oriundos da União destinados aos Estados e Municípios, foram definidos, segundo a Lei 8.080 de 19/09/1990 cinco critérios, são eles:

- Perfil demográfico da região;
- Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

A questão do financiamento do SUS credenciou-se como o “ponto fraco” para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento, os constantes atrasos nos repasses da União para os Estados e Municípios levaram a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos de funcionamento do sistema.

Atualmente, e desde a regulamentação da Emenda Constitucional 29 - EC 29⁴ - as ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a EC 29. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as Leis de Diretrizes Orçamentárias. Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Apesar de o Artigo 198 da CF, definir, em seu parágrafo 3º, a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, o texto constitucional não contempla as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada. A regulamentação da EC nº 29 permitirá que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofram "desvio de finalidade", visto que a lei definirá o que poderá ser considerado como tal, tendo a Resolução 322/2003 do CNS como referência nesse quesito. Ou seja, será introduzido um componente qualitativo na análise do gasto com ações e serviços de saúde.

2.4 O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA

⁴ Emenda Constitucional número 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica, no Brasil, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

2.5 ATENÇÃO BÁSICA E A ESF

Segundo o Ministério da Saúde, o acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão

fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, estabelecidos na legislação constitucional e infraconstitucional.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando

atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população⁵.

Diferentes estudos apontam que sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários⁶. Além disso, há certo consenso de que a atenção primária deve constituir-se como base do sistema de saúde com capacidade para organizá-lo em sua totalidade⁷.

Pelo fato de a Atenção Primária em Saúde ser o primeiro atendimento e servir, necessariamente, de porta de entrada para o sistema de assistência, tem a capacidade de se constituir um nível próprio de atendimento. Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual – as denominadas necessidades básicas de saúde. Compreendida dessa forma, a saúde da família e da coletividade pode desenvolver-se de forma mais plena caso seja entendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular e analisar políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar⁸.

Exatamente, por a Estratégia Saúde de a Família propor uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela se encontra exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se

⁵ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington DC: Organização Mundial da Saúde; 2005.

⁷ GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, 22:951-63, 2006.

⁸ VASCONCELOS M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.

estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade, e em virtude desse fato se credencia como fonte de análise a respeito de suas capacidades promotoras de melhores condições de vida e saúde.

3 ALGUMAS TEORIAS SOBRE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

O objetivo deste capítulo é fazer uma breve descrição de algumas teorias acerca do desenvolvimento econômico através dos seguintes itens: 3.1) breve conceito de desenvolvimento econômico; 3.2) a abordagem dos precursores: mercantilistas e fisiocratas; 3.3) a abordagem segundo os clássicos, dividido nos subitens 3.3.1 a abordagem de Adam Smith, 3.3.2 a abordagem de David Ricardo 3.4) a abordagem de Malthus; 3.5) a abordagem de Marx; 3.6) desenvolvimento na visão de Keynes e Schumpeter, dividido em dois subitens 3.6.1 a abordagem de Keynes; 3.6.1 a abordagem de Schumpeter; 3.7) a abordagem cepalina; 3.8) a abordagem segundo as necessidades básicas; 3.9) a abordagem de Amartya Sen e; 3.10) algumas abordagens sobre a relação entre desenvolvimento e saúde.

3.1 BREVE CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

É de conhecimento entre os economistas, que não existe uma definição universalmente aceita de desenvolvimento. Para os economistas que associam crescimento com desenvolvimento, um país é subdesenvolvido porque cresce menos do que os desenvolvidos, embora apresente recursos ociosos, como terra e mão de obra; ele não utiliza integralmente os fatores de produção dos quais dispõe e, portanto, a economia expande-se abaixo de suas possibilidades. Associados a essa noção, emergem os modelos que enfatizam apenas a acumulação de capital, solução um tanto quanto simplificadora da realidade, pois coloca todos os países dentro da mesma problemática. O cerne da questão é que, o crescimento econômico, distribuindo diretamente a renda entre os proprietários dos fatores de produção, engendra automaticamente a melhoria dos padrões de vida e o desenvolvimento econômico. Entretanto, a experiência tem demonstrado que o desenvolvimento econômico não deve ser confundido com crescimento, porque nem sempre os frutos dessa expansão beneficiam a economia como um todo e o conjunto da população. A segunda corrente encara o crescimento econômico como uma simples variação quantitativa do produto, enquanto o desenvolvimento envolve mudanças qualitativas

no modo de vida das pessoas, das instituições e das estruturas produtivas; nesse sentido, o desenvolvimento caracteriza-se pela transformação de uma economia arcaica em uma economia moderna, eficiente, juntamente com a melhoria do nível de vida do conjunto da população; (SOUZA, de NALI; 2009).

Desenvolvimento econômico define-se, portanto, pela existência de crescimento econômico contínuo (g), em ritmo superior ao crescimento demográfico (g^*), envolvendo mudanças de estruturas e melhoria de indicadores econômicos, sociais e ambientais. Compreende um fenômeno de longo prazo, implicando o fortalecimento da economia nacional, a ampliação da economia de mercado, a elevação geral da produtividade e do nível de bem-estar do conjunto da população.

3.2 A ABORDAGEM DOS PRECURSORES: MERCANTILISTAS E FISIOCRATAS

Conforme os mercantilistas, a riqueza das nações é proveniente do afluxo externo de metais preciosos, principalmente ouro e prata, metais considerados superiores ao ferro e aço, por exemplo. Essa percepção levou à expansão e intensificação do comércio internacional, o que provocou maior crescimento econômico das nações envolvidas. O objetivo primordial era o de maximizar o saldo da balança comercial através da expansão das exportações e diminuição das importações. Essa política, que por fim, levava ao protecionismo da atividade econômica interna em contrapartida aos similares importados, no longo prazo, se mostrava prejudicial ao desenvolvimento. Dentro da concepção mercantilista, o Estado deveria colocar em marcha a política de proteção à produção interna, levando, conseqüentemente, à intensa intervenção estatal na economia.

Podemos citar a França e a Inglaterra como nações que adotaram o modelo mercantilista de economia; na primeira, merecem destaque as ideias de Jean-Baptiste Colbert (1619 – 1683), controlador geral das finanças do rei Luís XIV, que procuraram incentivar a indústria local como forma de se obter uma balança comercial superavitária. A forma de incentivo se dava através da concessão de

monopólio a alguns indivíduos para a produção de determinados bens, sendo fixada a taxa de juros e estabelecida uma política de salário máximo, com o objetivo de manter a competitividade das exportações. Quanto à Inglaterra, os mercantilistas que se destacaram foram Thomas Mun (1571 – 1641) e John Law (1671 – 1729); o primeiro acreditava que o fundamental para o crescimento do país era o comércio exterior, não porque gerava a acumulação de reservas, princípio da concepção mercantilista, mas sim porque o comércio exterior tinha a capacidade de desenvolver a atividade econômica interna. Já John Law acreditava que o problema da escassez de metais preciosos poderia ser resolvido, simplesmente, através da emissão de papel-moeda sem o lastro correspondente em metais, ideia, que num curto período de tempo, desencadeou um processo inflacionário de grandes proporções (SOUZA, de NALI; 2009).

Apesar de apresentar certas inconsistências no plano externo, o sistema mercantilista tinha sua coerência interna, primeiro porque a preocupação em expandir as exportações acabava por contribuir com o desafogamento dos estoques de mercadorias e elevar os níveis de renda e de emprego; e segundo, porque o afluxo de moeda contribuía para a redução da taxa de juros, e assim estimular o nível de investimento e de crescimento econômico (KEYNES, 1990).

Os fisiocratas combatiam o pensamento mercantilista ao propor uma conduta liberal da parte do Estado e por transferir a atenção da análise da órbita do comércio para a da produção. Conforme estes, a indústria e o comércio somente transformam e transportam valores, visto que o produto líquido, ou a riqueza, somente é gerado na agricultura, através do fator terra, sendo esta considerada como uma dádiva da natureza. A produtividade natural da terra, segundo os fisiocratas, poderia contribuir de forma mais relevante ainda – dada sua contribuição natural – com o desenvolvimento econômico, caso se fizesse uso intensivo do capital, pois aumentaria o crescimento da agricultura. Entretanto, como eram observados vultosos investimentos nas áreas da indústria e comércio, e pouco na área agropecuária, os fisiocratas estabeleceram alguns pontos norteadores de sua teoria, quais sejam: i) capitalização da agricultura, para aumentar sua produtividade e elevar o nível da produção; ii) redução da carga tributária e da evasão fiscal, para aliviar os

consumidores e viabilizar o aumento da demanda por produtos agrícolas; e iii) estímulo ao comércio exterior, para escoar a produção agrícola.

3.3 A ABORDAGEM SEGUNDO OS CLÁSSICOS

3.3.1 A ABORDAGEM DE ADAM SMITH

Diferentemente dos mercantilistas e fisiocratas, que consideravam os metais preciosos e a terra, respectivamente, como os principais fatores da riqueza nacional, Smith considerava como elemento essencial para o aumento da riqueza o trabalho produtivo. Assim, o volume de produto obtido por trabalhador, em um dado período de tempo, depende da intensidade do capital, da tecnologia e da divisão do trabalho, viabilizada pelo aumento da dimensão do mercado. Através da teoria do valor-trabalho, Smith trouxe à luz, novamente, a importância da indústria para o desenvolvimento das forças produtivas. Pois segundo ele, é a indústria a fonte geradora de economias de escala e rendimentos crescentes, que neutralizam os rendimentos decrescentes da agricultura, visto que dependem da fertilidade do solo e das condições climáticas.

Visto que na economia de Smith predomina o otimismo quanto à existência de rendimentos crescentes, seu modelo de desenvolvimento não enfrenta obstáculos e é alavancado pela poupança, que se transforma em investimento, que por sua vez permite a contratação de trabalhadores produtivos. Em seu modelo, a população, o capital e a tecnologia são complementares, os rendimentos são crescentes e tanto os salários como os lucros apresentam a tendência de continuar se elevando. Para que isso ocorra, a acumulação de capital desempenha um papel crucial, pois ao aumentar a demanda por trabalho, elevando a massa salarial e a dimensão do mercado interno, acaba por gerar economias de escala e redução dos custos médios de produção.

3.3.2 A ABORDAGEM DE DAVID RICARDO

Para Ricardo, o grande problema do crescimento econômico estava associado à agricultura, que incapaz de produzir alimentos baratos para consumo da massa trabalhadora, acabava por elevar os salários nominais e os fundos de salários, necessários para adquirir meios de produção e aumentar o nível do produto. A função de produção ricardiana apresenta uma diferença fundamental em relação à de Smith, pois incorpora a hipótese de que o volume da produção está sujeito à produtividade marginal decrescente. Esta ocorre em razão da necessidade de a produção de alimentos ser forçadamente aumentada em virtude do crescimento demográfico, o que leva a economia a utilizar terras cada vez menos férteis, em um processo de extensão da fronteira agrícola. Segundo a teoria de Ricardo, os capitalistas desempenham papel fundamental no processo de desenvolvimento, pois são eles que arrendam terras para produzir alimentos e contratar trabalhadores produtivos.

Então, segundo a concepção ricardiana, o desenvolvimento econômico depende, essencialmente, do progresso tecnológico da agricultura e da existência de legislações favoráveis à acumulação de capital, como as que possibilitam a importação de alimentos mais baratos para consumo dos trabalhadores. Esta última razão encontra respaldo na teoria das vantagens comparativas, segundo a qual cada país deveria especializar-se naquelas produções que apresentassem vantagens comparativas de custo, proporcionando, portanto vantagens para todos os países envolvidos no comércio mundial. Ocorrendo a importação de alimentos mais baratos do que os produzidos internamente, terras marginais, ou seja, de pior qualidade, poderão ser abandonadas, o que reduziria, na margem, os custos de produção e elevaria a taxa de lucro.

3.4 A ABORDAGEM DE MALTHUS

Conforme Malthus, existe um problema demográfico de dimensão mundial, dessa ideia decorre o princípio da população, segundo o qual esta cresce em progressão geométrica enquanto os meios de subsistência crescem em progressão aritmética; sendo o principal fator do crescimento demográfico, a disponibilidade de alimentos. As barreiras ao crescimento demográfico são a falta de alimentos, epidemias, guerras e as condições insalubres dos locais de trabalho e das cidades; e são essas barreiras que evitam que a população aumente além dos meios de subsistência. Pelo lado da produção, a teoria de Malthus da população está fundamentada na lei dos rendimentos decrescentes da agricultura. Pode-se afirmar, que o grande mérito de Malthus foi ter chamado a atenção para a importância da demanda efetiva na determinação do nível de renda e de emprego, contrariamente ao seu contemporâneo Ricardo, que dava ênfase ao lado da oferta em sua análise. A teoria malthusiana considerou o crescimento demográfico como um dos fatores de elevação do consumo e da produção, destacando, contudo, a insuficiência dessa variável para explicar o aumento da riqueza de uma nação.

3.5 A ABORDAGEM DE KARL MARX

Assim como na abordagem clássica, em que a trajetória de crescimento da economia efetua-se com declínio da taxa de lucro e conflito distributivo, na teoria de Marx também encontramos essa tendência, mas por razões diferentes. A análise de Marx está construída sobre a teoria do valor-trabalho, esboçada por Petty e desenvolvida por Smith, segundo esta teoria, a quantidade de trabalho incorporado em um bem constitui a base de seu valor de troca. De modo similar a teoria de Adam Smith, Marx diferencia o valor de uso de um bem, ou seja, diz respeito à sua utilidade e às preferências do consumidor, do valor de troca, que representa a interação das condições de oferta e de demanda no mercado e seu valor mantém uma relação com o poder de compra dos consumidores. Contudo, ao contrário de Smith, Marx destaca o valor de troca, pois o valor de uso não tem a capacidade de representar diretamente uma relação social (SWEEZY, 1976).

Conforme Marx, o processo de desenvolvimento da economia capitalista se dá de forma cíclica e permeada de conflitos distributivos. O progresso técnico traz períodos de prosperidade, contudo as contradições internas do modo de produção tendem a provocar crises periódicas cada vez mais prolongadas. Se para os clássicos, o problema da distribuição está centrado nas disputas entre os capitalistas-arrendatários e os proprietários de terra, segundo Marx, o conflito distributivo ocorre entre os capitalistas e os trabalhadores, detentores da força de trabalho, conseqüentemente, geradores de riqueza e expropriados desta através da mais-valia⁹. Diferentemente dos clássicos, para os quais a taxa de lucro declina no longo prazo, segundo Smith em decorrência do aumento da concorrência entre os empresários, e segundo Ricardo pela elevação dos salários nominais, frente às dificuldades de se produzir alimentos mais baratos para consumo dos trabalhadores; para Marx, a taxa de lucro declina no longo prazo em virtude da lei fundamental e contraditória¹⁰ do desenvolvimento capitalista, a da expansão gradual da composição orgânica do capital, com deterioração contínua do nível de vida dos trabalhadores.

3.6 DESENVOLVIMENTO NA VISÃO DE KEYNES E SCHUMPETER

3.6.1 A ABORDAGEM DE KEYNES

Keynes centrou sua análise na abordagem macroeconômica do pleno emprego, nos fatores do crescimento do investimento e nos seus impactos sobre a renda e o emprego. Se para os clássicos, cuja abordagem foi combatida por Keynes, havia uma relação automática entre aumento da produção e aumento do consumo (Lei de Say), segundo Keynes, como os indivíduos não gastam a sua renda total em consumo e não necessariamente investem o resto, existe um desequilíbrio entre oferta e demanda, impedindo o caminho em direção ao pleno emprego.

⁹ A *mais-valia* corresponde à diferença entre o produto líquido e o que é pago em termos de salários e ordenados. É definida também como trabalho excedente, ou seja, como a diferença entre o trabalho empregado no processo produtivo e o trabalho socialmente necessário à reprodução do trabalhador.

¹⁰ O caráter contraditório da expansão capitalista reside na ampliação dos meios de produção com a simultânea deterioração do poder de compra dos trabalhadores.

A teoria keynesiana mostrou que a rigidez dos salários gera desemprego involuntário¹¹ e afeta o nível da demanda agregada. Similarmente, uma redução na propensão marginal a consumir ou na propensão a investir conduz a uma situação em que os investimentos realizados não são suficientes para elevar a demanda agregada ao nível desejado. Assim, o menor volume resultante de renda ajusta a poupança em um nível de equilíbrio com a existência de desemprego. A hipótese de o investimento não ser compatível com o pleno emprego traz a exigência de que outros elementos exógenos ao sistema estejam em crescimento para elevar a demanda efetiva. Em situações de ociosidade, a expansão dos gastos do governo e o aumento das exportações aparecem no modelo keynesiano como elementos indispensáveis para elevar a economia a situações próximas do pleno emprego e manter os níveis de crescimento econômico.

Existem alguns modelos de inspiração keynesiana como o de Domar, o de Harrod ou o de Kaldor, os quais mantêm semelhança quanto à manutenção de um crescimento persistente sem inflação. Para que haja esse crescimento, o que está implícito nesses modelos é que a expansão contínua dos investimentos torna-se vital para manter o aumento da renda e do emprego frente ao crescimento demográfico.

3.6.2 A ABORDAGEM DE SCHUMPETER

Schumpeter, assim como os clássicos, enfatizou o lado da oferta na explicação do crescimento econômico. Segundo ele, o desenvolvimento econômico se define como uma mudança espontânea e descontínua nos canais de fluxo, uma perturbação do equilíbrio, que altera e desloca para sempre o estado de equilíbrio previamente existente; são mudanças revolucionárias, que alteram de uma vez por todas a situação anterior, surgindo na órbita da produção e não no âmbito do consumo (SCHUMPETER, 1982). O dinamismo da economia é derivado da ação do empresário inovador, que põe em prática novos processos de produção, gera novos produtos e abre novos mercados. Visto que o empresário sai da rotina do fluxo

¹¹ Incapacidade de os indivíduos não conseguirem emprego aos salários de mercado. A existência de desemprego involuntário indica rigidez de salários e preços.

circular¹², onde adotava antigos processos de produção, lança mão do crédito, fator essencial na teoria schumpeteriana, porque cria capacidade produtiva adicional ao implicar a transformação de capital líquido em capitais fixos ou meios de produção, dinamizando o crescimento econômico.

Em síntese, o desenvolvimento impulsionado pelas inovações possui forças internas e externas ditadas por motivações econômicas, tecnológicas, institucionais, ambientais, sociais e culturais. Constata-se que o processo inovativo é seletivo, induzido (pelo empresário inovador) e mutável, adquirindo permanentemente um caráter evolucionário (POSSAS, 1999, apud CORAZZA e FRACALANZA, 2002).

3.7 A ABORDAGEM CEPALINA

O termo centro-periferia é o conceito fundamental da teoria cepalina. É utilizado para descrever o processo de expansão do progresso técnico na economia mundial e para explicar a desigual distribuição de seus ganhos. Conforme este conceito, a divisão internacional do trabalho, trouxe como conseqüências, desde os primeiros estágios do capitalismo industrial, efeitos diferenciados nas economias das duas regiões, fazendo com que ambas criassem um crescente distanciamento em termos de estágio de desenvolvimento (BIELSCHOWSKY, 2000).

A tese parte do princípio de que o progresso técnico se desenvolveu de forma desigual nos dois pólos; sendo mais rápido no centro, mais precisamente em seus setores industriais, elevando simultaneamente a produtividade de todos os setores das economias centrais, gerando, assim, um nível técnico relativamente homogêneo por toda a extensão dos seus sistemas produtivos. Já na periferia, que teve a função de

¹² O fluxo circular constitui um sistema de equilíbrio geral onde as relações entre as variáveis ocorrem em condições de crescimento equilibrado, sendo determinadas pelo ritmo da expansão demográfica.

fornecer ao centro alimentos e matérias-primas a baixos preços, o progresso técnico só foi introduzido nos setores de exportação, que eram verdadeiras ilhas de alta produtividade, contrastando fortemente com o restante do sistema produtivo.

Embasada nesse diagnóstico, a CEPAL elaborou a tese da deterioração dos termos de troca¹³, construída como uma contestação à teoria ricardiana cuja principal ideia está centrada em que a distribuição física desigual das técnicas modernas de produção é compensada através da transferência dos ganhos da maior produtividade por meio de menores preços – via mecanismos de mercado –, com a condição de que prevaleça a concorrência perfeita. Dessa forma, é irrelevante saber onde se dá o progresso técnico, visto que os bens produzidos sob as novas técnicas podem ser adquiridos no mercado internacional com todas as vantagens introduzidas pelos aumentos de produtividade. A tese da deterioração dos termos de troca reverte o argumento, pois defende que não apenas a transferência de ganhos não ocorre, como, em realidade, o que acontece é o oposto: são as regiões ditas atrasadas que transferem seus ganhos de produtividade para as regiões ditas desenvolvidas (BIELSCHOWSKY, 2000; p.16).

Portanto, os processos de crescimento, emprego e distribuição de renda na periferia são distintos daqueles dos países centrais, sendo exigida a industrialização para superar o subdesenvolvimento e a pobreza; tarefa reconhecidamente árdua, dado que as economias periféricas tem estruturas pouco diversificadas e tecnologicamente heterogêneas, o que nos remete à tese da tendência à deterioração dos termos de troca entre centro e periferia (GALLO, et al. 2007).

Celso Furtado está inserido num amplo debate científico que teve lugar em fins da década de 1950 que buscava traçar diretrizes para o desenvolvimento econômico do Brasil. O desenvolvimentismo nacionalista buscava diagnosticar a situação econômica e social do país em termos nacionais e em suas relações internacionais, objetivando através deste elaborar estratégias e políticas de desenvolvimento, na maioria das vezes, de caráter industrialista para que o país se tornasse uma nação verdadeiramente autônoma. Celso Furtado se configura como uma figura de destaque neste campo intelectual desenvolvimentista. Segundo o autor,

¹³ Os dois textos clássicos da Cepal sobre termos de troca são os de Prebisch (1949) e Singer (1950).

o termo “subdesenvolvimento” é um processo histórico autônomo, e não um estágio pelo qual, necessariamente, as economias desenvolvidas tenham passado ou superado. O fenômeno do subdesenvolvimento apresenta-se sob diferentes formas e estágios, sendo o caso mais simples, o da coexistência de empresas estrangeiras, que produzem uma mercadoria para exportação e uma grande gama de economias de subsistência, podendo essa coexistência perdurar, em equilíbrio estático, por longos períodos.

Conforme Furtado, o caso mais complexo de uma economia subdesenvolvida, é aquele em que a economia em questão apresenta três setores: um majoritariamente de subsistência, outro voltado para exportação, e um terceiro formando um núcleo industrial ligado ao mercado interno, relativamente diversificado para produzir parte dos bens de capital de que necessita para o próprio crescimento. O núcleo industrial ligado ao mercado interno se desenvolve através de um processo de substituição de manufaturas que anteriormente eram importadas; resulta disso, a maior preocupação do industrial local é apresentar um artigo similar ao que era importado e adotar métodos de produção que o habilitem a competir com o exportador estrangeiro. Desse modo, as inovações tecnológicas que se mostram mais vantajosas são aquelas que permitem uma aproximação com a estrutura de custos e preços dos países exportadores de manufaturas, e não as que viabilizam uma transformação mais rápida da estrutura econômica, pela absorção do setor de subsistência. O resultado prático disso, mesmo crescendo a renda *per capita* da população, é que a estrutura ocupacional do país se modifica com lentidão. O contingente populacional afetado pelo desenvolvimento mantém-se reduzido, declinando muito devagar a importância relativa do setor ligado às atividades de subsistência.

Furtado conclui, então, que uma economia onde a produção industrial já atingiu um elevado grau de diversificação e tem uma participação no produto muito semelhante à observada em países desenvolvidos, apresente uma estrutura ocupacional tipicamente pré-capitalista em que grande parte de sua população esteja alienada dos benefícios do desenvolvimento (FURTADO, 1961)

Quanto à questão do processo de substituição de importações, cabe destacar também o nome de Maria da Conceição Tavares, que abordou as características do modelo tradicional de desenvolvimento “para fora” das economias latino-americanas.

Segundo a autora, o papel desempenhado pelas importações nas economias desenvolvidas e nas subdesenvolvidas, era distinto tanto em termos qualitativos como em termos estruturais. Nas primeiras, as importações, destinavam-se, majoritariamente, a suprir as necessidades de alimentos e matérias-primas que não lhes era possível produzir internamente de maneira satisfatória. Já nas economias latino-americanas, as importações cobriam faixas de bens de consumo terminados e praticamente todos os bens de capital necessários ao processo de investimento induzido pelo crescimento exógeno da renda.

Segundo a economista, o cerne da problemática do crescimento “para fora” está nitidamente vinculado ao mapa de divisão internacional do trabalho, imposto pelo próprio processo de desenvolvimento das economias líderes e do qual decorria, para os países da periferia, uma divisão social do trabalho completamente diferente da divisão social do centro. Conceição Tavares assinala, como se deu a passagem ao novo modelo, a partir dos anos 1930, nas economias latino-americanas, de desenvolvimento voltado “para dentro”. Dado que os desequilíbrios externos – consequência da crise de 1929 – fizeram com que a maior parte dos governos adotasse uma série de medidas que defendiam os mercados internos dos efeitos da crise internacional. Medidas como restrições e controle de importações, elevação da taxa de câmbio e compra de excedentes ou financiamento de estoques, dando ênfase à defesa contra o desequilíbrio do setor externo em detrimento do estímulo à atividade interna propriamente dita.

Inicialmente, os países periféricos, utilizaram a capacidade instalada existente para substituir uma parte dos bens que antes eram importados. Posteriormente, mediante uma redistribuição de fatores e, particularmente, dos escassos recursos (as divisas), utilizou-se a capacidade para importar disponível com o fim de obter do exterior os bens de capital e as matérias-primas indispensáveis à instalação de novas unidades destinadas a dar seguimento ao processo de substituição. A importância das exportações como principal determinante do crescimento foi substituída pela variável endógena do investimento, cujo montante e composição foram decisivos para a continuação do processo de desenvolvimento. Entretanto o setor externo não deixou de desempenhar papel relevante nos países latino-americanos, o que de fato ocorreu foi uma mudança significativa de suas funções. Ou seja, no lugar de ser o fator

diretamente responsável pelo crescimento da renda, via aumento das exportações, sua contribuição passou a ser ponto decisivo no processo de diversificação da estrutura produtiva, mediante importação de equipamentos e bens intermediários.

Em suma, o processo de substituição de importações pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento parcial¹⁴ e fechado¹⁵ que, de forma a responder às restrições do comércio exterior, procurou repetir de forma acelerada e em condições históricas bastante distintas, a experiência de industrialização dos países desenvolvidos (TAVARES, 1964).

3.8 A ABORDAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES BÁSICAS

A outrora importância outorgada ao crescimento econômico por si só foi sucedida por uma preocupação quanto aos objetivos propriamente ditos do desenvolvimento, ou seja, uma maior preocupação quanto aos fins, qual seja; a melhora da qualidade de vida da população e uma menor importância aos meios, principalmente caracterizados pela expansão da renda per capita. Essa mudança de paradigma implica, então, uma distinta percepção da natureza do processo de desenvolvimento econômico.

Assim, o enfoque do desenvolvimento sob a ótica das necessidades básicas pleiteia objetivos menos abstratos, gerais e agregados¹⁶, além de promover soluções de forma positiva, como atingir níveis de satisfação universal das necessidades básicas e potencializar os meios para alcançar determinados objetivos de bem-estar geral. As necessidades básicas foram então definidas pela Organização Internacional do Trabalho – OIT, como aquelas que tem a capacidade de assegurar um nível mínimo de vida que toda sociedade deveria estabelecer aos grupos mais pobres da

¹⁴ Parcial, porque praticamente as transformações da estrutura produtiva se limitaram ao setor industrial e às atividades a ele conexas.

¹⁵ Fechado, porque os novos setores dinâmicos da economia se restringem ao mercado nacional.

¹⁶ BUSTELO, Pablo. **Teorias Contemporâneas Del Desarrollo Económico**. Madrid: Síntesis, 1999, p. 143-153.

população. A partir desta constatação, definiram-se quatro categorias de necessidades básicas:

I – Consumo alimentar, moradia e vestuário para se ter um nível de vida minimamente digno;

II – Acesso a serviços públicos de educação, saúde, transporte, água potável e saneamento básico;

III – Possibilidade de se obter um emprego adequadamente remunerado;

IV – Direito a participar das decisões que afetam o modo de vida dos indivíduos e a viver em um ambiente sadio, humano e satisfatório.

Em 1975, durante a Conferência da OIT foi aprovado um programa de ação centrado nos quatro tipos de categorias de necessidades básicas acima descritas, este programa de ação propunha que as necessidades fossem atendidas antes do final do ciclo. Conforme documento da OIT (1976):

Contrariamente a muchas esperanzas, la experiencia de los dos últimos decenios há demostrado que el crecimiento rápido de la producción agregada no reduce, por sí solo, la pobreza y la desigualdad [...], [que] no es aceptable desde el punto de vista humano ni responsable desde el punto de vista político esperar varias generaciones para que los beneficios del crecimiento se filtren hasta alcanzar a los grupos más pobres [...], y [que] es necesario que cada país adopte un enfoque de necesidades básicas dirigido a alcanzar un nivel mínimo de vida antes de finales del siglo [...]. Tales medidas no implican un menor crecimiento de la producción. Ponem más énfasis en pautas de crecimiento que conduzcan a una distribución más equitativa de las ganancias del crecimiento y que podrían perfectamente dar como resultado también tasas más altas de crecimiento.

As críticas ao enfoque das necessidades básicas residem em dois problemas visíveis; o primeiro diz respeito à ideia de que, independente dos louváveis objetivos propostos pela abordagem, os paradigmas dela resultantes são pouco realistas e

parcamente operacionais. Além disso, a abundante literatura publicada a respeito do tema, se limitou a abordar os limites políticos e econômicos de tal teoria. O segundo problema, é descrito pela falta de clareza quanto às influências da estratégia das necessidades básicas sobre o crescimento econômico e a mudança estrutural das sociedades. De certa feita, alguns de seus defensores insistiam em que era necessário dar prioridade aos aspectos sociais do desenvolvimento em detrimento do objetivo de incrementar a renda per capita, enquanto outros não encontravam nenhuma forma de contradição entre desenvolvimento social e crescimento econômico.

3.9 A ABORDAGEM DE AMARTYA SEN

O enfoque de (SEN, 2000) cuja abordagem refere-se à questão das liberdades humanas, contrasta com visões ditas mais limitadas de desenvolvimento, como as que relacionam desenvolvimento com o crescimento do Produto Nacional Bruto (PNB), aumento das riquezas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização tecnológica. É fato que o crescimento do PNB ou das rendas individuais podem ser meios importante de expansão das liberdades individuais, entretanto, é importante salientar que essas mesmas liberdades dependem de outros determinantes, tais como: serviços de educação e saúde e direitos civis. A relevância desses parâmetros não tem de ser estabelecida *a posteriori*, baseada em sua contribuição indireta para o crescimento do PNB ou para promoção da industrialização, mas sim, ter claro que essas liberdades e direitos também contribuem de maneira bastante eficaz para o progresso econômico.

Os fins e os meios do desenvolvimento requerem minuciosas análises e exames a fim de se obter uma compreensão mais plena do processo de desenvolvimento; desta feita, é inadequado adotar como objetivo primordial apenas a maximização da renda ou da riqueza¹⁷. Em razão disso, o crescimento econômico não pode ser considerado um fim em si mesmo; ele deve estar relacionado, sobretudo, com a melhora da qualidade de vida que levamos e das liberdades que

¹⁷ Amartya Sen, **Desenvolvimento como liberdade**, p. 20; 2000.

desfrutamos. Sen, cita em seu trabalho, cinco liberdades instrumentais de ordem maior: (1) liberdades políticas; (2) facilidades econômicas; (3) oportunidades sociais; (4) garantias de transparência e (5) segurança protetora. Mesmo que a análise do processo de desenvolvimento deva, por um lado, ocupar-se dos objetivos e anseios que tornam essas liberdades instrumentais substancialmente importantes, deve ainda levar em consideração os encadeamentos empíricos que vinculam os tipos distintos de liberdade um ao outro, reforçando sua importância conjunta.

A percepção de que o crescimento econômico pode ajudar não somente através do canal de elevação das rendas privadas, mas também pela capacidade de possibilitar ao Estado financiar a seguridade social e a intervenção governamental ativa; corrobora a noção de que a contribuição do crescimento econômico por si só deve ser julgada não apenas pelo aumento das rendas privadas, mas também pela expansão de serviços sociais. Assim, a criação de oportunidades sociais por meio de serviços de saúde, por exemplo, pode contribuir para o desenvolvimento econômico e para uma redução significativa das taxas de mortalidade, que por sua vez, pode contribuir com a redução das taxas de natalidade.

Segundo análises estatísticas apresentadas por Sudhir Anand e Martin Ravallion¹⁸, baseadas em comparações entre países, constataram que a expectativa de vida de fato apresenta uma correlação significativamente positiva com o PNB per capita, entretanto essa relação se dá, sobretudo, por meio do impacto do PNB sobre as rendas, especificamente dos pobres, e os gastos públicos com serviços de saúde em especial. Cabe salientar que este resultado não demonstraria que a expectativa de vida não se eleva com o crescimento do PNB per capita, mas indicaria que a relação tende a funcionar particularmente por meio do dispêndio público com serviços de saúde e por meio do êxito na eliminação da pobreza. Particularmente, esta última relação pode ser deveras importante para eliminação da pobreza de renda. Não somente porque melhor educação básica e serviços de saúde, por exemplo, elevem diretamente a qualidade de vida, mas também porque estes fatores aumentam o potencial de a pessoa auferir renda e dessa forma livrar-se da pobreza medida pela renda. Ou seja, quanto mais inclusivo for o alcance dos serviços de saúde, maior será

¹⁸ SUDHIR, A.; MARTIN, R. Human development in poor countries: on the role of private incomes and public service. **Journal of Economics Perspectives**, 1993.

a probabilidade de que mesmo os potencialmente pobres tenham uma maior chance de superar as condições de penúria.

Sen lança a pergunta: O que o desenvolvimento faz¹⁹? Conforme o autor, a criação de oportunidades sociais contribui de forma direta para expansão e florescimento das capacidades humanas e da qualidade de vida; seja através da expansão dos serviços de saúde, educação, seguridade social, etc. Evidências mostram que, mesmo países com renda relativamente baixa, mas que garantem serviços de saúde e de educação a toda sua população, podem vislumbrar resultados notáveis da duração e da qualidade de vida de toda população. Ou seja, as recompensas do desenvolvimento vão muito além da melhora direta da qualidade de vida, pois incluem também sua influência sobre as habilidades produtivas dos indivíduos, e conseqüentemente, sobre o crescimento econômico em uma base amplamente compartilhada²⁰.

3.10 OUTRAS ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

O relatório do Banco Mundial e da World Health Organisation (WHO 2001) realiza uma revisão e análise de alguns trabalhos que tem por objetivo a tentativa de estabelecer correlações e potenciais conexões macro e microeconômicas estabelecidas entre condições de saúde e desenvolvimento econômico. Consta na revisão, que no nível macroeconômico as evidências do impacto da saúde no desenvolvimento econômico permanecem, de certa forma, ambíguas por conta de duas questões: a primeira aponta as dificuldades de se mensurar a saúde propriamente dita; e a segunda, devido à problemática da identificação da direção causal. Pelo lado microeconômico, as evidências que estabelecem correlação entre promoção de saúde e crescimento econômico se mostram mais consistentes. O ponto focal dos trabalhos analisados no relatório, se faz evidente na pergunta lançada:

¹⁹ SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**, 2000, p. 170.

²⁰ A natureza dessa relação foi discutida in Drèze e Sen, *Hunger and public action* (1989).

Melhoras nas condições de saúde da população, por si só, ajudam a acelerar o desenvolvimento econômico?

As direções de causalidade entre condições de saúde e desenvolvimento econômico são consideradas importantes, ainda que difíceis de serem mensuradas e estimadas (BLOOM and CANNING, 2003) citam que a constatação de que o fato de o crescimento econômico agir como uma fonte redutora da mortalidade infantil, pode acelerar e potencializar a adoção de reformas políticas que visem tornar mais consistente o desenvolvimento econômico. Logo, segundo os autores acima citados, intervenções que tem como objetivo trazer melhorias quanto à saúde da população, devem ser, no mínimo consideradas como parte do arsenal de políticas públicas que tem como finalidade o crescimento econômico. Recentes referências na literatura²¹ sugerem que a conexão de causalidade entre saúde e desenvolvimento econômico dá-se de maneira operacional, porém, mesmo assim, encontram-se grandes dificuldades de mensuração dessa relação, fato que segundo o relatório, tornaria o efeito das melhorias na saúde relativamente pequeno sobre o crescimento econômico. Conforme (BLOOM and CANNING, 2003) salientam, a questão central não diz respeito ao fato de que gastos públicos com promoção de saúde seriam benéficos ao crescimento econômico, mas sim que investir em melhorias na saúde da população é o melhor uso que se pode ter dos limitados recursos disponíveis em países em desenvolvimento, por exemplo.

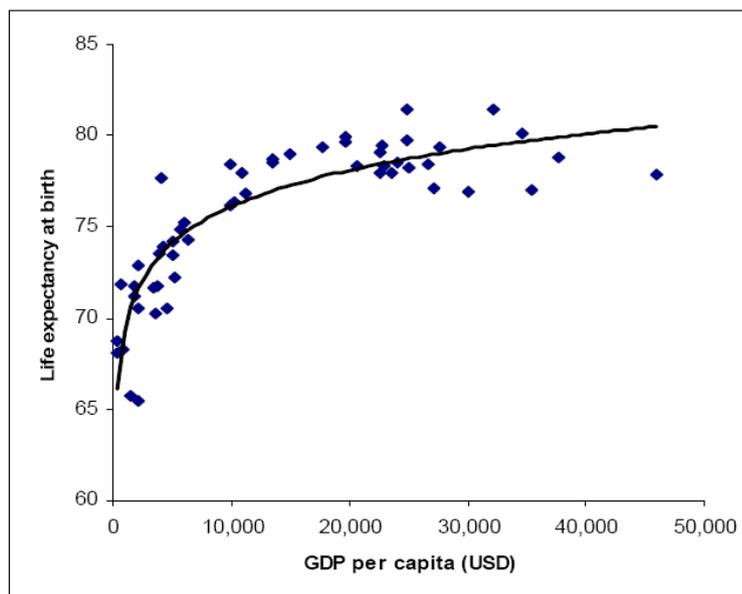
Através do estudo de modelos históricos²² das melhorias na saúde das populações, procura-se demonstrar a relação dos mecanismos de promoção à saúde pelos quais é possível identificar a conexão causal com os aumentos da Renda Nacional. São apresentadas, então, as evidências básicas entre as tendências de melhoria na saúde e as tendências de crescimento do produto nacional. A razão para que, segundo (WHO, 2001), indivíduos mais saudáveis, usualmente, sejam os mais ricos, está relacionada ao fato de que esses indivíduos possuem a capacidade de trabalhar mais, por mais tempo e de forma mais produtiva do que aqueles que, comparativamente, são menos saudáveis. Observando as tendências dos últimos 30

²¹ PRITCHETT, L.; SUMMERS, L. Wealthier Is Healthier. *Journal of Human Resources* 31 (4): 841-68.

²² PRESTON, S. H. 1975. **The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development.** *Population Studies* 29 (2): 231-48.

anos e utilizando a curva de (PRESTON, 1975), onde são relacionados o PIB per capita e o status da saúde da população medido pela expectativa de vida, é possível concluir a existência de uma relação côncava entre o nível de saúde da população e o produto per capita; relação esta que se torna mais forte com o passar do tempo, como mostra a figura abaixo:

Figura 1: Curva de Preston, 2001.



Fonte: Banco Mundial, indicadores.

A relação côncava estabelecida entre produto per capita e status de saúde sugere a importância da distribuição de renda da nação para o desenvolvimento de melhores condições de saúde, ou seja, em um país em que haja disparidades quanto à distribuição de renda, a tendência é que a maior parte da população deste país seja menos saudável do que poderia ser caso se tratasse de um país com semelhante produto nacional, mas com uma distribuição de renda menos desigual. O argumento usualmente utilizado para corroborar essa relação reside na ideia de que existe uma razão para redistribuir o produto nacional dos cidadãos ricos para os pobres, com o intuito de aumentar os níveis de saúde enquanto se mantém inalterado o PIB. Essa concepção passa a ser razoável a partir do momento que é considerado o fato que aumentar a renda dos mais pobres gerará um aumento em seus níveis de saúde. Porém, a validade desse tipo de intervenção redistributiva dependerá, essencialmente, da direção de causalidade entre saúde e produto nacional.

As conexões entre status de saúde e crescimento do produto estão repletas de problemas no que diz respeito à mensuração das variáveis selecionadas, além da dificuldade presente em dar validade a essas mensurações quando é encontrado o problema da causalidade, ou seja, é o incremento na saúde o fator gerador do crescimento econômico ou é o crescimento econômico que fomenta melhorias no status de saúde? Apesar da relação entre os agregados mensurados da saúde e do crescimento econômico possam ser considerados bastante informativos são apresentadas algumas limitações por conta das complexidades estatísticas que se apresentam, tais como avaliações multidimensionais a respeito da atividade humana e da noção de bem-estar. Mensurar saúde, conforme o relatório, é algo traiçoeiro; e nenhuma medida é capaz de mensurar com aptidão e acurácia indicadores como mortalidade e morbidade (SCHULTZ, 2005). Particularmente, a utilização da expectativa de vida e/ou taxa de mortalidade infantil como medidas de status de saúde é considerada pela literatura de modo ambíguo, tanto pelo marco conceitual quanto por razões práticas.

Interpretar as correlações observadas entre o nível de saúde da população e o crescimento do produto é identificado como uma tarefa de extrema dificuldade; primeiro porque é muito provável que produtos nacionais elevados tenham a capacidade de promover melhorias nos status de saúde; e segundo porque podem existir outros fatores que influenciam tanto a renda nacional quanto a saúde da população (DEATON, 2006). Sob esta perspectiva, um exemplo pode ser o clima do país e as doenças específicas relacionadas a essas condições climáticas. Por conta dessas duas razões, a correlação entre produto nacional e condições de saúde podem ser analisadas mesmo que não haja uma relação causal direta dos níveis de saúde com o crescimento econômico. Esses problemas de identificação causal estão no cerne do corrente debate entre os economistas e os pesquisadores da saúde. Por exemplo, (BLEAKLEY 2007) salienta:

Simple correlations of public health and economic outcomes are unlikely to measure the causal effect [of health on income] since public health is endogenous. Indeed, it is likely a normal good.

Uma maneira alternativa de se estudar a relação entre saúde e crescimento econômico está em examinar os investimentos individuais em saúde e a respectivo efeito sobre a renda pessoal. A vantagem desta abordagem, ao fornecer dados qualitativamente precisos, é que se obtém uma maior segurança ao se atribuir os impactos da saúde sobre o crescimento econômico individual. As desvantagens desta abordagem residem na ideia de que esses resultados individuais não são facilmente aplicáveis sob outras circunstâncias, ou seja, o que é válido em um sentido micro não necessariamente pode ser aplicável para a população como um todo, principalmente por causa dos efeitos do equilíbrio geral. Por exemplo, se o mercado de trabalho remunera os trabalhadores individualmente e de acordo com seu estado de saúde – indivíduos mais saudáveis recebem mais ofertas de trabalho – então melhoras na saúde de um indivíduo se refletirão em aumentos em sua renda, combinada com reduções na renda de outros, (WHO, 2001). Conforme (ACEMOGLU e ROBINSON, 2008), se os trabalhadores utilizam outros fatores de produção que são relativamente fixos, tal como terra e capital, então melhorias em seu estado de saúde podem conceber reduções na produtividade média por trabalhador. E estudos que utilizam a abordagem microeconômica não tem a capacidade de captar este tipo de efeito. Apesar destas deficiências, a abordagem microeconômica oferece relevantes percepções acerca do potencial impacto da saúde sobre o crescimento econômico e os níveis de bem-estar da população.

4 INDICADORES

No presente capítulo procura-se fazer uma breve definição de indicadores sociais e suas utilidades, além de explicitar os indicadores utilizados neste trabalho, para isso o capítulo está dividido nos seguintes itens: 4.1) conceitos básicos de indicadores; 4.2) sobre os indicadores utilizados dividido em sete subitens 4.2.1 O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH; 4.2.2 o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE 4.2.3 baixo peso ao nascer 4.2.4 esperança de vida ao nascer 4.2.5 taxa de mortalidade infantil; 4.2.6 Produto Interno Bruto *per capita* e 4.2.7 arrecadação municipal de impostos e transferências SUS/Atenção Básica.

4.1 CONCEITOS BÁSICOS DE INDICADORES

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, utilizado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico – para pesquisa acadêmica – ou programático – para auxiliar na formação de políticas-. É um recurso metodológico, empiricamente referido que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou acerca de mudanças que se processam nesta. Quando utilizado para pesquisa acadêmica, o indicador social é o elo entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados. Quando utilizado sob uma perspectiva programática, o indicador é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social.

Os indicadores sociais são dotados de propriedades, comuns a todos e que os tornam de relevância para sua utilização. A validade de um indicador, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE -, considerada a primeira das propriedades, corresponde ao grau de proximidade entre o conceito e a medida, isto é, expressa a capacidade de refletir, de fato, o conceito abstrato a que o indicador se propõe a substituir ou operacionalizar. A confiabilidade, refere-se à propriedade relacionada à qualidade do levantamento dos dados utilizados no seu cômputo. A

sensibilidade de um indicador, diz respeito a sua capacidade em refletir mudanças significativas das condições que afetam a dimensão social em estudo. Já a especificidade do indicador corresponde a sua propriedade em refletir alterações estritamente ligadas às mudanças relacionadas à dimensão social de interesse. A inteligibilidade de um indicador diz respeito à transparência da metodologia de construção do próprio indicador; ademais, um dito bom indicador deveria ser, tanto quanto possível, facilmente comunicável e compreensível aos demais. Por último, mas não menos importante, temos a periodicidade com que o indicador pode ser atualizado e a factibilidade de sua obtenção a custos módicos (IBGE, 2009). Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável, nem sempre o mais confiável é o mais inteligível, nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas essas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e periodicidade requerida.

4.2 SOBRE OS INDICADORES UTILIZADOS

4.2.1 O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH

O surgimento do IDH foi bastante influenciado pela necessidade de suprir as deficiências apontadas pelos chamados Indicadores de Primeira Geração – indicadores de natureza restrita, a exemplo do PIB e PIB *per capita*²³. Conforme destacam (KAYANO e CALDAS, 2001), a elaboração dos Indicadores de Primeira Geração estava essencialmente voltada para as quantificações de natureza econômica, com destaque para os sistemas de contas nacionais e a mensuração dos agregados macroeconômicos. A universalização do PIB per capita como indicador de desenvolvimento a partir da década de 1950 esteve associada diretamente aos seguintes fatores: trata-se de um dado disponível para a quase totalidade dos países, é uma variável de fácil entendimento, permite a elaboração de comparabilidades, relaciona-se a dimensões geralmente reconhecidas como parte integrante do processo

²³ Guimarães, José; IDH Indicadores Sintéticos e suas Aplicações em Políticas Públicas; Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais; V. 7, n. 1, 2005.

de desenvolvimento, tais como o crescimento econômico e a dinâmica demográfica (SEADE, 2002).

A constatação de que o crescimento econômico não provoca, por si só, uma evolução no nível de qualidade de vida da população levou à busca de novas informações e indicadores que fossem capazes de melhor refletir a melhoria do bem-estar da população do que o PIB per capita. Com efeito, ao longo do tempo, este indicador demonstrou uma série de desvantagens, dentre as quais cabe destacar: a incapacidade de refletir a distribuição da renda interna em cada unidade territorial, o fato de ser sensivelmente afetado pela variação cambial e o seu caráter unidimensional, ou seja, não capta outros aspectos essenciais, tais como: saúde, educação, meio ambiente, etc. Com o progressivo desgaste do PIB per capita como indicador do nível de desenvolvimento socioeconômico, os mais diversos pesquisadores e organismos internacionais passaram a propor e testar outros indicadores substitutos.

Entre as várias propostas desenvolvidas, os estudos realizados nos anos 1960 no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento das Nações Unidas (Unrisd) para a construção de um indicador quantitativo do nível de vida parecem ser aqueles que mais tarde viriam a influenciar de forma bastante decisiva a definição do IDH. Nesse contexto, surgem os Indicadores de Segunda Geração (aqueles predominantemente compostos), dos quais o IDH desponta como o mais popular e destacado substituto do PIB per capita como indicador de bem-estar de uma população. Desde 1990, sob a liderança pioneira do economista paquistanês Mahbub ul Haq e com base no enfoque de capacidades e titularidades de Amartya Sen, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) vem publicando relatórios anuais sobre as diversas dimensões do “desenvolvimento humano”. Para avaliar a evolução das condições de vida, o Relatório do Desenvolvimento Humano traz anualmente o cálculo do IDH, o qual permite comparar, através do tempo, a situação relativa dos países segundo as três dimensões mais elementares do “desenvolvimento humano”.

O IDH é um índice que busca mensurar o nível de desenvolvimento de um país sob uma perspectiva mais ampla do que a simples relação entre produto interno bruto e a população. Para tanto, incorpora as dimensões da longevidade e educação, combinadas mediante um procedimento aritmético simples. Para a dimensão renda,

adota-se um procedimento de cálculo mais complexo. Primeiramente, para poder comparar o valor do rendimento de distintos países entre si, este deve refletir a capacidade de compra em cada um deles; por essa razão, corrige-se o rendimento, expresso em dólares norte-americanos, com base na Paridade Poder de Compra (PPC). Em segundo lugar, o indicador deve refletir a existência de retornos decrescentes a escala no processo de transformação do rendimento em capacidades humanas, ou seja, para alcançar um nível elevado de desenvolvimento, não é necessário um rendimento ilimitado; por isso, utiliza-se no cálculo o logaritmo do rendimento.

Uma das características relevantes do IDH diz respeito ao reduzido número de dimensões utilizadas na construção do índice, o que serve para manter a simplicidade de seu entendimento, fato que se constitui em um item muito importante acerca de sua transparência e de simplicidade para transmitir seu significado a um público amplo e diversificado. Ademais, o IDH tem permitido a construção de modelos visuais que facilitam a comparação entre diferentes regiões ou diferentes períodos temporais. Outro argumento comumente utilizado em favor do IDH guarda relação com o fato de que os dados relativos aos componentes do índice são acessíveis em quase todos os países, o que possibilita, portanto, a comparação dos níveis de desenvolvimento humano entre países e a consequente elaboração do “ranking mundial de desenvolvimento humano.

Uma importante limitação do IDH, estreitamente vinculada ao plano das políticas públicas, guarda relação direta com o superdimensionamento deste índice, geralmente lastreado em um processo de negligenciamento do entendimento de que um indicador nada mais é do que a medida operacional do conceito. No que concerne a esta questão, (JANNUZZI, 2001) chama a atenção para o fato de que parece estar se consolidando em uma prática corrente a substituição do conceito indicado pela medida supostamente criada para operacionalizá-lo, principalmente no caso de conceitos abstratos como desenvolvimento humano e condições de vida. Assim, por exemplo, a avaliação da melhoria das condições de vida ou desenvolvimento humano em países, unidades da federação e municípios, reduz-se a uma apreciação da variação do indicador construído. Não tendo ocorrido modificação no indicador, depreende-se que não haveria eventuais avanços ou retrocessos das condições de

vida ou desenvolvimento humano, ainda que fossem realizados (ou não) esforços de políticas para mudança social em uma dimensão não contemplada pela medida, (MENDONÇA e SOUTO DE OLIVEIRA, 2001). Nesse sentido, conforme estes autores, perdura uma excessiva preocupação com a “operacionalização do fenômeno”; este processo acaba por produzir uma inversão, mediante a qual o indicador – medida operacional do conceito – termina por deslocar e ocupar o lugar do conceito. Logo, efetua-se a substituição do todo – o desenvolvimento humano considerado em suas múltiplas e complexas dimensões – pela parte – restrita às três dimensões contempladas pelo IDH.

Outro conjunto de limitações, segundo (JANNUZZI, 2001), vinculado ao IDH relaciona-se ao fato de que o processo de medição do desenvolvimento humano é baseado em grandes médias nacionais que terminam por ocultar as disparidades existentes no interior de cada país. Ainda que a desigualdade possa ser considerável entre os indicadores educacionais e de saúde (no caso, a esperança de vida), é na distribuição de renda que ela se manifesta de forma mais contundente. No Relatório do Desenvolvimento Humano de 1994, o PNUD calculou um IDH ajustado em função da distribuição de renda. A metodologia consistiu em dividir a participação dos 20% mais pobres na renda pela participação dos 20% mais ricos e multiplicar esse quociente pelo IDH geral do país, sendo obtido, assim, o IDH ajustado em razão da distribuição de renda.

Em que pesem as mais diversas limitações metodológicas, conceituais e inadequações de uso do IDH no âmbito das políticas públicas, não se pode deixar de reconhecer os efeitos positivos – e não antecipados – que a criação, a proposição e o uso dele tem gerado nas esferas técnicas e políticas do Brasil, por exemplo.

4.2.2 SOBRE O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO – IDESE

O Idese é um índice sintético, inspirado no IDH, que abrange um conjunto amplo de indicadores sociais e econômicos classificados em quatro blocos temáticos: educação; renda; saneamento e domicílios; e saúde.

Ele tem por objetivo mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado, de seus municípios e dos Coredes, a fim de informar a sociedade e orientar os governos (municipais e estadual) nas suas políticas socioeconômicas. O Idese varia de zero a um e, assim como o IDH, permite que se classifique o Estado, os municípios ou os Coredes em três níveis de desenvolvimento: baixo (índices até 0,499), médio (entre 0,500 e 0,799) ou alto (maiores ou iguais a 0,800).

A classificação quanto ao nível de desenvolvimento só é possível porque a escolha dos limites dos índices é feita com base em parâmetros internacionais (tal como adotado pela ONU em seu Índice de Desenvolvimento Humano - IDH), permitindo, assim, que as unidades geográficas às quais os índices se referem sejam classificadas quanto ao seu nível de desenvolvimento em relação a qualquer localidade (do mundo).

Uma vez obtidos os índices dos 12 indicadores de uma determinada unidade geográfica, os índices dos blocos do Idese dessa localidade serão gerados pela média aritmética ponderada dos índices dos indicadores que compõem cada bloco. E, finalmente, o Idese dessa região será obtido por média aritmética (com pesos iguais de 0,25 para cada bloco) dos índices dos quatro blocos.

No presente trabalho, optou-se por analisar a evolução do IDESE a partir do bloco saúde, composto pelo percentual de crianças com baixo peso ao nascer, esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade de menores de cinco anos; tendo os três índices componentes do bloco o mesmo peso (DOCUMENTOS FEE, n. 58).

4.2.3 BAIXO PESO AO NASCER

O indicador baixo peso ao nascer é definido pela OMS como aquele inferior a 2.500 g, considerado um indicador geral do nível de saúde de uma população por estar associado a suas condições socioeconômicas. Além de representar a qualidade de assistência à saúde reprodutiva da mulher, pois seus fatores causais são passíveis de controle na presença de atenção adequada à mulher em idade fértil.

4.2.4 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

Segundo definição da OMS é número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade. O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

4.2.5 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Apesar de este indicador estar presente na composição do IDESE, optou-se por fazer também uma análise individual deste índice dada a sua relevância e capacidade explicativa.

A taxa de mortalidade infantil é um dos melhores indicadores de situação de saúde e condições de vida²⁴. Ele pode ser desdobrado em três componentes principais de acordo com o perfil de causas básicas associadas a cada um dos períodos do primeiro ano de vida. O período neonatal precoce (0 a seis dias) é fortemente influenciado pelas condições de gestação e parto; o período neonatal tardio (7 a 29 dias) é marcado pela presença de alguns efeitos do parto e também pela presença de infecções; e finalmente o período pós-neonatal (30 a 364 dias), sensível às condições do meio ambiente onde a criança se desenvolve.

²⁴ SANTOS, J.; BARRADAS, R.; VIANNA, S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

É calculado, para o Estado do Rio Grande do Sul, pela Fundação de Economia e Estatística (FEE); corresponde ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

4.2.6 PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA – PIB PER CAPITA

É o valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ou seja, mede a produção do conjunto de setores da economia por habitante, indicando o nível de produção econômica em um território em relação ao seu contingente populacional. Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias situações de vida. As limitações residem na situação média deste indicador, pois pode estar condicionada por forte concentração de riqueza no estrato superior de renda, não deixando transparecer a existência de situações de pobreza extrema; além de as séries históricas defrontarem-se com eventuais mudanças da moeda nacional e perdas de seu poder aquisitivo. Para correção de tal limitação, as comparações intertemporais devem ser feitas com valores corrigidos pela inflação.

4.2.7 ARRECADAÇÃO MUNICIPAL DE TRIBUTOS E TRANSFERÊNCIAS SUS/ATENÇÃO BÁSICA

Optou-se por utilizar este indicador de tributos por acreditarmos que, a ESF, ao gerar melhora nos indicadores ditos de qualidade de vida, também pode trazer alguma influência positiva sobre a arrecadação dos municípios, por fomentar a atividade econômica local.

Os tributos municipais utilizados neste somatório são:

- Imposto predial e territorial urbano (IPTU) - é um tributo municipal, incidente sobre a propriedade, o domínio útil ou a posse de bem imóvel localizado na zona urbana do município.

- Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISSQN) - é um tributo municipal, incidente exclusivamente sobre serviços relacionados ao trabalho e a atividades legalmente consideradas como de prestação de serviços por empresas ou profissionais autônomos.

- Imposto sobre transmissão "inter vivos" de bens imóveis e de direitos reais sobre imóveis (ITIBI) - é um tributo municipal, incidente sobre a transmissão a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis e de direitos reais sobre os mesmos, exceto os de garantia, bem como sobre a cessão de direito.

- Imposto sobre a venda a varejo de combustível (ISVVC) - é um tributo municipal, incidente sobre a venda a varejo de combustíveis líquidos e gasosos, exceto óleo diesel, efetuada por qualquer estabelecimento.

- Outras receitas - abrange a correção monetária dos impostos, das taxas e da contribuição de melhoria.

- Taxas municipais - tem como fato gerador a existência de um serviço público específico, incluindo fiscalização, serviços diversos, licença para localização de atividades e execução de obras.

As transferências de recursos federais via SUS à Atenção Básica são efetuadas aos municípios e estados em gestão semiplena, plena de assistência municipal e plena de assistência básica, estipulado pela Comissão Intergestores Bipartite do estado, homologado pela SAS - Secretaria de Assistência à Saúde e publicado no Diário Oficial da União. Não estão contempladas neste grupo as transferências relativas a Ações Estratégicas, mesmo que de Atenção Básica.

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Neste capítulo serão apresentados os municípios selecionados no item 5.1 e os gráficos com as informações coletadas a respeito dos municípios juntamente com uma breve análise de cada gráfico no item 5.2.

5.1 SOBRE OS DADOS COLETADOS

Para a realização deste trabalho, foram selecionados municípios gaúchos com população de até cinco mil habitantes. Segundo a contagem populacional da FEE, no ano de 2004, 227 municípios do Estado do Rio Grande do Sul estavam incluídos neste grupo, equivalente a 6,5% da população do Estado. A justificativa para escolha de municípios de tal porte populacional está baseada em dados do Ministério da Saúde (2000) que apontam haver maior influência da ESF sobre os indicadores utilizados em municípios ditos de pequeno porte.

Nesta etapa, a proposta é realizar um estudo de caso exploratório e comparativo, servindo de piloto para teste da metodologia de avaliação. Os municípios selecionados foram divididos em dois grupos: o grupo I é composto por municípios com a ESF implantada em 2004 cobrindo 70% ou mais da população, são: Barra Funda, Gramado Xavier, Ibarama, Morrinhos do Sul e Santo Antônio do Planalto. O grupo II é composto por municípios selecionados em que a ESF tinha cobertura de menos de 70% em 2004, são: Chувиска, Fortaleza dos Valos, Itaara, Jacuizinho, Jaquirana, Lagoa Bonita do Sul, Muitos Capões, Poço das Antas, São João do Polêsine e Selbach. A justificativa para a utilização do ponto de corte de cobertura de 70%, encontra-se na avaliação do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) afirmando que esta proporção de cobertura, considerada alta, tem a capacidade de gerar melhores resultados quanto aos indicadores utilizados.

Os municípios presentes nesse estudo foram selecionados porque possuíam as informações e dados disponíveis sobre os indicadores para o período analisado. Foi

calculada a média das variações dos indicadores para os dois grupos de municípios. Os anos analisados como ponto de corte foram: 2003, um ano antes da implantação da ESF tanto para os municípios que alcançaram mais de 70% de cobertura quanto para os que não atingiram este patamar, e um ano após, 2005.

5.2 ANÁLISE DOS GRÁFICOS

Os gráficos abaixo mostram o comportamento dos indicadores selecionados para esse trabalho.

No gráfico dois temos o comportamento do indicador IDESE – Bloco Saúde no grupo de municípios selecionados que possuem 70% ou mais de cobertura da ESF.

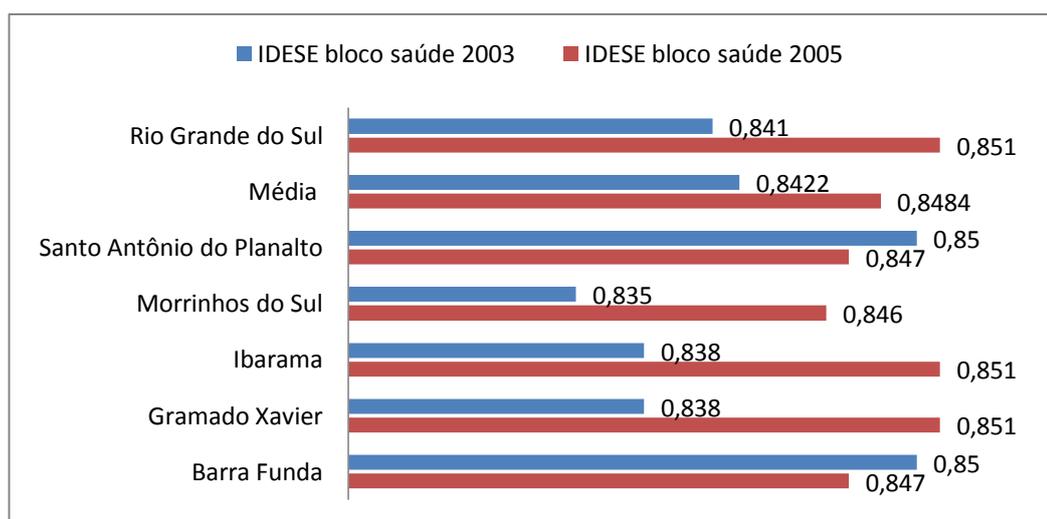


Gráfico 2 – Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

Fonte: IBGE / FEE. Elaboração Própria.

Podemos verificar através deste gráfico que, assim como no Rio Grande do Sul, a média dos municípios selecionados do grupo I, também aumentou. Dos cinco municípios deste grupo, dois obtiveram queda neste indicador, Santo Antônio do Planalto e Barra Funda, enquanto os outros três lograram melhoras, com destaque para Ibarama e Gramado Xavier, que obtiveram um crescimento do índice de aproximadamente 1,55%.

No gráfico abaixo temos o comportamento do indicador IDESE – Bloco Saúde no grupo de municípios selecionados que possuem menos de 70% de cobertura da ESF.

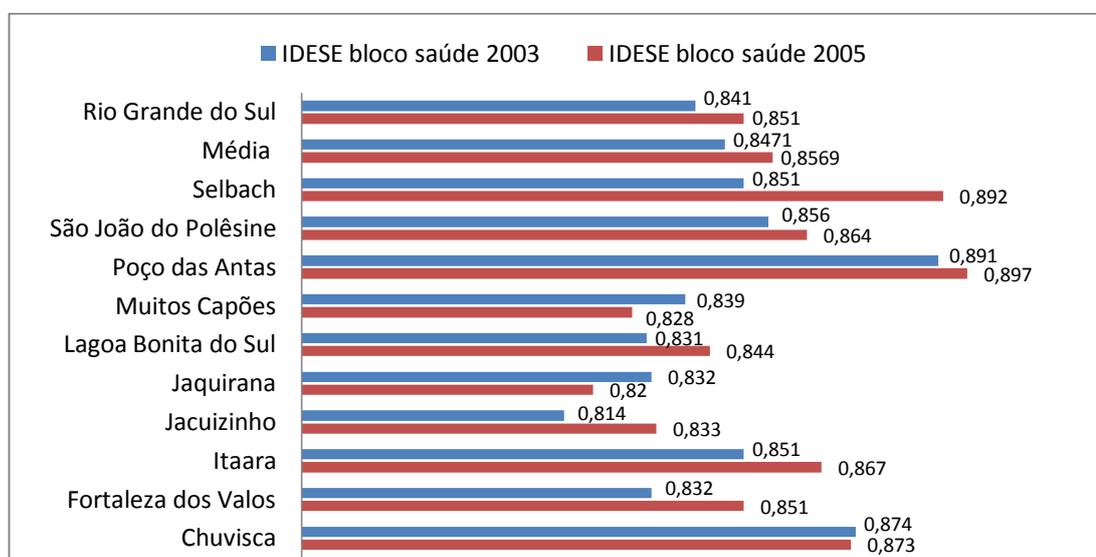


Gráfico 3 - Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

Fonte: IBGE / FEE. Elaboração Própria.

Assim como no Estado e no grupo I, verificamos que no grupo de municípios com menos de 70% de cobertura da ESF, a média do IDESE - Bloco Saúde também melhorou. Do total de municípios do grupo II, três diminuíram seus índices. Os

outros sete obtiveram melhoras, destacando-se o município de Selbach, com um crescimento do indicador de aproximadamente 4,8%.

Comparando-se o comportamento do indicador entre os dois grupos, podemos concluir que tanto os municípios com 70% ou mais de cobertura quanto os com menos, no período analisado, obtiveram uma pequena melhora em seus índices, acompanhando a tendência do Estado. Em termos percentuais, os municípios do grupo I obtiveram uma variação média de aproximadamente 0,75% enquanto os do grupo II variaram, em média, 1,15%. Já no Estado, no que se refere a este indicador, houve uma variação de aproximadamente 1,20%. O que chama atenção na análise comparada dos dois gráficos, é que ao contrário do esperado, os municípios do grupo I não lograram melhores resultados quanto ao indicador, quando comparados aos do grupo II.

No gráfico abaixo apresentamos a variação do coeficiente de mortalidade infantil nos municípios selecionados com 70% ou mais de cobertura da ESF.

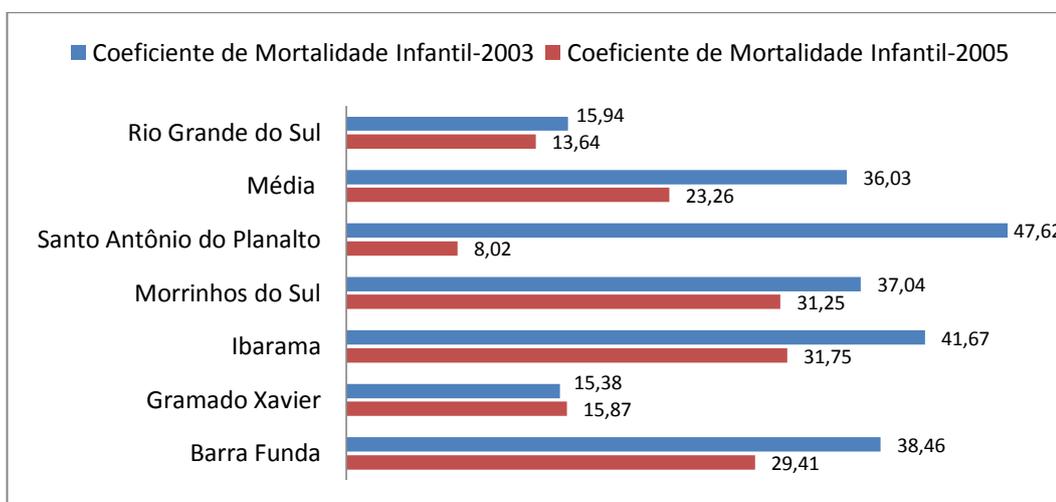


Gráfico 4 – Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

Fonte: IBGE/FEE. Elaboração Própria.

Podemos notar que, tanto o Rio Grande do Sul quanto a média dos municípios do grupo I, melhoraram seus coeficientes de mortalidade infantil. Dos cinco municípios, apenas um – Gramado Xavier - não obteve melhora no índice, ficando praticamente estável. Santo Antônio do Planalto logrou uma relevante melhora no índice, contribuindo de forma significativa para a média do grupo.

No gráfico seguinte é apresentada a variação do coeficiente de mortalidade infantil nos municípios selecionados com menos de 70% de cobertura.

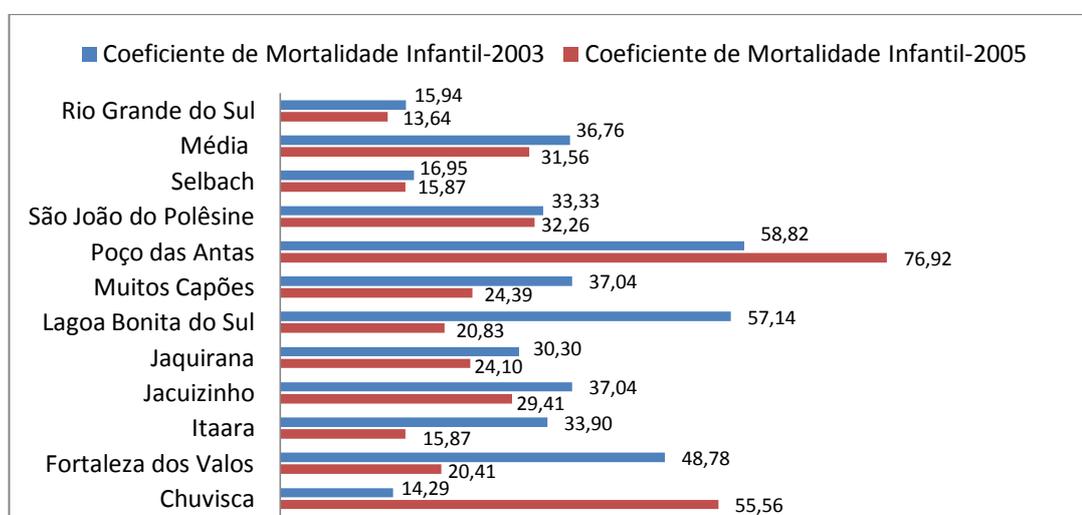


Gráfico 5 – Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

Fonte: IBGE/FEE. Elaboração Própria.

Bem como no Rio Grande do Sul e nos municípios selecionados do grupo I, a média deste grupo também melhorou. Entretanto, dois municípios merecem destaque pelo fato de terem apresentado significativas pioras no coeficiente; Poço das Antas e Chувиска, com uma piora de 71% e 290%, respectivamente.

Pela análise comparativa dos gráficos dos dois grupos, podemos presumir, que quanto ao indicador mortalidade infantil, há uma significativa diferença da variação entre os municípios com mais de 70% de cobertura e com menos, ainda que a maioria dos municípios dos grupos tenham também acompanhado a tendência de queda do indicador observada no Estado como um todo. Em termos percentuais, a variação nos municípios com mais de 70% de cobertura foi de (28,6%), já nos municípios com menos de 70% de cobertura foi de (14,14%). No Estado, a variação foi de aproximadamente (14,43%). Cabe salientar, que dado o fato de serem de pequeno porte, muitas vezes, a ocorrência de uma ou duas mortes infantis tem um peso relativamente grande no cômputo deste índice. Porém, esta diferença relativamente grande entre os índices dos grupos de municípios, pode nos levar a acreditar que existe influência da Estratégia Saúde da Família.

No gráfico seguinte temos o comportamento do PIB per capita nos municípios do grupo I.

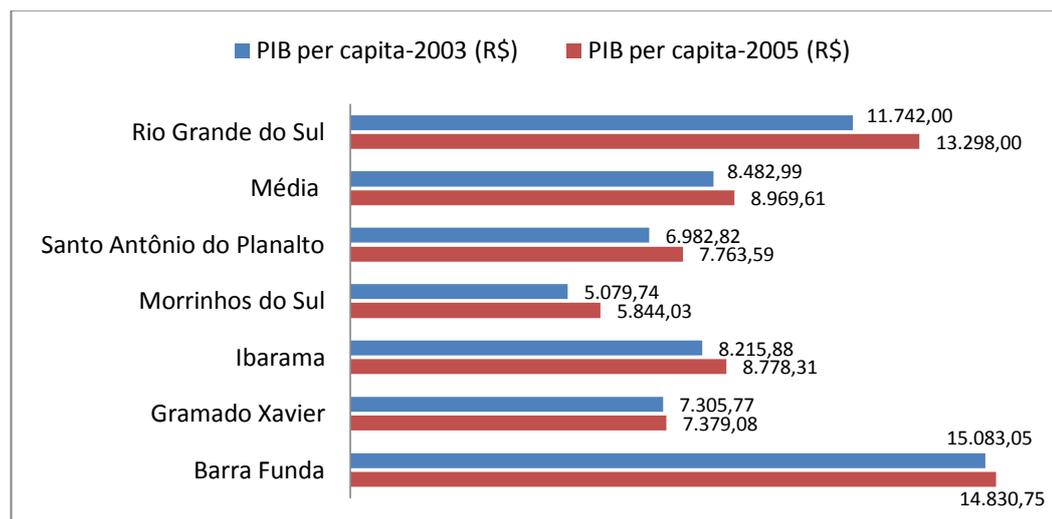


Gráfico 6 – Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

Fonte: IBGE/FEE. Elaboração Própria.

Podemos verificar pelo gráfico acima, que na média e em todos os municípios do grupo, houve crescimento do produto per capita, seguindo a tendência do Estado.

No gráfico abaixo observaremos o comportamento do PIB *per capita* no grupo de municípios com menos de 70% de cobertura da ESF.

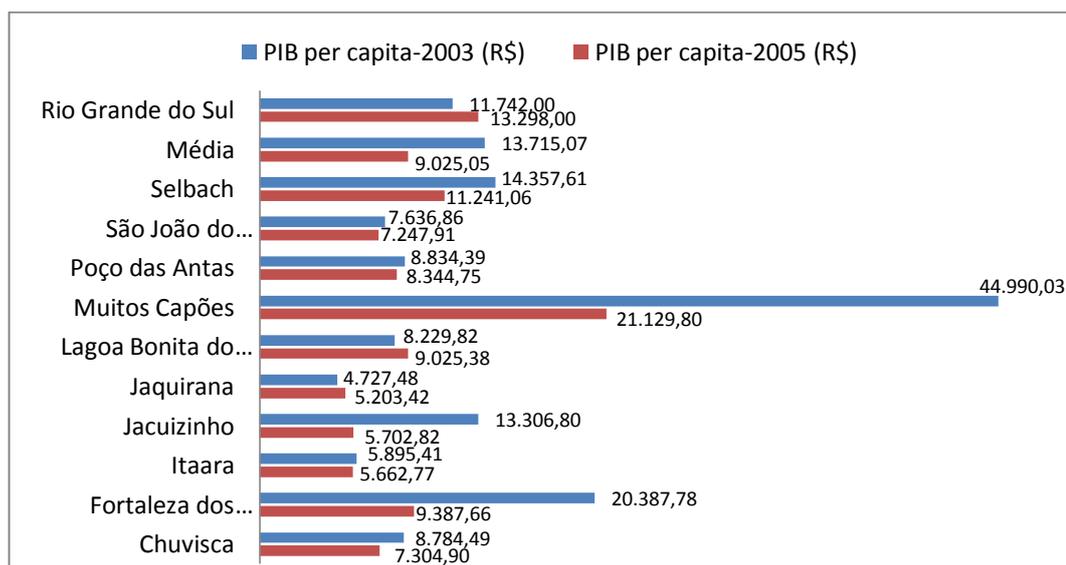


Gráfico 7 – Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

Fonte: FEE. Elaboração Própria.

Analisando este gráfico podemos perceber que, diferentemente do Estado e do grupo I, os municípios selecionados com menos de 70% de cobertura da ESF, apresentaram, em média, queda na renda per capita. Cabe salientar a grande variação do indicador nos municípios de Muitos Capões e Fortaleza do Valos, com uma queda de aproximadamente 53% e 54%, respectivamente.

Conforme observação dos gráficos dos dois grupos de municípios concernentes ao PIB per capita, é possível notar que os municípios com 70% ou mais

de cobertura observaram um sensível crescimento quanto ao indicador, assim como o Rio Grande do Sul. Vale ressaltar que mesmo com o aumento do PIB per capita do grupo I de municípios, ainda sim não atingem o patamar de rendimentos percebido no Estado. Quanto ao grupo com menos de 70% de cobertura, verifica-se, na média, uma queda de aproximadamente 20% no PIB per capita, que pode ser creditada às bruscas variações nos municípios de Fortaleza dos Valos, Jacuizinho e, principalmente, em Muitos Capões. Em termos percentuais, a média de crescimento do grupo I foi de, aproximadamente, 7,2%; no Estado, este crescimento foi de 13,25%, enquanto no grupo II houve um decréscimo de aproximadamente 20%.

A maior parte dos municípios selecionados com menos de 70% de cobertura, diminui o PIB per capita no período analisado, isto pode estar nos indicando piores condições deste grupo para realizar o conjunto de ações necessárias ao desenvolvimento econômico.

Apresentamos no gráfico abaixo o comportamento da arrecadação municipal de impostos do grupo I.

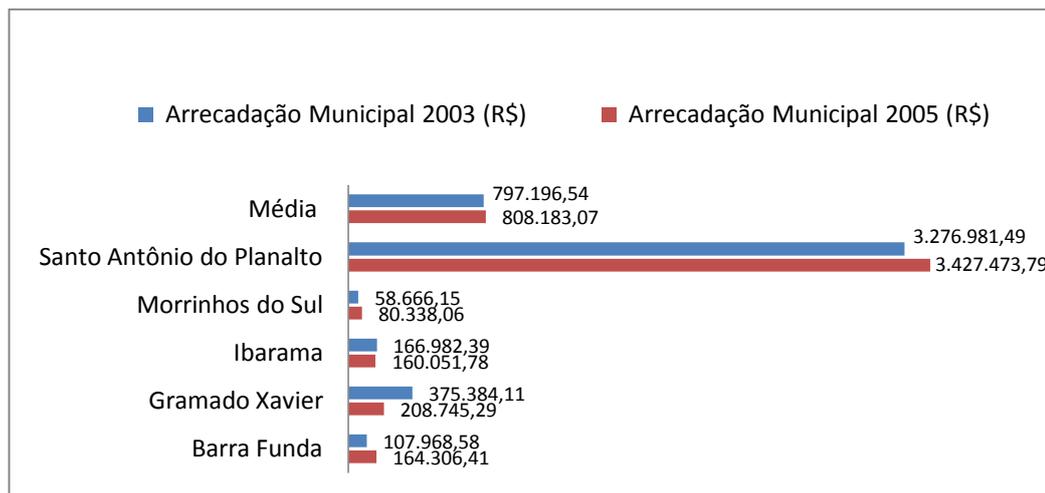


Gráfico 8 – Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

Fonte: IBGE/FEE. Elaboração Própria.

Analisando este gráfico, podemos observar que, em média, os municípios deste grupo apresentaram um pequeno aumento na sua arrecadação de impostos. Cabe ressaltar a arrecadação do município de Gramado Xavier, que percebeu uma significativa queda neste indicador.

No gráfico abaixo, analisaremos o comportamento da arrecadação municipal nos municípios do grupo II.

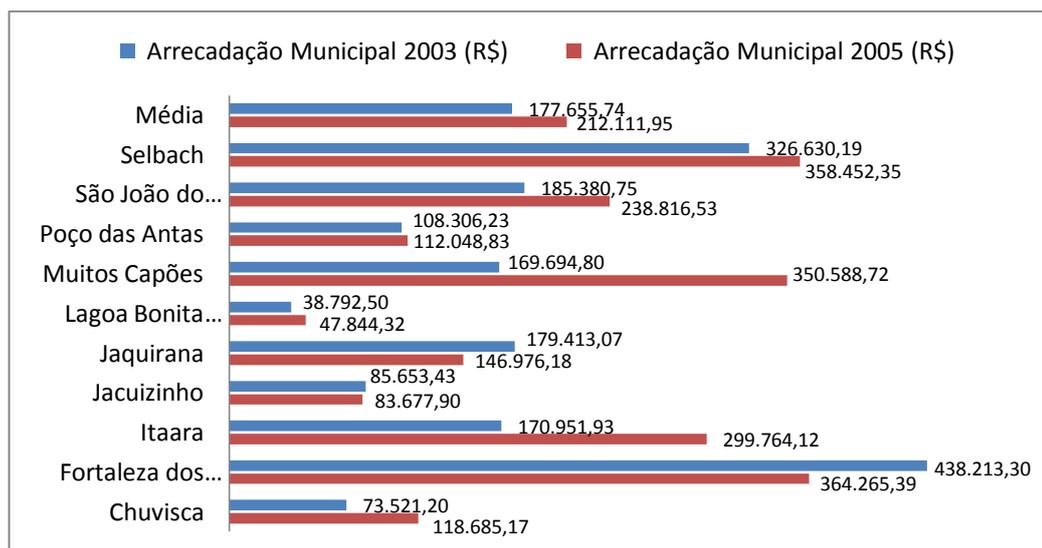


Gráfico 9 - Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

Fonte: IBGE/ FEE. Elaboração Própria.

É possível perceber pelo gráfico, que em média os municípios desse grupo obtiveram uma maior arrecadação de impostos no ano de 2005. Cabe destaque aos dois municípios com grande aumento em suas arrecadações; Muitos Capões e Itaara.

A análise comparativa do indicador arrecadação municipal de impostos pode ser importante para identificar aqueles municípios com maior capacidade de financiamento de políticas públicas.

Nos municípios selecionados com 70% ou mais de cobertura, o indicador, em média, cresceu 9%; no outro grupo esse crescimento foi maior, de aproximadamente, 27%. Analisando do ponto de vista da Atenção Básica em saúde, curiosamente, os municípios que aumentaram significativamente sua arrecadação, e assim poderiam financiar políticas públicas, não estão fazendo para a Atenção em Saúde.

No gráfico abaixo observaremos as mudanças nas transferências do SUS para Atenção Básica nos municípios do grupo I.

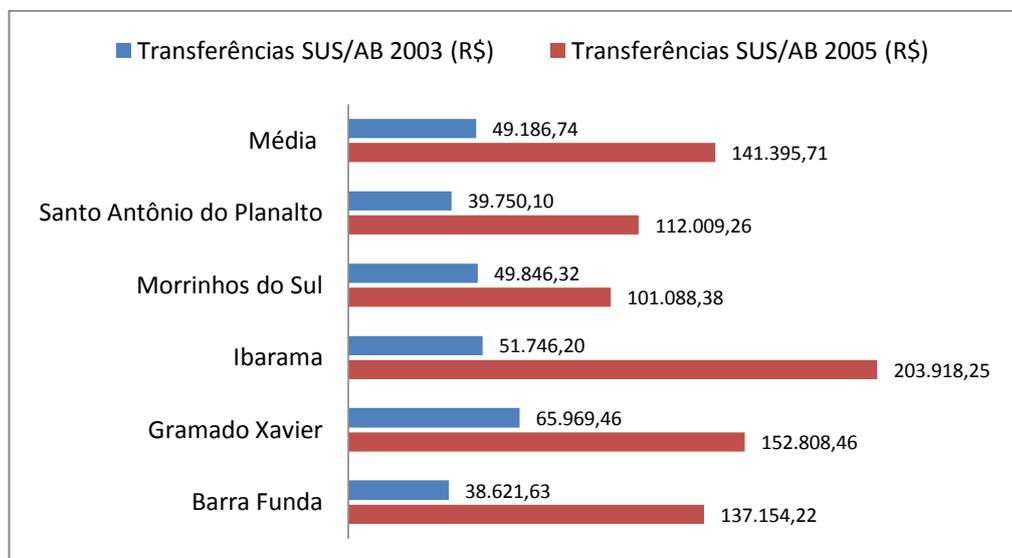


Gráfico 10 – Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com mais de 70% de cobertura da ESF – Grupo I.

Fonte: IBGE/ FEE. Elaboração Própria.

Observa-se que em todos os municípios do grupo as transferências tiveram um significativo crescimento no período, sendo que a maioria praticamente triplicou o volume de recursos recebidos da União via transferências do SUS.

No gráfico abaixo observaremos as mudanças nas transferências do SUS para Atenção Básica nos municípios do grupo II.

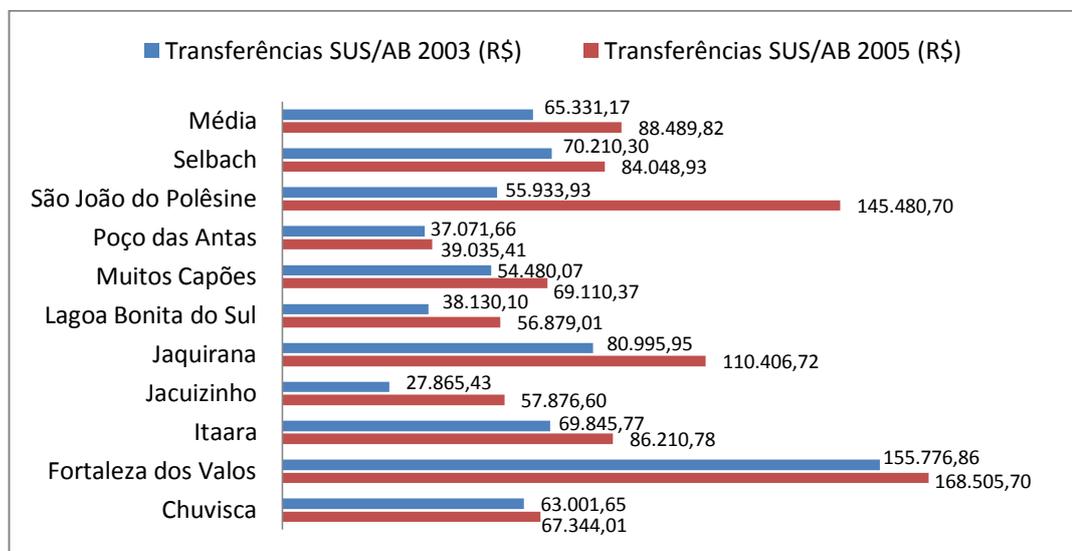


Gráfico 11 – Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

Fonte: IBGE/ FEE. Elaboração Própria.

Assim como os municípios do grupo I, os municípios com menos de 70% de cobertura da ESF também lograram crescimento no volume de transferências, entretanto esse crescimento foi significativamente menor; isto pode ser explicado pelo fato de não haver a alta cobertura da ESF.

Pela análise comparativa dos dois grupos, fica claro que a implantação da ESF cobrindo 70% ou mais da população garante um maior aporte de recursos via transferências para a Atenção Básica. Isso se justifica pelo fato de que os municípios do grupo I, em tese, necessitam de mais recursos por atenderem mais cidadãos através da Atenção Básica.

6 CONCLUSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi observar o comportamento de alguns indicadores sociais e econômicos e captar as possíveis influências da política pública de Atenção Básica da saúde, a Estratégia Saúde da Família.

Saúde é um conceito complexo, com múltiplas significações; assim, a realização da discussão acerca de suas conexões com o processo de desenvolvimento é tarefa difícil.

Pelos dados analisados percebe-se que houve melhoras nos indicadores dos dois grupos de municípios. No entanto, em média, o crescimento dos indicadores foi menor no grupo com menos de 70% de cobertura da ESF. Podendo sugerir a importância de políticas de atenção em saúde, com alta cobertura da população, na modificação dos indicadores.

É possível perceber, que quanto aos indicadores mortalidade infantil e PIB *per capita*, nos municípios selecionados em que a ESF tem mais de 70% de cobertura houve uma significativa melhora em comparação aos com menos de 70%; explicitando uma possível tendência de que a melhora nesses índices esteja relacionada à política de Atenção Básica à saúde, o que reforça a percepção da influência desta política pública.

O grande aumento no volume de transferências recebidos pelos municípios do grupo I, nos mostra que estes municípios, podem, de fato, estar utilizando essa verba para financiar as políticas de Atenção Básica em saúde, que tem encontrado respaldo nas melhoras dos indicadores utilizados nesta pesquisa.

Os municípios selecionados com menos de 70% de cobertura apresentaram maior variação positiva da arrecadação municipal de impostos, sendo este um fato inesperado e merecedor de maior investigação.

Este trabalho atingiu seu propósito apontando tendências no comportamento dos indicadores, podendo assim, conduzir os rumos de investigação do projeto maior do qual faz parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEMOGLU, D.; ROBINSON J. Persistence of Power, elites, and institutions. **American Economic Review**, Pittsburgh, PA: 2008.

AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005

ALMEIDA, C. Saúde e Equidade nas Reformas Contemporâneas. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 6 - 21, 2000.

_____. A questão democrática na Saúde. In: Fleury, S. M. T. (Org.). **Saúde e Democracia: a Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25-41.

BARRADAS, B. R. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

BIELSCHOWSKY, R. (Org.). **Cinquenta anos de pensamento na Cepal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BIELSCHOWSKY, R. **Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.

BLEAKLEY, H. Disease and Development: evidence from Hookworm eradication in the American South. **Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, MA: MIT Press, 2007.

BLOOM, D.; CANNING, D. Health as Human Capital and Its Impact on Economic Performance. **Geneva Papers on Risk and Insurance**. Geneva: 2003.

BRASIL, Constituição Federal do Brasil, artigos 195 a 200 de 05 de outubro de 1988. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000 – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar - PNAD (Resultados preliminares da amostra)**. Rio de Janeiro: 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 200 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

BUSTELO, P. **Teorías Contemporáneas del Desarrollo Económico**. Madrid: Síntesis, 1999. 303 p.

Commission on Social Determinants of Health. **Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences**. Geneva: WHO, 2005.

DATASUS. **Informações Financeiras**. Brasília: Ministério da Saúde 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?recsus/cnv/rsrs.def>. Acesso em 19/10/2010.

DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 20/10/2010.

DEATON, A. Global Patterns of Income and Health: facts, interpretations and policies. NBER Working Paper, **National Bureau of Economic Research**, Cambridge, MA, 2006.

DRÈZE, J.; SEN, A. **Hunger and public action**. New York: Oxford University Press, 1989. 383 p.

FEEDADOS. **Indicadores municipais**. Porto Alegre: FEE 2010. Disponível em: http://www.fee.tc.br/feedados/consulta/sel_modulo_pesquisa.asp. Acesso em: 22/08/2010.

FURTADO, C. Desenvolvimento e Subdesenvolvimento. In: _____
BIELSCHOWSKY, R. **Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. esp., p. 11 – 23, 2006.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.71, p. 327 – 338, 2005.

GALLO, E. et al. Saúde, Desenvolvimento e Globalização. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.71, p. 315 – 326, 2007.

GIOVANELLA L. A Atenção Primária à Saúde nos Países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, 2006.

GUIMARÃES, J. IDH Indicadores Sintéticos e suas Aplicações em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 7, n. 1, 2005.

GUIMARÃES, J; JANNUZZI, P. M. **Indicadores sintéticos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas: limites e legitimidades.** 2004.

Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_296.pdf.

Acesso em: 01/11/2010.

Índice de Desenvolvimento Socioeconômico do RS (IDESE) — 1991-00.

Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. Porto Alegre: FEE, 2003. (Documentos FEE; n. 58) 31p.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações.**

Campinas:

Alínea, PUC-Campinas, 2001.

KAYANO, J; CALDAS, E. L. **Indicadores para o diálogo.** São Paulo: Pólis;

Programa Gestão Pública e Cidadania. EAESP/FGV, 2001.

KEYNES, J. M. **Teoria Geral do Emprego, do Juro e do dinheiro.** Rio de Janeiro:

Fundo de Cultura, 1970.

MANCERO, X. **La medición del desarrollo humano: elementos de un debate.**

Santiago de Chile: Cepal, 2001.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
167 p.

MENDONÇA, L. E; SOUTO DE OLIVEIRA, J. Pobreza e desigualdade:
repensando

pressupostos. **Observatório da Cidadania**, Rio de Janeiro, n.5, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72 – 87, 2006.

MOREL, C. M. A Pesquisa em Saúde e os Objetivos do Milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261 – 270, 2004.

SOUZA, N. de J. Conceito de desenvolvimento econômico. In: SOUZA, N. de J. **Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 5 – 9.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (coord.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão em saúde**. Brasília: IPEA, 2002. 293 p.

PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. **Relatório Anual de Desenvolvimento Humano**, Brasília: PNUD, 1997.

PRESTON, S. H. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. **Population Studies** 29 (2): 231 – 48, 1975.

PRITCHETT, L.; SUMMERS, L. H. Wealthier is Healthier. **Journal of Human Resources**, Madison (WI), v.31, n. 4, 1996.

Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. **Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS**. Washington, DC: PAHO, 2005.

RIGHI, L. et al. **Saúde e desenvolvimento: interconexões, re-orientação dos serviços de saúde e desenvolvimento regional**. Estudo multicêntrico conduzido pelo Ministério da Saúde – UNESCO, em parceria com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Planejamento e Gestão, **Indicadores do Futuro**. Relatório 2010.

SEADE. Monitoração de prioridades de desenvolvimento com equidade social. In: _____ KEINERT, T.; KARRUZ, A. P. (Org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologia**. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2002.

SCHULTZ, P. Chapter 3. Productivity Benefits of Health: evidence from low-income countries. In: _____ (Ed.). **Health and Economic Growth**. Cambridge, MA: MIT Press, 2005.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 409 p.

SEN, A. **Sobre ética e economia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 144 p.

SUDHIR, A.; RAVAILLON, M. Human Development in Poor Countries: on the role of private incomes and public services. **Journal of Economic Perspectives**. v. 7, n. 1. p.133-150.

SWEEZY, P. **Teoria do desenvolvimento capitalista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TAVARES, M. C. Auge e declínio do processo de substituição de importações no Brasil. **Boletín Económico de América Latina**, v. 9, n. 1, 1964.

United Nations Development Report. **Human Development Report**. New York: Oxford University Press, 2003.

VASCONCELOS M.P.C. Reflexões sobre a saúde da família. In: _____ Mendes E. V. (Org.) **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

WHO (World Health Organization). **Report of the Commission on Macroeconomics and Health**. Geneva: WHO, 2001.

WHO Health and Sustainable development: addressing the issues and challenges, Geneva, WHO, 2002.

ANEXOS

Tabela 1 – Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

	IDESE bloco saúde 2003	IDESE bloco saúde 2005
Barra Funda	0,85	0,847
Gramado Xavier	0,838	0,851
Ibarama	0,838	0,851
Morrinhos do Sul	0,835	0,846
Santo Antônio do Planalto	0,85	0,847
Média	0,8422	0,8484
Rio Grande do Sul	0,841	0,851

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Comportamento do IDESE – Bloco Saúde (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

	IDESE bloco saúde 2003	IDESE bloco saúde 2005
Chuívisca	0,874	0,873
Fortaleza dos Valos	0,832	0,851
Itaara	0,851	0,867
Jacuzinho	0,814	0,833
Jaquirana	0,832	0,82
Lagoa Bonita do Sul	0,831	0,844
Muitos Capões	0,839	0,828
Poço das Antas	0,891	0,897
São João do Polêsine	0,856	0,864
Selbach	0,851	0,892
Média	0,8471	0,8569
Rio Grande do Sul	0,841	0,851

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

	Coeficiente de Mortalidade Infantil-2003	Coeficiente de Mortalidade Infantil-2005
Barra Funda	38,46	29,41
Gramado Xavier	15,38	15,87
Ibarama	41,67	31,75
Morrinhos do Sul	37,04	31,25
Santo Antônio do Planalto	47,62	8,02
Média	36,03	23,26
Rio Grande do Sul	15,94	13,64

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 – Comportamento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

	Coeficiente de Mortalidade Infantil-2003	Coeficiente de Mortalidade Infantil-2005
Chuívisca	14,29	55,56
Fortaleza dos Valos	48,78	20,41
Itaara	33,90	15,87
Jacuizinho	37,04	29,41
Jaquirana	30,30	24,10
Lagoa Bonita do Sul	57,14	20,83
Muitos Capões	37,04	24,39
Poço das Antas	58,82	76,92
São João do Polêsine	33,33	32,26
Selbach	16,95	15,87
Média	36,76	31,56
Rio Grande do Sul	15,94	13,64

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 – Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

	PIB per capita-2003 (R\$)	PIB per capita-2005 (R\$)
Barra Funda	R\$ 14.830,75	R\$ 15.083,05
Gramado Xavier	R\$ 7.305,77	R\$ 7.379,08
Ibarama	R\$ 8.215,88	R\$ 8.778,31
Morrinhos do Sul	R\$ 5.079,74	R\$ 5.844,03
Santo Antônio do Planalto	R\$ 6.982,82	R\$ 7.763,59
Média	R\$ 8.482,99	R\$ 8.969,61
Rio Grande do Sul	R\$ 11.742,00	R\$ 13.298,00

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 – Comportamento do PIB per capita (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

	PIB per capita-2003 (R\$)	PIB per capita-2005 (R\$)
Chuívisca	R\$ 8.784,49	R\$ 7.304,90
Fortaleza dos Valos	R\$ 20.387,78	R\$ 9.387,66
Itaara	R\$ 5.895,41	R\$ 5.662,77
Jacuizinho	R\$ 13.306,80	R\$ 5.702,82
Jaquirana	R\$ 4.727,48	R\$ 5.203,42
Lagoa Bonita do Sul	R\$ 8.229,82	R\$ 9.025,38
Muitos Capões	R\$ 44.990,03	R\$ 21.129,80
Poço das Antas	R\$ 8.834,39	R\$ 8.344,75
São João do Polêsine	R\$ 7.636,86	R\$ 7.247,91
Selbach	R\$ 14.357,61	R\$ 11.241,06
Média	R\$ 13.715,07	R\$ 9.025,05
Rio Grande do Sul	R\$ 11.742,00	R\$ 13.298,00

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7 – Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com 70% ou mais de cobertura da ESF – Grupo I.

	Arrecadação Municipal -2003 (R\$)	Arrecadação Municipal – 2005 (R\$)
Barra Funda	R\$ 107.968,58	R\$ 164.306,41
Gramado Xavier	R\$ 375.384,11	R\$ 208.745,29
Ibarama	R\$ 166.982,39	R\$ 160.051,78
Morrinhos do Sul	R\$ 58.666,15	R\$ 80.338,06
Santo Antônio do Planalto	R\$ 3.276.981,49	R\$ 3.427.473,79
Média	R\$ 797.196,54	R\$ 808.183,07

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 8 - Arrecadação municipal de impostos (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

	Arrecadação Municipal -2003 (R\$)	Arrecadação Municipal – 2005 (R\$)
Jaquirana	R\$ 179.413,07	R\$ 146.976,18
Lagoa Bonita do Sul	R\$ 38.792,50	R\$ 47.844,32
Itaara	R\$ 170.951,93	R\$ 299.764,12
São João do Polêsine	R\$ 185.380,75	R\$ 238.816,53
Poço das Antas	R\$ 108.306,23	R\$ 112.048,83
Chувиска	R\$ 73.521,20	R\$ 118.685,17
Selbach	R\$ 326.630,19	R\$ 358.452,35
Muitos Capões	R\$ 169.694,80	R\$ 350.588,72
Fortaleza dos Valos	R\$ 438.213,30	R\$ 364.265,39
Jacuzinho	R\$ 85.653,43	R\$ 83.677,90
Média	R\$ 177.655,74	R\$ 212.111,95

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9 – Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com mais de 70% de cobertura da ESF – Grupo I.

	Transferências SUS/AB 2003 (R\$)	Transferências SUS/AB 2005 (R\$)
Barra Funda	38.621,63	137.154,22
Gramado Xavier	65.969,46	152.808,46
Ibarama	51.746,20	203.918,25
Morrinhos do Sul	49.846,32	101.088,38
Santo Antônio do Planalto	39.750,10	112.009,26
Média	49.186,74	141.395,71

Tabela 10 – Comportamento das Transferências SUS/Atenção Básica (2003 – 2005) nos municípios com menos de 70% de cobertura da ESF – Grupo II.

	Transferências SUS/AB 2003 (R\$)	Transferências SUS/AB 2005 (R\$)
Chuívisca	63.001,65	67.344,01
Fortaleza dos Valos	155.776,86	168.505,70
Itaara	69.845,77	86.210,78
Jacuizinho	27.865,43	57.876,60
Jaquirana	80.995,95	110.406,72
Lagoa Bonita do Sul	38.130,10	56.879,01
Muitos Capões	54.480,07	69.110,37
Poço das Antas	37.071,66	39.035,41
São João do Polêsine	55.933,93	145.480,70
Selbach	70.210,30	84.048,93
Média	65.331,17	88.489,82

