

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO - PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO – PNAP/UAB
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

THIAGO STREY SOARES

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL:
EVOLUÇÃO, DEMANDA E PERSPECTIVAS.**

Porto Alegre, Maio de 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO - PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO – PNAP/UAB
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

THIAGO STREY SOARES

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL:
EVOLUÇÃO, DEMANDA E PERSPECTIVAS.**

"Trabalho de Conclusão do Curso de especialização apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública".

Tutor: Felipe Amaral Borges

Orientadora: Rosimeri de Fátima Carvalho da Silva

Porto Alegre, Maio de 2015

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pelas bênçãos alcançadas, e, por apesar dos obstáculos, iluminar meu caminho e fazer com que tudo desse certo.

À minha esposa, Fátima, pela ajuda na escolha no tema deste trabalho, e por me incentivar a continuar me qualificando, sendo compreensiva e estando sempre ao meu lado. Te amo muito!

À UFRGS, por disponibilizar aos servidores públicos meios para se qualificarem, acreditando que este aprendizado pode ser utilizado para melhorar a Gestão Pública nos meios em que atuamos.

À professora Rosimeri de Fátima Carvalho da Silva, pela paciência e ajuda na construção deste trabalho.

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso de Especialização
Programa de Especialização em Administração – PNAP/UAB
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL: EVOLUÇÃO, DEMANDA E PERSPECTIVAS.

AUTOR: THIAGO STREY SOARES
ORIENTADORA: ROSIMERI DE FÁTIMA CARVALHO DA SILVA

As políticas públicas compreendem um conjunto de decisões e ações direcionadas à solução de problemas políticos. Já a política de saúde depende de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes atores sociais para ser executada. Assim, é importante estar atento para perceber as necessidades da população e como a transição demográfica influencia na concepção de novos programas e ações para promover a saúde. Deste modo, o objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica através de dados disponíveis em instituições e departamentos de pesquisas, a fim de avaliar os vários indicadores sociais e registros administrativos referentes ao nosso estado. Observou-se que o Rio Grande do Sul apresenta crescimento populacional abaixo da média brasileira, expectativa de vida superior ao restante dos estados e uma tendência de envelhecimento da população. Os recursos financeiros aplicados em saúde estão abaixo da meta estabelecida em lei, embora tenham aumentado nos últimos anos. Há leitos hospitalares, profissionais e equipamentos de diagnóstico por imagem em números adequados aos parâmetros estabelecidos pelo ministério da saúde, embora isto não queira dizer que estão bem distribuídos para atender toda a demanda. Além disso, a busca por planos de saúde tem aumentado a cada ano. Conclui-se, portanto, que o Rio Grande do Sul investe prioritariamente na atenção básica, como se pode ver nos bons indicadores de cobertura de vacinação, e não tem conseguido acompanhar o aumento da demanda por atendimento hospitalar. Uma das consequências é que os cidadãos precisam recorrer à saúde suplementar para ter a sua demanda atendida.

Palavras chave: Políticas públicas, gestão em saúde, Rio Grande do Sul.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Taxa de crescimento anual da população do RS (1950 a 2010).....	27
Figura 2: Taxa de fecundidade.....	28
Figura 3: Evolução da expectativa de vida ao nascer no RS e BR 2000-2013 (nº de anos)	29
Figura 4: Evolução da urbanização do Rio Grande do Sul (1970 a 2010)	30
Figura 5: Variação do PIB e do RLIT investidos em saúde	32
Figura 6: Perfil dos Estados 2013 – Gastos com saúde.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução da população urbana e rural do Rio Grande do Sul	30
Tabela 2: % do PIB e da RLIT aplicados em saúde no RS	31
Tabela 3: Evolução do IDHM do Rio Grande do Sul 1991-2000-2010	34
Tabela 4: Indicadores de saúde coletiva	35
Tabela 5: Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada.....	35
Tabela 6: Evolução de Leitos Hospitalares, segundo IBGE	36
Tabela 7: Evolução de Leitos Hospitalares, segundo Ministério da Saúde	37
Tabela 8: Número de Leitos x Internações	38
Tabela 9: Equipamentos de Imagem por 1.000 habitantes	39
Tabela 10: Evolução dos Recursos Humanos na área da Saúde.....	39
Tabela 11: Proporção da população coberta por Plano de Saúde	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

API – Avaliação do Programa de Imunizações

CES – Conselho Estadual de Saúde

CGPNI – Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESTADIC – Pesquisa de Informações Básicas Estaduais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores Básicos de Saúde

IDHM – Índice Nacional de Desenvolvimento Humano Municipal

IPEA – Instituto de Pesquisas Aplicadas

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNS – Pesquisa Nacional da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RLIT – Receita Líquida de Impostos e Transferências

RS – Rio Grande do Sul

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GERAL	13
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	13
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	15
3.1 REVISÃO TEÓRICA	15
3.1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE	15
3.1.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE E SUA RELEVÂNCIA ECONÔMICA.....	16
3.1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES	18
3.1.3.1 O SANEAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA	19
3.1.3.2 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, FECUNDIDADE E MORTALIDADE .	19
3.1.3.3 A VACINAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
3.1.3.4 O IDHM E A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA.....	22
3.1.3.5 OS RECURSOS PARA ATENDIMENTO DA SAÚDE	22
3.1.3.5.1 LEITOS HOSPITALARES E EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	22
3.1.3.5.2 PROFISSIONAIS HABILITADOS	24
3.1.3.5.3 ENTIDADES PRIVADAS NO SISTEMA DE SAÚDE	25
3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO A	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado pela relevância do tema perante a sociedade, que requisita aos seus governantes maior empenho e qualidade para atender às demandas desta política pública tão importante. A saúde, assim como a educação, são políticas essenciais e tratadas com prioridade pelo Governo, tendo recebido investimentos e sendo alvo de “Pactos” para que haja melhoria na prestação destes serviços.

A escolha do tema tem a ver com os questionamentos constantes relacionados ao atendimento precário e a fragilidade do serviço de perante a demanda existente, além de verificar como tem evoluído a gestão financeira para atender esta política no estado do Rio Grande do Sul. Ainda, relacionar a realidade desta política e a previsão para o seu futuro, visto que há um processo de envelhecimento da população e, a tendência natural, seria haver cada vez mais a necessidade de investimentos e qualificação do serviço perante o seu uso crescente.

Para ajudar neste planejamento e medir a qualidade e necessidade dos serviços de saúde, são utilizadas diversas fontes de dados, entre as quais destaca-se o Datasus e o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que através de informações de registros administrativos e pesquisas populacionais conseguem mostrar a realidade do serviço. Assim, usando informações provenientes de registros administrativos do Ministério da Saúde, e das pesquisas PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Censo Demográfico, AMS – Assistência Médico Sanitária e PNS – Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, buscar-se-á projetar a presença da saúde na vida da população brasileira a partir da visualização dos problemas existentes. Segundo o IBGE (2010a), o crescimento populacional está atingindo um patamar de tendência à estabilização, onde há menor número de nascimentos e maior expectativa de vida. Ainda nesta linha, tem-se uma diminuição da mortalidade infantil e um investimento maior na prevenção da saúde, por meio de programas que incentivam a vacinação infantil, por exemplo, além de outros. As esferas administrativas (federal, estadual e municipal) têm se esforçado, conjuntamente, através de termos de cooperação técnica e financeira, para que haja um maior engajamento na prestação de serviços de saúde para a população, que compreendem as atividades de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os

serviços, gerir e executar os serviços públicos de saúde, participar do planejamento, da programação e da organização da rede de atendimento.

Como desafio aos gestores, tem-se a questão de construir uma rede que tenha uma distribuição de serviços mais justa, equilibrada, e eficiente, a fim de se ter uma maior equidade. E é neste ponto onde está a maior dificuldade, pois a partir do momento em que há incentivo pela descentralização dos serviços de saúde, há a contrapartida de esvaziamento de recursos humanos de cidades menores, onde não se dispõe, muitas vezes, de uma infraestrutura mínima adequada ao atendimento do cidadão, além da tendência dessa mão de obra procurar centros maiores em busca de maior conforto.

Para resolver estes conflitos, são necessários bons diagnósticos, métodos, recursos financeiros e articulação política. É aí que entra a importância dos atores sociais, que estão envolvidos no processo, para a busca de soluções (RUIVO, 2012).

Conforme Dracher *et al.* (2003), deve ser prioridade da gestão pública o conhecimento das desigualdades sociais em saúde e o impacto social de políticas, programas, projetos e ações públicas sobre a saúde, em função dos recursos escassos e da magnitude da desigualdade existente. Com isto, fica claro do quão importante são as informações produzidas por institutos de pesquisas de registros administrativos para tentar captar as reais necessidades da população, onde se tem gargalos e quais são os desafios impostos para melhorar a política de saúde, seja municipal, estadual ou no país como um todo.

Como o Brasil é um país de dimensões continentais, é natural que haja diferenças regionais marcantes e certa dificuldade de administração. Há aquelas regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste, onde a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos, e regiões consideradas mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, mas que estão evoluindo de forma intensa (PAIM *et al.*, 2011). Victora *et al.* (2011) acredita que, embora o Brasil tenha um longo caminho a percorrer para superar as desigualdades para atingir os níveis de saúde vigentes nas nações mais prosperas do mundo, já é notável um progresso considerável em alguns aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A política de gestão em saúde no Rio Grande do Sul está conseguindo acompanhar a evolução da demanda pelo serviço? Temos recursos humanos suficientes e infraestrutura adequada para atender uma população que está ficando mais velha e mais preocupada com a própria saúde?

1.2 JUSTIFICATIVA

As políticas públicas compreendem um conjunto de decisões e ações direcionadas à solução de problemas políticos. Para estas políticas serem executadas, é necessário que haja vontade política para resolver conflitos e, também, atividade política, que se refere aos procedimentos formais e informais que traduzem as relações de poder na sociedade (RUA, 1998).

Política pública pode ser entendida, também, como o campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação, analisando os resultados e propondo mudanças, se necessário, para a correção destas ações. Pode-se dizer que é quando a política pública começa, de fato, a ser executada, que os governos democráticos estão transformando propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (GARCIA, 2001).

É de fundamental importância a efetividade das políticas adotadas pelo poder público. Toda política deve ter suas ações avaliadas verificando os reais benefícios alcançados e quais impactos causados.

A saúde é um direito constitucional que depende de um amplo leque de estratégias, através de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais, para ser executada (MOYSÉS, 2004).

E é justamente esse fator que deixa a desejar em nosso país. O setor de saúde sofre com a implementação fragmentada de políticas, o que acaba por perpetuar uma falta de integração entre as propostas e não levar em consideração os saberes, desejos e experiências acumulados dos usuários. E como a política de saúde vincula-se aos processos econômicos, políticos, culturais e ideológicos, a sua

constituição, enquanto prática social, relaciona-se ao modo de desenvolvimento social do País (SARRETA, 2009).

Entretanto, é importante destacar que os recursos de saúde que a população busca varia com o passar do tempo. Uma das características do perfil de saúde das sociedades é a forma dinâmica e intensa com que este se transforma em curto espaço de tempo. Nas últimas décadas, além de se observar importantes mudanças na vida econômica e social do nosso país, apresentaram-se, também, importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da sua população brasileira (IPEA, 1996).

A oferta de serviços de saúde depende de alguns condicionantes, como a capacidade instalada do serviço, a disponibilidade de recursos humanos e de condições de mobilidade, como o acesso geográfico ao serviço. Quando se procura analisar as ofertas e necessidades de saúde da população, o objetivo é potencializar os trabalhadores, a equipe, os serviços e a rede de atendimento a pautar suas intervenções e práticas dentro do que as pessoas buscam como cuidado à sua saúde (GERHARDT *et al.*, 2011).

Estudar a oferta e a demanda por serviços de saúde indica uma série de desafios e questionamentos, seja pela variedade de fontes de dados existentes, seja pela busca que deve ser feita para encontrar esses dados. Porém, não há como fugir da necessidade de buscar informações de órgãos oficiais para ratificar um estudo, visto que, em função das diferenças regionais existentes dentro de um mesmo território, podem-se ter pontos de estrangulamento em alguns lugares e outros em que a oferta é adequada à demanda.

No Rio Grande do Sul a política de saúde é constantemente questionada pela população, seja pela disponibilidade de médicos, hospitais, dificuldade de acesso a exames e medicamentos. Então é interessante buscar informações para confrontar esses indícios e verificar se há, e onde há, gargalos, e onde o serviço está de acordo com a necessidade da população.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é construir uma análise sobre a política de saúde no Rio Grande do Sul a partir de indicadores sociais estatísticos e de registros administrativos a fim de investigar a evolução da qualidade de vida da população e se há disponibilidade de recursos e serviços suficientes para atender a demanda.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pesquisar os recursos de infraestrutura e de recursos humanos presentes no Rio Grande do sul e avaliar se as demandas são atendidas;
- Investigar os indicadores relativos à qualidade de saúde e que mudanças sociais eles geraram e poderão gerar no futuro;
- Avaliar o perfil demográfico da população e como ela está investindo na condução e manutenção de sua saúde;
- Analisar o nível de investimento de recursos (PIB) para a política de saúde no Rio Grande do Sul;

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo, conforme consta em Zanella (2009), utilizará o método quantitativo, pois tem a finalidade de medir relações entre variáveis. Quanto ao objetivo da pesquisa, ela será de caráter exploratório, pois tem a finalidade de ampliar o conhecimento sobre o tema proposto. Quanto ao procedimento e objeto adotado para o referente trabalho, será usada a pesquisa bibliográfica e documental. A análise dos dados coletados foi realizada por meio de tabelas e do uso do *software* Excel.

A população em estudo envolveu o Estado do Rio Grande do Sul. Foram utilizados dados secundários provenientes dos Indicadores e Dados Básicos – IDB 2012, disponíveis no site do Datasus, que reúne informações de saúde disponibilizadas por Ministério da Saúde, IBGE, IPEA e Ministério da Previdência Social, para os anos de 2000 a 2014, de acordo com a disponibilidade de informações. Também se utilizou de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), coletadas nos meses de março e abril de 2015, e estatísticas populacionais do IBGE para o período compreendido entre 1970 e 2014, coletados através das publicações disponíveis do site na instituição e, também, de séries históricas disponíveis em seu banco de dados.

Como parâmetros de comparabilidade de alguns dados e para nortear a descrição e análise das ações em saúde executadas pelo Governo Estadual, como número de leitos disponíveis e equipamentos de diagnóstico por imagem, foram utilizados dados da Portaria nº 1.101/01 do Gabinete Ministerial do. A justificativa de sua é o fato de a portaria ser o documento legal existente para estabelecer parâmetros assistenciais para todos os níveis de atenção à saúde. Porém, deve-se deixar claro que a referida portaria apresenta apenas recomendações técnicas ideais, servindo de referência para orientar os gestores do no planejamento, na programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas.

As informações sobre profissionais de saúde disponíveis para atendimento da população foram analisadas a partir de um parecer disponibilizado em 2003, pela Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde, que dispõe sobre Leitos por habitante e médicos por habitante.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1. REVISÃO TEÓRICA

3.1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE

Política é a decisão de caráter geral, de tornar públicas as intenções de atuação do governo e orientar o planejamento, referentes a um determinado tema, para transformá-lo em programas e projetos. Assim, busca-se permitir o acesso da população e dos formadores de opinião à discussão, à implementação e à avaliação das políticas (SANTOS, 2010). O objetivo das políticas é dar transparência às ações do governo, para minimizar efeitos de descontinuidade da administração e potencializar os recursos disponíveis.

A política de saúde brasileira, hoje garantida através da Constituição Federal e desenvolvida por meio do SUS, é recente. Antes de 1923, ano em que foi criado o seguro social e que a saúde começou a ganhar importância social, o Estado não desenvolvia ações nesta área, salvo algum evento esporádico como, por exemplo, epidemias e catástrofes naturais. Nesta época, a questão sanitária era atendida pela corporação médica e as entidades religiosas. Cada família, na medida de suas possibilidades, cuidava dos seus. Aos desvalidos restava a caridade, normalmente disponibilizada por entidades religiosas, por meio das santas casas. (PIOLA et al., 2009).

Com a introdução das políticas keynesianas, a partir da década de 1920, o setor de saúde passou a ocupar um papel importante na geração de emprego e renda e, sobretudo, na possibilidade de diminuir os conflitos sociais inerentes ao sistema capitalista (SARRETA, 2009).

Entretanto, foi apenas próximo ao fim do regime militar, em 1984, que a população se mobilizou para garantir que a saúde fosse tratada como atenção prioritária. Neste sentido, a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contribuiu significativamente, ao defender a participação da sociedade civil nas políticas de saúde e a autonomia das Conferências e Conselhos de Saúde (NETO et al, 2006).

Com a redemocratização, a Constituição de 1988 consolidou as propostas e diretrizes da Reforma Sanitária com a criação do SUS, que propôs um novo olhar sobre a saúde (COSTA E NORONHA, 2003). A integração entre os atores sociais

envolvidos, gestores, profissionais de saúde e usuários, foi estimulada ao dar a oportunidade da sociedade participar efetivamente do seu controle através dos Conselhos de Saúde. Isso estimulou a busca por melhores condições sanitárias e maior qualidade de vida (MOURA e RAU, 2013).

A evolução das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, pois o processo evolutivo seguiu à ótica do avanço do capitalismo, a partir da determinação do mesmo a nível internacional. As ações de saúde propostas pelo governo procuraram, prioritariamente, incorporar os problemas de saúde que atingiam grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente. Além disso, a dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos. (POLIGNANO, 1999).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito do cidadão brasileiro, assegurado por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (art. 196). Da mesma forma, ela determina que é dever do Estado garantir o exercício desse direito (art. 196), por força de sua responsabilidade tanto no campo específico das ações e serviços públicos de saúde, exercida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como, no âmbito geral, ao promover o desenvolvimento social e atuar sobre os determinantes das condições de saúde. As ações e serviços de saúde são de grande relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197) (BRASIL, 1988).

Como valores sociais, o direito à universalidade de acesso, a integralidade da atenção e a equidade de tratamento, refletem a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem estar social, sistema este que era modelo de uso durante a década de 1980, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988 (PIOLA et al., 2009).

3.1.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE E SUA RELEVÂNCIA ECONÔMICA

No Brasil, o sistema de saúde tem diversas formas de modalidades de atenção à saúde e de fontes de financiamento. Isso pode ser expresso pelas vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: o Sistema Único de Saúde, que possui acesso universal, gratuito e é financiado com recursos públicos,

mediante impostos e contribuições, o segmento de planos e seguros privados de saúde, que possui caráter eletivo, financiado com recursos das famílias ou dos empregadores e o segmento dos provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO *et al.*, 2005).

A importância econômica da saúde é expressa nos gastos dos três níveis de governo e na balança de pagamentos. A participação na economia já supera a 7% do PIB, sendo que mais da metade deste valor se refere ao setor privado de saúde suplementar. No orçamento público como um todo, somados os gastos dos governos federal, estadual e municipal, a despesa com saúde só é superado por previdência e educação (PIOLA *et al.*, 2009).

O financiamento público da saúde se estende a todos os seguimentos que compõe o sistema de saúde. Em alguns mais diretamente e outros, mais indiretamente e mais parcial, por meio de isenções fiscais que alcançam as instituições filantrópicas que operam no setor (RIBEIRO *et al.*, 2005).

No que toca à administração orçamentária e financeira, os governos passaram a conviver com planos plurianuais, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual, criados e entrelaçados como instrumentos de mediação entre planejamento e orçamento. Para a saúde a nível de município, a criação do plano e do fundo municipal de saúde, bem como do relatório de gestão, completaram a sistema administrativo desta política. Mesmo com o sistema de saúde brasileiro continuou largamente dependente do financiamento da União, seja através de aplicações diretas ou de transferências a estados e municípios. Os fluxo a descentralização das atividades, os recursos se mantiveram verticalizados e descendentes (MISOCZKY E BORDIN, 2004).

O Fundo de Saúde, instituído pela Lei Complementar 141, e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, é a unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Algumas alterações constitucionais, como a Emenda Constitucional nº 29/2000, objetivaram garantir o financiamento setorial, fixando patamares mínimos de financiamento em saúde com recursos arrecadados nos níveis subnacionais. Para os estados, por exemplo, ficou definido que o patamar mínimo de investimento em saúde seria de 12% sobre as receitas líquidas de impostos e transferência.

Em relação à orçamento familiar, o gasto com saúde é o quarto item de consumo, atrás apenas de Alimentação, Habitação e Transporte, embora a dimensão percentual de cada item varie segundo a renda. É importante destacar que a despesa com saúde, no âmbito familiar, aumenta na proporção em que a renda também sobe (PIOLA *et al.*, 2009).

3.1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES

A partir da década de 1940, o Brasil passou por um processo de mudanças demográficas, que ainda continua. Foi neste período que iniciou o declínio dos níveis de mortalidade no país, a partir dos avanços obtidos no sistema de saúde pública, na previdência social, na infraestrutura urbana, nas legislações trabalhistas, bem como nos conhecimentos científicos da área químico-farmacêutica, que levaram ao controle e à redução de várias doenças (IBGE, 2009).

Após a década de 1970, o Brasil passou da situação de um país essencialmente rural, para outra em que mais de 80% de sua população reside em áreas urbanas. As realidades e situações vivenciadas pela população mudaram, de maneira que as demandas por serviços públicos, como saúde, educação, aumentaram e se tornaram insuficientes para atender a todas as necessidades. Por outro lado, alterou-se, também, a dinâmica demográfica, principalmente em relação à natalidade. Este fato tem tornado necessário uma redefinição de políticas públicas nas áreas da saúde, educação, mercado de trabalho e previdência social (FINKELMAN, 2002).

Como a transição demográfica está em um processo acelerado no Brasil, os reflexos da mesma são percebidos pela sociedade rapidamente. A população idosa está mais representativa e as famílias estão ficando cada vez menores. A população em idade ativa está se tornando o grupo etário dominante. Assim, fica claro que sem um ajuste rápido e adequado das políticas públicas fundamentais por parte do Estado, as mudanças nas bases demográficas da economia e da sociedade podem ficar prejudicadas (BRITO, 2007).

Acompanhando a transição demográfica, a melhoria do nível de saúde de uma população depende de inúmeros fatores, como o acesso a bens e serviços de nesta área. Mas, em questão de relevância coletiva, o saneamento básico se destaca entre os chamados determinantes sócio estruturais, que estão relacionados ao padrão de desenvolvimento. As condições de saúde coletiva são também

influenciadas por elementos culturais e comportamentais responsáveis pelo estilo de vida das pessoas que pode ser mais ou menos saudável. Além disso, características individuais como idade, sexo, hereditariedade, raça/cor, fatores que, ao contrário dos anteriores, estão fora do alcance de políticas públicas, também interferem diretamente na política de saúde.

3.1.3.1 O SANEAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA

O setor de saúde tem um papel central no desenvolvimento de políticas urbanas. Isto é reflexo da maturidade com que vem implementando a descentralização, o controle social e a territorialização em suas ações. Em uma política nacional de saneamento, é essencial que haja integração de ações e setores como saúde, meio ambiente, desenvolvimento urbano e habitação. É fundamental que cada setor saiba o seu papel para que se possa superar a fragmentação e a superposição que caracterizam as políticas públicas nacionais. (FINKELMAN, 2002).

Os serviços de saneamento representam as condições mínimas de uma moradia digna. Neste sentido, segundo a Síntese dos Indicadores Sociais (2010) divulgadas pelo IBGE, apenas 62,6% dos domicílios urbanos brasileiros possuem condições simultâneas de abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário também por rede geral e lixo coletado diretamente. Isso indicava que temos um longo caminho para alcançar níveis mais altos de melhor qualidade de vida para a população brasileira.

O acesso à água potável, segundo as recomendações internacionais para monitoramento da qualidade de vida e de moradia das pessoas, serve como um indicador de vida saudável. Como o direito à água é uma ação de coletividade, está sob a responsabilidade direta da ação pública, assim como rede de esgotamento sanitário e coleta de lixo. A rede de esgoto não permite que a água que foi utilizada no domicílio seja devolvida à natureza sem qualquer tratamento e torne-se um grande vetor de doenças. Já em relação à coleta de lixo, o maior problema, hoje, é o destino que esses prestadores de serviço dão ao lixo coletado e seus impactos ambientais, reciclagem, aterros sanitários ou mesmo aterros clandestinos.

3.1.3.2 ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, FECUNDIDADE E MORTALIDADE

A esperança de vida ao nascer tem aumentado no mundo inteiro ao longo do

tempo. No Brasil era ligeiramente inferior a 55 anos na primeira metade dos anos sessenta, chegando aos 74,9 anos em 2013 (IBGE, 2014). Não se pode negar que houve uma grande evolução deste indicador em nosso país, mas quando o Brasil é confrontado com países com os quais tenha alguma relação, seja de proximidade geográfica, como os países do MERCOSUL, seja de dimensão territorial e perspectivas econômicas, como os BRICs, a situação brasileira, de um modo geral, ainda não é tão favorável (BARROS, 1996).

Sobre a taxa de fecundidade, esta passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70% (IBGE, 2012). Nos países desenvolvidos, esse declínio da taxa de fecundidade teve início nas últimas décadas do século XIX, enquanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o processo se iniciou apenas no final do século XX (LEE, 2003). Embora tardia, pode-se afirmar que essa redução da fecundidade nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma acelerada.

Já em relação à mortalidade infantil e na infância, inúmeros outros fatores contribuíram para a sua redução, dentre os quais se podem destacar a queda da fecundidade, como mostrado acima, e a melhoria das condições ambientais e saneamento. Com relação às condições de saneamento, o acesso à água alcançou a 92% da população urbana em 2004. Não se podem esquecer os fatores nutricionais, que estão fortemente influenciadas pelas políticas de complementação de renda, e do aumento da cobertura da atenção básica, via programa de estratégia da Saúde da Família (PIOLA *et al.*, 2009).

Com o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, está ocorrendo um processo de transição demográfica que está levando ao envelhecimento populacional (BLOOM, 2011). Essa transição se inicia com o declínio da mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação, ao aumento da renda, ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas, entre outros (LEE, 2003). Assim, como consequência natural, a mortalidade cai nas primeiras idades, causando uma expansão na base da pirâmide, ou seja, o rejuvenescimento da população.

A seguir, ocorre a redução da fecundidade. Este processo é causado por mudanças nos padrões familiares, acesso a meios contraceptivos, maior participação feminina no mercado de trabalho, entre outros fatores (BLOOM, 2011).

Com isto, ocorre uma diminuição progressiva da base da pirâmide, o que torna os grupos etários mais velhos proporcionalmente maiores em relação a toda a população. Entretanto, mesmo a redução da fecundidade sendo o principal fator pelo envelhecimento da população, o aumento da longevidade em idades avançadas também contribui, de forma secundária, para esse fenômeno (CARVALHO E GARCIA, 2003).

3.1.3.3 A VACINAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A vacinação visa à erradicação e o controle de doenças imunopreveníveis no território nacional e é coordenado pelo PNI – Programa Nacional de Imunizações da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

As atividades de vacinação passaram a fazer parte da rotina dos serviços de saúde após a implantação do PNI. Desde então, doenças, como a varíola, foram erradicadas e outras, como o sarampo, foram controladas (FEIJÓ E SÁFADI, 2006).

Os dados e indicadores disponíveis são oriundos do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API, sistema este gerido pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI, do Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

As Secretarias Municipais de Saúde coletam, por meio do Boletim Diário de Doses Aplicadas de Vacinas, informações da quantidade de indivíduos vacinados por faixa etária em cada Estabelecimento de Saúde, e estes dados são consolidados em Boletins Mensais, com registro no Sistema API em todas as instâncias. A base de dados estadual é enviada mensalmente para a CGPNI/DEVEP/SVS/MS, para ser consolidada a base nacional (RIPSA, 2015).

O público-alvo determinado para as coberturas vacinais é definido pelos dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do SINASC, para crianças entre 0 e 1 ano, e pelas estimativas populacionais preliminares do IBGE, por município, sexo e faixa etária, baseadas no Censo Demográfico de 2010, disponíveis em População Residente.

É importante que os gestores conheçam os fatores associados à redução ou aumento nas coberturas vacinais. A avaliação é componente indispensável do processo de planejamento, porém, é pouco praticada e tampouco divulgada como

deveria. Além disso, os resultados das avaliações são pouco usados para tomada de decisões.

A cobertura da vacinação é muito importante para manterem-se os bons indicadores de saúde. Assim, é indispensável que se procure minimizar alguns fatores que podem ser ocasionadores de falta de cobertura vacinal, como grande tamanho da família, baixa escolaridade dos pais e longa distância do posto de saúde.(PORTO *et al.*, 2013).

3.1.3.4 O IDHM E A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA

O IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é um indicador global que avalia o desenvolvimento humano. É produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que compreende indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. A dimensão de longevidade indica o *status* da saúde básica, uma vez que reflete a queda da fecundidade e mortalidade infantil.

O IDH surgiu como uma contrapartida ao PIB, já que este leva em consideração apenas as dimensões econômicas do desenvolvimento, enquanto indicador macroeconômico. Já o IDH, por meio de um enfoque comensuralista, agrega aspectos culturais, políticos e sociais na mensuração do desenvolvimento. (GUIMARÃES E FEICHAS, 2009). Segundo o PNUD (2015), o conceito de desenvolvimento humano parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida humana.

3.1.3.5 OS RECURSOS PARA ATENDIMENTO DA SAÚDE

3.1.3.5.1 LEITOS HOSPITALARES E EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os hospitais devem ser entendidos como unidades de gestão de saúde focadas em internações, integradas a redes provedoras de serviços e não como estabelecimentos isolados de prestação ou venda de serviços (MEDICI, 2011).

A atenção hospitalar prestada no Brasil é fortemente influenciada pelos complexos problemas gerenciais e pelas pressões a que estes se submetem em face dos seus financiadores (MALIK, 2007). Assim, avaliar a qualidade do cuidado de pacientes é de grande importância não só para monitoramento e comparação das unidades pelos pagadores, mas também para a garantia da prestação de cuidado adequado e efetivo aos pacientes (ALMEIDA, 2004).

Um estudo de Machado (2014) que tratava da relação da organização das redes de cuidados hospitalares, pública e privada, observou que as taxas de leitos disponíveis para o SUS eram bem menores do que as taxas não SUS, porém mais homogêneas em todo o país. Junto a isso, o autor observou, também, que a dependência do SUS da oferta de serviços hospitalares do setor privado é menor no Norte e Nordeste, onde pelo menos a metade dos leitos se encontrava nos hospitais públicos.

Pelo que foi apontado no estudo citado acima, fica claro que os investimentos governamentais, em termos de oferta hospitalar, privilegiaram áreas geográficas de menor penetração de empresas privadas de saúde, hospitais e também planos de saúde.

Já com relação a equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil, o Ministério da Saúde editou a Portaria n. 1.101/GM, em 12 de junho de 2002, para estabelecer parâmetros assistenciais a serem utilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS com recomendações e referências para os cálculos de cobertura assistencial ambulatorial e a quantidade prevista para equipamentos médico-hospitalares.

Conforme o IBGE (2009), a distribuição desigual da oferta de atenção à saúde no País se reflete e se agrava no caso dos equipamentos de diagnóstico por imagem. Nas Regiões Norte e Nordeste, há oferta mais baixa que a preconizada para os equipamentos mais complexos e caros, mantendo-se uma taxa mais baixa que a observada nas demais regiões para todos os equipamentos. Além disso, é importante observar que a oferta potencial dos equipamentos de diagnóstico por imagem varia conforme se consideram as possibilidades de acesso universal ou privado à saúde.

Hoje, ainda persistem desigualdades regionais na oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem, mas o Poder Público tem atuado para equacionar esse problema, priorizando as regiões mais mal equipadas, no caso as regiões Norte e

Nordeste, no que diz respeito à aquisição de novos equipamentos. A dinâmica do setor privado parece ter fugido da região mais concentrada de serviços de saúde, a Sudeste, em direção ao Nordeste, nos municípios das capitais, Sul e Centro-Oeste, onde se destaca a interiorização de alguns equipamentos (IBGE, 2009).

3.1.3.5.2 PROFISSIONAIS HABILITADOS

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, a formação de pessoal na área de saúde e questões envolvendo a classe estão sendo consideradas fundamentais, e vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País. Os ideais de cidadania e dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena a saúde um direito fundamental do cidadão (SARRETA, 2009).

Como a grande maioria da população brasileira depende do SUS para ter acesso ao atendimento em saúde, muito se discute sobre a necessidade de formação dos trabalhadores da saúde como os protagonistas da Reforma Sanitária, que possuem o conhecimento, a técnica, o saber e o trabalho a serem colocados em benefício da população brasileira.

Assim, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, aprovou algumas propostas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde:

Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referência regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional (SARRETA, 2009).

Em 2014, o TCU apresentou um levantamento inédito sobre a saúde no Brasil, e mostrou que em 81% dos hospitais o principal problema é o déficit no quadro de profissionais. Em 63% dos hospitais, a constante falta ao trabalho dos profissionais provoca impactos substanciais na prestação dos serviços.

3.1.3.5.3 ENTIDADES PRIVADAS NO SISTEMA DE SAÚDE

No Brasil, temos sistemas integrados para a política de saúde: o sistema público, que abrange 100% da população, e o sistema de saúde suplementar, que é o sistema privado. A organização de um sistema privado, dentro do sistema complementar, é resultado, em grande parte, da incapacidade do Estado em suprir a demanda por cuidados médicos e passa, necessariamente, pela criação e expansão de empresas operadoras de planos de saúde (FIA, 2008).

O debate acerca do papel do Estado, iniciado na época das reformas da saúde nos anos 1980, ainda persiste nos dias atuais, em função de já que há muitos questionamentos sobre a universalização do acesso à saúde, como direito de cidadania, e sobre o financiamento dos sistemas, cuja predominância são os fundos públicos. Também se discute a busca por alternativas supostamente mais eficientes e efetivas, como a retirada do Estado da provisão direta de serviços e o reforço de sua função reguladora, por meio de articulações público-privadas (MACHADO, 2014).

Entretanto, todas as abordagens são convergentes no que diz respeito às estratégias em busca da universalização da cobertura em saúde, independentemente do modelo de sistema adotado (VIACAVA *et al.*, 2004). A participação de entidades privadas no sistema de saúde se dá, majoritariamente, no âmbito da atenção hospitalar. E é nesse tipo de cuidado que está concentrada grande parte dos recursos financeiros, materiais e humanos do sistema de saúde (MALIK E NOVAES, 2007).

Ainda temos conflitos e contradições em nosso sistema de saúde, com parcela expressiva de serviços sendo prestada por meio de contratos com provedores privados, além da atuação de diversas operadoras de planos privados de saúde. Como grande parte dos pacientes faz o uso dos serviços do SUS e de planos privados simultaneamente, as parcerias público-privadas tornam-se muito complexas. E isso ganha ainda mais particularidade a partir do momento em que muitos profissionais de saúde têm mais de um emprego, frequentemente nas duas frentes. Além disso, em diversos casos os provedores que atendem a pacientes pelo SUS e por planos privados de saúde oferecem um padrão diferenciado de cuidado aos dois grupos, dependendo do valor do pagamento recebido, o que influencia ainda a utilização de procedimentos (VICTORA *et al.*, 2011).

Considerando a escassez relativa dos recursos estatais e a dificuldade dos

indivíduos custearem por desembolso próprio as ações de assistência à saúde, nota-se que mesmo com todas as divergências existentes no sistema de saúde, essas empresas desempenham um papel importantíssimo no mercado privado de assistência à saúde no Brasil (FIA, 2008).

No Brasil, a busca por planos de saúde por parte da população é crescente a cada ano. Segundo o IBGE (2010b), em 2008, 25,9% da população brasileira dispunham de pelo menos um plano de saúde. Isso só mostra que o déficit de recursos, como insuficiência de leitos, superlotação de emergências hospitalares, carência de profissionais de saúde, falta de medicamentos e insumos hospitalares, ausência de equipamentos ou equipamentos obsoletos, faz com que os cidadãos com maiores capacidades financeiras busquem os recursos da saúde suplementar para não depender da saúde pública.

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há muitos indicadores que servem para demonstrar a qualidade da saúde de um determinado lugar. Na análise que está sendo apresentada neste trabalho, discute-se como o crescimento da população ao longo do tempo, somados aos recursos públicos destinados para a rubrica saúde, está, ou não, satisfatório para atender a uma demanda existente por parte da população.

O Rio Grande do Sul, por ter predominância de imigrantes europeus, apresenta fatores sociodemográficos que o diferem, juntamente com os outros estados da região sul, das demais regiões brasileiras. Na figura 1, nota-se que a taxa de crescimento anual da população é inferior à média brasileira. A população gaúcha cresce a uma taxa de, aproximadamente, 0,50% ao ano, fato que demonstra que o estado caminha para uma estabilização de crescimento populacional. Em relação à taxa de fecundidade do Rio Grande do Sul, em comparação com o Brasil (figura 2), observa-se que o número médio de filhos por mulher está abaixo de 2 (aproximadamente 1,8), também inferior à média brasileira, embora estejam muito próximas.

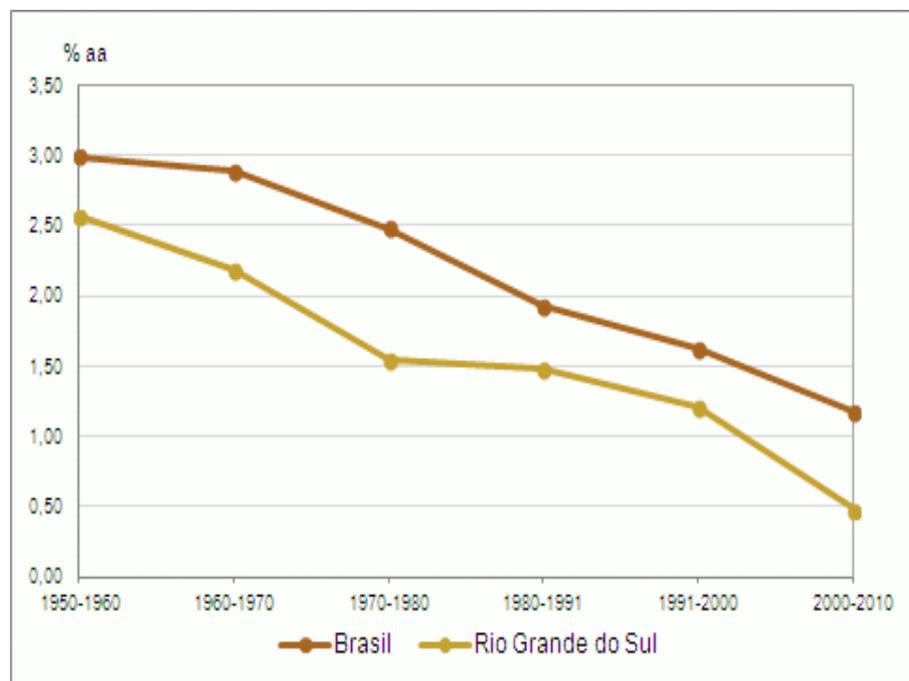


FIGURA 1: Taxa de crescimento anual da população do RS (1950 a 2010)

FONTE: IBGE

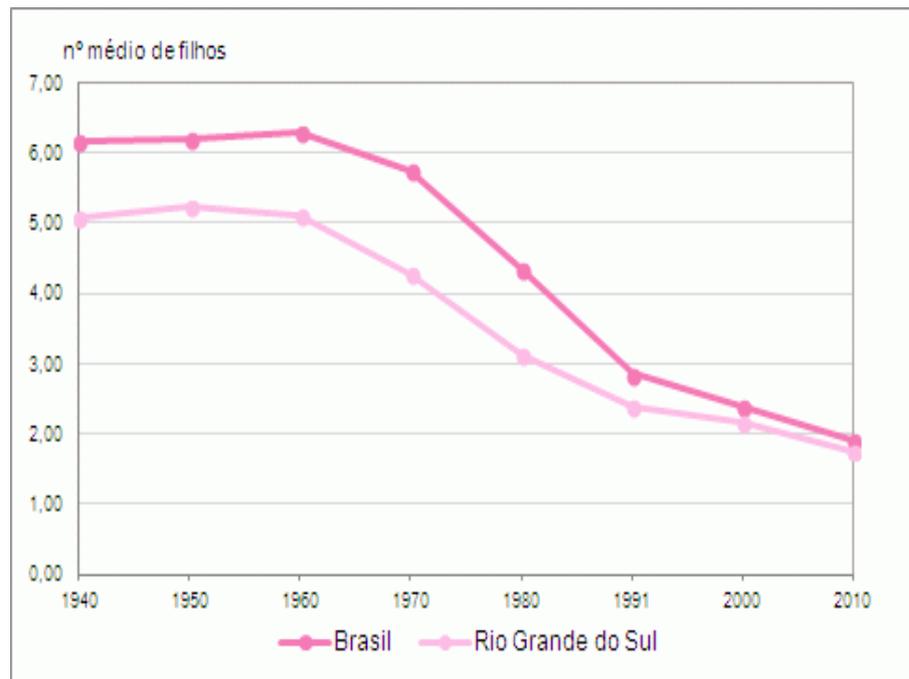


FIGURA 2: Taxa de fecundidade
 FONTE: IBGE

Em contrapartida, a expectativa de vida ao nascer da população gaúcha (figura 3), é superior a média brasileira. Enquanto a esperança de vida ao nascer média do brasileiro, em 2013, é de 74,9, a do gaúcho é de 76,9, segundo as tábuas completas de mortalidade divulgadas pelo IBGE mais recentemente, em dezembro de 2014.

A partir do Censo Demográfico e das tábuas de mortalidade, divulgadas pelo IBGE, outras informações são obtidas para demonstrar a qualidade de vida e a saúde da população. Entre 1980 e 2010, a probabilidade de um recém-nascido morrer antes de completar um ano de vida diminuiu de 36,5 habitantes por mil para 9,9. No Brasil, conforme o IBGE, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se em 75,8% — 69,1% em 1980; 16,7% em 2010. O Rio Grande do Sul é o estado com o segundo melhor resultado em nível de país.

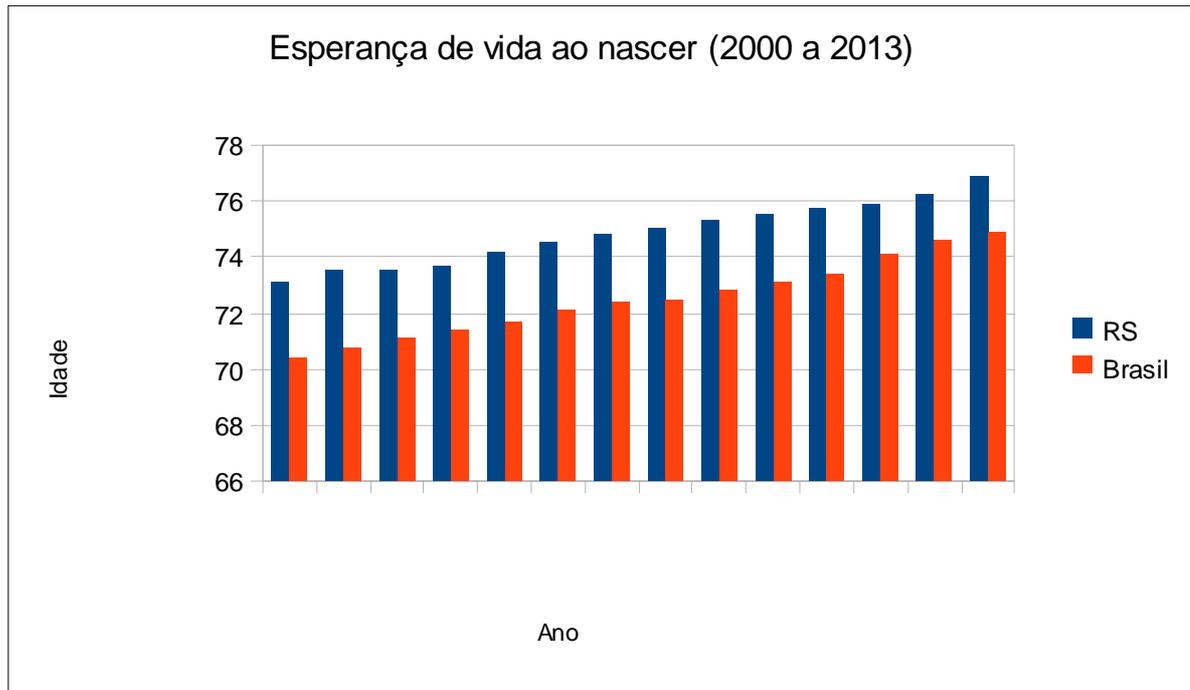


FIGURA 3: Evolução da expectativa de vida ao nascer no RS e BR 2000-2013 (nº de anos)
 Fonte: IBGE/DPE-Coordenação de População e Indicadores Sociais

Segundo as projeções das taxas de mortalidade do IBGE divulgadas em 2011, a partir de uma atualização referente ao Censo Demográfico de 2010, o mesmo comportamento é observado na mortalidade da infância, que é a mortalidade de crianças até cinco anos, que apresentou um declínio em relação ao ano de 2000. Em 2011, a taxa de mortalidade na infância foi de 18,7%, redução de 49,0% em relação ao ano de 2000, cujo valor foi de 36,6%. Essa informação é relevante, conforme o IBGE (2011), porque o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos pela ONU – Organização das Nações Unidas, tinha a meta de reduzir, até 2015, mortalidade de crianças menores de 5 anos em dois terços, considerando 1990 o ano base para início da série temporal de comparação. Em 1990, esta taxa era de 59,6%, dois terços deste valor representaria uma diminuição de 39,7%, chegando em 2015 com uma taxa da ordem de 19,9%. Valor já superior ao observado em 2011. Pode-se considerar que, quanto ao cumprimento desse ODM o Brasil alcançou a sua meta.

Estes resultados apenas corroboram para a tendência de transição demográfica discutida na revisão teórica, que aponta para um envelhecimento da população. Para complementar este resultado, tem-se no anexo A, a evolução das pirâmides etárias do Rio Grande do Sul no período de 1970 a 2010, a partir dos

Censos Demográficos. Fica claro que, hoje, a população de meia idade começa a se sobressair e o número de crianças de 0 a 4 anos vem diminuindo. Alguns exemplos de fatores que ocasionam este evento podem ser a inserção da mulher no mercado de trabalho e a opção das famílias por ter menos filhos e, desta maneira, garantir condições de dar um bom estudo ou melhores condições de vida que seus genitores tiveram.

Outro fator que interfere diretamente na questão de saúde pública é a taxa de urbanização da população. Na tabela 1 e na figura 4, pode-se notar que, após o ano de 1970, houve uma inversão do percentual de população urbana e rural, sendo que a população urbana passou a predominar e se distanciar cada vez mais da população rural. Este fato também demanda novos recursos e ações de saúde, não apenas com saúde básica, mas também com investimentos em infraestrutura e condições sanitárias.

TABELA 1 – Evolução da população urbana e rural do Rio Grande do Sul

POPULAÇÃO	TOTAL	URBANA	RURAL
1970	6.755.458	3.620.588	3.134.870
1980	7.942.722	5.385.866	2.556.856
1991	9.135.479	6.994.134	2.141.345
2000	10.187.798	8.317.984	1.869.814
2010	10.693.929	9.100.291	1.593.638

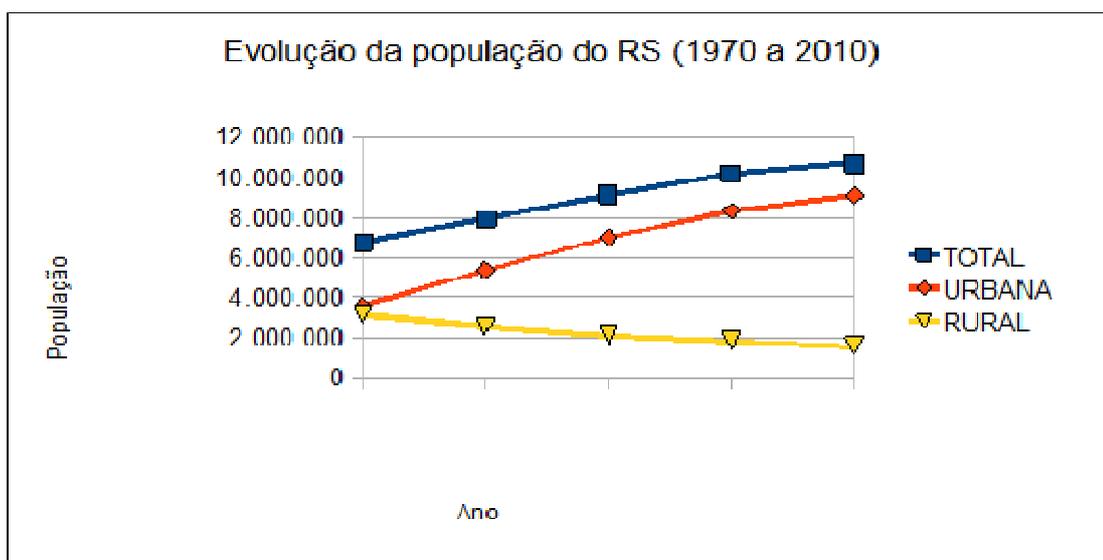


FIGURA 4: Evolução da urbanização do Rio Grande do Sul (1970 a 2010)

Nesta linha de investimentos, é importante citar como o Rio Grande do Sul tem destinado seus recursos para a saúde. O orçamento para saúde pública é estruturado em função do SUS – Sistema Único de Saúde, onde há composição dos Governos Federal, Estadual e Municipal para a formulação do atendimento à população. O estado tem responsabilidade sobre determinado percentual de repasse para funcionamento desta política. Assim, na tabela 2, têm-se os percentuais do PIB investidos em saúde, em levantamento realizado pelo IBGE, e um percentual levantado pela CES/RS – Comissão Estadual de Saúde sobre a Receita Líquida de Impostos e Transferências- RLIT, que o Estado aplica em investimentos na área de saúde.

TABELA 2: % do PIB e da RLIT aplicados em saúde no RS

Ano	Proporção gasto total / PIB (%)	Valor do gasto estadual	Valor do PIB	% RLIT
2000	2,52	385,29	81.815,00	5,80
2001	2,54	435,74	92.310,00	5,60
2002	2,43	411,16	105.486,82	4,60
2003	2,32	373,47	124.551,27	5,20
2004	2,41	476,98	137.830,68	4,80
2005	2,55	509,46	144.218,20	4,60
2006	2,62	597,94	156.826,93	4,70
2007	2,63	683,73	176.615,07	4,60
2008	2,77	921,81	199.494,25	4,40
2009	2,77	1.050,93	215.863,88	4,10
2010	2,71	1.354,95	252.482,60	5,80
2011	...	1.503,66	-	6,10
2012	...	1.969,14	-	6,55

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal), IBGE (PIB regional) e CSE/RS

1 – Valores dos gastos e do PIB em milhões de reais correntes.

2 – Apesar de disponíveis os gastos públicos de 2011 e 2012, o PIB estadual destes anos não estavam disponíveis quando da liberação do IDB-2012. Por este motivo, o indicador não é calculado para 2011 e 2012.

Segundo avaliação do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, nos últimos treze anos, o nosso Estado tem sido a Unidade Federativa que menos tem investido, percentualmente, na área da saúde, levando em conta o que, efetivamente, pode ser considerado como investimento no Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Legislação em vigor.

Pela tabela apresentada acima, vê-se que o investimento em Saúde, como proporção de gasto total do PIB tem-se mantido praticamente constante, sem uma variação significativa. Já se analisar pelo percentual da RLIT, tem-se uma variação considerável, com uma queda até 2009 e, após, um crescimento significativo até o ano da última informação. Na figura 5, podem-se visualizar estes parâmetros.

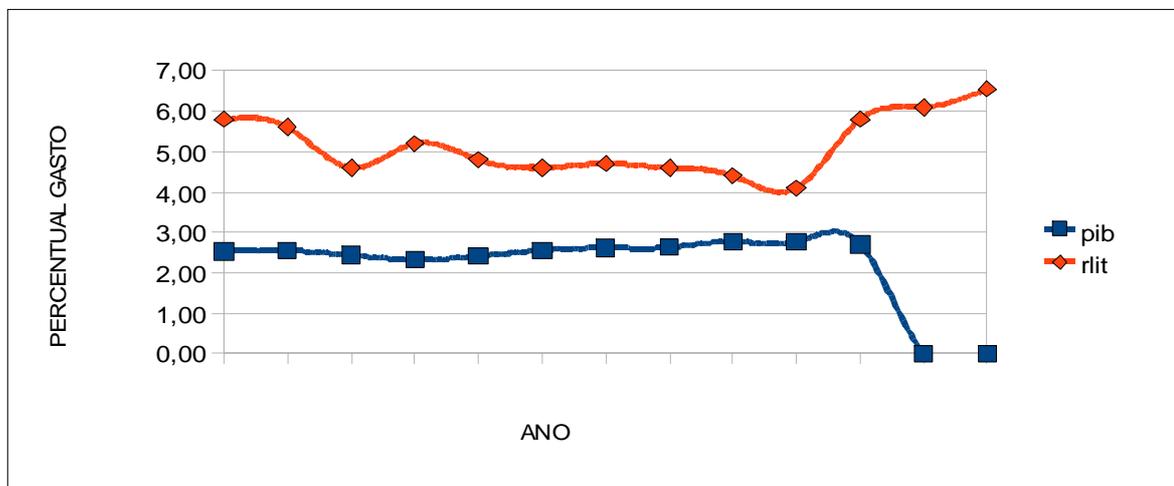


FIGURA 5: Variação do PIB e do RLIT investidos em saúde

FONTE: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal), IBGE (PIB regional) e CSE/RS

Segundo o Conselho Estadual de Saúde, em 2013, o percentual da RLIT destinado à saúde ficou em 8,5%. Esta informação não está no gráfico em função de que não se tem disponível, ainda, o PIB investido pelo Estado, para comparação. Mas este dado apenas reforça uma tendência de crescimento dos gastos totais em saúde no Estado, o que é importante. Entretanto, são necessários mais recursos e maior eficiência no uso, a fim de que a universalização da saúde seja alcançada.

Em 2013, segundo a Pesquisa de Informações Básicas Estaduais – ESTADIC, pesquisa esta realizada pelo IBGE junto às Administrações Estaduais, as Unidades da Federação que destinaram os maiores valores orçamentários para a Função Saúde proporcionalmente ao orçamento total dos entes federados foram Tocantins (16,9%), Minas Gerais (16,3%) e Pernambuco (16,2%). O Rio Grande do

Sul aparece na 18ª colocação neste ranking, considerando percentual de valores. Entretanto, A ESTADIC realizou um levantamento dos recursos do orçamento total da Função Saúde para a Subfunção Atenção Básica e, neste quesito, o Rio Grande do Sul aparece como o Estado que realizou uma previsão orçamentária destinando à Subfunção Atenção Básica valor superior a 10% do valor total do orçamento para a Função Saúde, chegando a 12,9%, o maior entre todos os entes federativos. Ainda nesta questão de Atenção Básica, é importante salientar que apenas o Rio Grande do Sul e Minas Gerais apresentaram percentual superior à 10%, e 13 Unidades da Federação destinaram menos de 2,0% dos recursos do orçamento total da Função Saúde para a Subfunção Atenção Básica.

A atenção básica é definida como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (MISOCZKY, 2003).

Na figura 6, demonstram-se os gastos, por Estado, declarados pelas Administrações com a Função Saúde.

POSIÇÃO	ESTADO*	ORÇAMENTO 2013 (em R\$ bilhões)	GASTOS COM SAÚDE (em R\$ bilhões)	PARCELA DO GASTO COM SAÚDE**
1º	Tocantins	7,91	1,34	16,9%
2º	Minas Gerais	35,21	5,75	16,3%
3º	Pernambuco	31,07	5,04	16,2%
4º	Amazonas	13,25	2,04	15,4%
5º	Bahia	34,58	5,10	14,7%
6º	Alagoas	7,15	1,00	14,1%
7º	Roraima	2,25	0,32	14,1%
8º	Rio Grande do Norte	11,04	1,50	13,6%
9º	Distrito Federal	18,98	2,58	13,6%
10º	Sergipe	7,82	0,98	12,5%
11º	Goiás	21,02	2,57	12,2%
12º	Ceará	19,60	2,36	12%
13º	Rondônia	6,56	0,78	11,9%
14º	Acre	5,13	0,60	11,7%
15º	Espírito Santo	14,00	1,57	11,2%
16º	Santa Catarina	21,44	2,38	11,1%
17º	Maranhão	13,08	1,45	11,1%
18º	Rio Grande do Sul	45,25	4,92	10,9%
19º	Paraíba	9,30	1,01	10,9%
20º	Piauí	8,85	0,89	10,1%
21º	São Paulo	194,87	19,70	10,1%
22º	Mato Grosso	10,70	0,98	9,1%
23º	Pará	18,09	1,64	9,1%
24º	Paraná	38,04	3,43	9%
25º	Mato Grosso do Sul	10,72	0,93	8,7%
26º	Rio de Janeiro	72,74	5,25	7,2%
TOTAL (ESTADOS)		678,65	76,11	11,2%

(*) O estado do Amapá não informou o orçamento previsto para o exercício de 2013.

(**) Segundo o IBGE, não é possível afirmar que os governos estaduais não investiram o mínimo de 12% do orçamento em ações e serviços públicos de saúde prevista na Lei Complementar 141/2012 porque eles não especificaram a fonte do cálculo dos recursos destinados ao setor.

FIGURA 6: IBGE: Perfil dos Estados 2013 – Gastos com saúde

Veja a tabela 3 abaixo, referente ao IDHM do Rio Grande do Sul. O índice é aplicado com referência aos anos em que houveram Censo Demográfico realizado pelo IBGE, por isso a tabela apresenta informações decenais e a última é referente ao ano de 2010.

TABELA 3: Evolução do IDHM do Rio Grande do Sul 1991-2000-2010

	1991	2000	2010
Total	0,542	0,664	0,746
Renda	0,667	0,720	0,769
Educação	0,328	0,505	0,642
Saúde	0,729	0,804	0,840

Fonte: PNUD

Para efeito de comparação, o IDHM do Brasil, segundo o PNUD (2013), para os anos de 1991, 2000 e 2010 foi, respectivamente: 0,493, 0,612 e 0,727. Em relação à longevidade, que reflete a questão de saúde, os IDHMs foram, respectivamente: 0,662, 0,727 e 0,816. Isto demonstra como os investimentos em saúde, embora ainda insuficientes, estão sendo investidos de forma correta, de certa forma, para a melhoria da qualidade de vida da população gaúcha.

Para acompanhar a evolução da saúde pública, alguns fatores básicos de recursos, como abastecimento de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário também podem ser usados, pois indicam características de saúde coletiva e infraestrutura básica de condições de vida. Na tabela 4, pode-se acompanhar a evolução destes quesitos com base na PNAD, que é realizada anualmente, nos anos que não há Censo Demográfico, pelo IBGE.

TABELA 4: Indicadores de saúde coletiva

ANO	ÁGUA	LIXO	ESGOTO
2002	83,25	83,87	76,94
2003	83,12	85,52	77,87
2004	84,61	86,44	80,00
2005	83,89	86,69	79,32
2006	83,63	88,82	79,57
2007	84,74	90,11	82,04
2008	83,70	90,43	77,07
2009	85,56	91,45	82,28
2011	85,63	92,31	85,78
2012	86,45	91,95	84,41

Valores da PNAD 2002 a 2012 ponderados considerando os pesos amostrais disponibilizados após a publicação do Censo 2010.

FONTE: IBGE – PNAD

Além dos números já apresentados, é importante avaliar os recursos físicos disponíveis para a população, seja em termos de infraestrutura e equipamentos, como de recursos humanos para atender a demanda. A seguir, serão apresentadas algumas tabelas, extraídas dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB), do DATASUS, a partir de um trabalho desenvolvido, em Conjunto, entre o Ministério da Saúde e da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, chamado RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde.

Essa rede reúne instituições representativas dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse para a saúde no país, e tem a finalidade de auxiliar os processos de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro, através de informações coletadas junto aos prestadores de serviços de saúde. A Rede pressupõe compromissos de parceria permanente na produção e uso de dados e informações necessárias para caracterizar o estado de saúde, as respostas do aparelho prestador de serviços e os fatores socioeconômicos que condicionam o quadro sanitário (RIPSAs, 2012).

Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) resultam da ação integrada das instituições responsáveis pelos principais sistemas de informação de base nacionais utilizados - Ministério da Saúde, IBGE, IPEA e Ministério da Previdência Social.

A tabela 5 apresenta informações de saúde básica sobre proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada.

TABELA 5: Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada

ANO	TETRAVALENTE	POLIOMELITE	BCG	HEPATITE B	TRÍPLICE VIRAL
2005	98,11	97,64	103,22	93,33	101,40
2006	99,54	99,10	102,08	95,34	101,05
2007	99,89	99,89	100,32	95,99	104,53
2008	93,06	93,33	98,94	91,14	95,32
2009	93,17	93,17	97,38	91,96	94,26
2010	92,07	92,34	96,44	90,96	93,63
2011	94,66	95,07	101,20	93,63	93,87
2012	85,59	89,40	101,24	92,02	91,61

FONTE: Ministério da Saúde/SVS – SI-PNI

As tabelas 6 e 7, apresentadas a seguir, referem-se à Leitos Hospitalares disponível no Rio Grande do Sul. As informações são de duas fontes: IBGE e Ministério da Saúde. A variação das informações de uma fonte para outra refere-se ao método de levantamento adotado por cada instituição, visto que o Ministério da Saúde se baseia em informações repassadas pelos órgão de saúde e o IBGE utiliza informações estatísticas a partir de pesquisa de campo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), não há recomendação de taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Governos nacionais, regionais e locais têm autonomia para definir suas políticas de saúde e podem estabelecer, em conjunto ou separadamente, metas a serem atingidas.

No Brasil, em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos da seguinte maneira: 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

TABELA 6: Evolução de Leitos Hospitalares, segundo IBGE

ANO	Leitos p/1000 hab.	Leitos publ. p/1000 hab.	Leitos priv. p/1000 hab.
1990	4,04	0,73	3,30
1992	3,94	0,75	3,19
1999	3,44	0,69	2,75
2002	3,19	0,58	2,61
2005	2,82	0,44	2,38
2009	2,85	0,41	2,44

FONTE: IBGE – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)

A partir dos parâmetros apresentados, observa-se, na tabela 6, que o Rio Grande do Sul, em número de leitos totais, está dentro da média exigida pelo Ministério da Saúde, com 2,85 leitos por 1.000 habitantes. Entretanto, é preocupante o fato de que apenas 0,41 destes leitos são públicos. O restante, 2,44, são leitos privados. Isso não quer dizer, porém, que faltam leitos para o SUS, por exemplo, para a população do RS. Neste ponto, a tabela apresentada é inconclusiva, pois há no estado muitos hospitais filantrópicos que, embora privados, destinam parte de

seus leitos para atendimento ao SUS.

Entretanto, nota-se que entre os anos de 1990 a 2005 o número de leitos caiu significativamente, em proporção superior ao crescimento populacional, conforme já apresentado anteriormente. Este fato pode sugerir que houve perda de estrutura física de instituições de saúde que disponibilizavam leitos para atendimento da população.

TABELA 7: Evolução de Leitos Hospitalares, segundo Ministério da Saúde

Ano	Leitos p/1000 hab.	Leitos SUS p/1000 hab.	Leitos SUS priv. p/1000 hab.	Leitos SUS publ. P/1000 hab.
2005	2,78	1,97	1,51	0,46
2006	2,75	1,94	1,50	0,44
2007	2,73	1,91	1,46	0,45
2008	2,82	1,97	1,50	0,48
2009	2,83	1,99	1,49	0,49
2010	2,84	1,97	1,48	0,49
2011	2,85	1,96	1,48	0,48
2012	2,83	1,94	1,47	0,47

FONTES: Ministério da Saúde/SAS – CNES

Observando a tabela 7, pode-se concluir que, em termos de leitos totais, o Rio Grande do Sul está dentro da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, como apresentado anteriormente. Analisando apenas o número de leitos para atender o SUS, que é o sistema de saúde pública que atende a maior parte da população, não há disponibilidade suficiente de leitos para atender a demanda. Isso acaba indo de encontro às situações cotidianas que se vê no noticiário, onde há superlotação de hospitais, falta de leitos e a população, que necessita de um atendimento adequado, tendo que ficar em macas nos corredores dos ambulatórios ou nem podendo ser atendidas, relegando um direito Constitucional brasileiro. Ademais, é importante ressaltar que o Rio Grande do Sul é o Estado que oferece o maior número de leitos hospitalares por habitante para internação no País, em comparação com os demais estados, a partir dos dados disponíveis no DATASUS.

Com as informações disponíveis na tabela 7, pode-se estabelecer uma

relação entre o número de leitos disponíveis com o número de internações. A tabela 8 mostrará a relação de disponibilidade do número de leitos e a quantidade de internações solicitadas, bem como a média mensal das mesmas.

TABELA 8: Número de Leitos x Internações

ANO	LEITOS DISPONÍVEIS	INTERNAÇÕES	MÉDIA DE INTERN./MÊS
2010	22.840	730.494	60.874
2011	22.722	705.167	58.763
2012	23.184	725.200	60.433
2013	23.723	747.019	62.251

FONTE: Ministério da Saúde/SAS – CNES

Observe-se na tabela 8, que, tomar como referência o ano de 2010, e utilizá-lo para comparar com o ano de 2013, a partir da evolução de leitos e internações, nota-se que enquanto o aumento de leitos, no período comparado, chegou a 883 unidades, a média de internações mensais elevou-se em 1.377 internações o que demonstra um acréscimo pouco expressivo diante da pressão por internações.

Uma população mais velha, como mostrado pela tendência apresentada nas informações de crescimento populacional anteriormente, pode indicar internações hospitalares mais frequentes e tempo de ocupação maior desses leitos. Assim, tem-se uma maior carga de doenças por parte da população e aumento do uso de serviços de saúde. O recente aumento na quantidade de leitos, embora a maioria seja de leitos privados, e do aumento de profissionais na área de saúde, já é um avanço (PAIVA E WAJNMAN, 2005), mas pela tendência observada no aumento de idosos e avaliando, proporcionalmente, o aumento de recursos, é possível que os problemas de saúde no Rio Grande do Sul venham a evoluir.

Na tabela 9, apresenta-se o número de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis para cada 1.000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul.

TABELA 9: Equipamentos de Imagem por 1.000 habitantes

Ano	Mamógrafos	RX Simples	Ressonância Magnética	Tomógrafos	Ultrassom
2006	2,23	9,91	0,36	1,42	9,15
2007	2,28	9,90	0,41	1,45	9,48
2008	2,38	10,11	0,48	1,53	10,18
2009	2,52	10,45	0,63	1,69	11,40
2010	2,70	10,80	0,79	1,88	12,86
2011	2,97	10,72	0,91	2,02	13,77
2012	2,94	10,75	0,96	2,14	14,39

FONTE: Ministério da Saúde/DATASUS – CNES

Pode-se observar na tabela, que todos os equipamentos de diagnóstico por imagem tiveram um crescimento real em número de unidades na proporção com a população. Comparando os recursos disponíveis em nosso Estado com os de países desenvolvidos, pode-se dizer que o Rio Grande do Sul equipara-se a países ricos. Por exemplo, o RS possui 214 tomógrafos por milhão de habitantes, enquanto o Canadá possui 142 (IESS, 2013). É importante citar, também, que o número de equipamentos está de acordo com o mínimo exigido pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1.101 de 2002.

A tabela 10 apresenta a evolução dos recursos humanos disponíveis na área de saúde no Rio Grande do Sul entre os anos de 2001 e 2010, ano da última informação disponível. As informações de farmacêuticos em 2003 e de técnicos de enfermagem em 2008 estão em branco pelo fato de não se ter conseguido junto aos conselhos estas informações.

TABELA 10: Evolução dos Recursos Humanos na área da Saúde

ANO	MÉDICOS P/1000 HAB.	ODONTÓLOGOS P/1000 HAB.	ENFERMEIROS P/ 1000 HAB.	FARMACÊUTICO P/1000 HAB.	TÉC. ENFERM. P/1000 HAB.
2001	1,82	0,88	0,67	0,54	0,98
2003	1,85	0,93	0,79	-	2,03
2006	2,04	1,18	0,97	0,77	3,43
2008	2,18	1,24	1,28	0,78	-
2010	2,37	1,36	1,80	1,03	6,33

FONTE: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF – Conselhos Profissionais

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não há taxas ideais de número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante. O que é usado para comparabilidade, nestes casos, é o número de profissionais de saúde presentes em países desenvolvidos, como, por exemplo, Canadá e os Estados Unidos que têm entre 20 e 25 médicos por 10 mil habitantes, o que dá uma relação de 2, 2,5 médico por mil habitantes. (SIMÕES, 2011).

Neste contexto, é importante observar que os dados apresentados na tabela demonstram um aumento do número de efetivo pessoal em todas as categorias investigadas, entre 2001 e 2010. A quantidade de médicos aumentou em torno de 30%, odontólogos 54,5%, enfermeiros 268%, farmacêuticos 90,7% e técnicos de enfermagem 646%. Saliente-se aqui, que estes números são de profissionais cadastrados em seu respectivo conselho, e que, nos últimos anos, houve incentivo por parte do Governo Federal na criação de cursos técnicos de capacitação, fato que, provavelmente, pode evidenciar o aumento de técnicos de enfermagem.

Estas informações não eximem a questão de má distribuição de profissionais de saúde dentro do território do Estado do Rio Grande do Sul. Mas isso não é apenas reflexo do desinteresse dos médicos, e sim um problema muito mais grave. Os médicos até se deslocam para as regiões menos favorecidas com recursos, mas ao se depararem com cidades sem hospitais ou, até, sem Unidades de Pronto Atendimento, os médicos se sentem desprestigiados e impotentes.

A tabela 11 apresenta a proporção da população coberta por plano de saúde no Rio Grande do Sul entre os anos de 1998 e 2008.

TABELA 11: Proporção da população coberta por Plano de Saúde

Ano	% População
1998	29,70
2003	31,90
2008	33,80

FONTE: IBGE – PNAD – Suplemento Saúde

Na tabela, pode-se observar que o percentual da população coberta por algum tipo de plano de saúde tem aumentado gradativamente. Como a última

pesquisa neste quesito reflete o ano de 2008, pode-se inferir que, hoje, este número deve ser superior, pois as pessoas estão mais preocupadas com a saúde e, quem tem condições financeiras, não quer ficar dependendo do SUS, principalmente a população mais velha.

Ainda tomando como referência o ano de 2008, e, observando a situação de outros estados a partir da tabela disponível no DATASUS, com relação à cobertura de plano de saúde, nota-se que os Estados da região Sul e Sudeste são os que apresentam os maiores índices. Para efeito de comparação, o Estado de São Paulo apresentou 40,1% da população coberta por plano de saúde, enquanto que a Bahia apresentou 15,1%. Neste ponto, o poder aquisitivo é o determinante.

Alguns fatores para o aumento crescente da população com cobertura por plano de saúde pode ser explicado por fatores como envelhecimento da população e um histórico de limitações na qualidade e no acesso a serviços públicos de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo não pode ser usado como referência quanto à distribuição adequada de recursos, seja material, profissional ou financeiro, no estado do Rio Grande do Sul. A intenção é demonstrar se há ou não, mesmo que não bem distribuído, recursos disponíveis para a população, a partir dos requisitos mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde, e qual a perspectiva futura para a população, visto as características de transição demográfica observadas no estado.

A queda das taxas de mortalidade e fecundidade e o aumento da expectativa de vida retratam uma mudança cultural da nossa população. Hoje, existe uma preocupação maior com a qualidade de vida, seja por mudança de hábitos dos cidadãos ou pelos avanços da medicina. A consequência disso, como se viu, é o envelhecimento natural da população, e, com isso, o aumento dos cuidados com a saúde, que demandam mais profissionais, mais exames, ou seja, mais recursos do sistema de saúde.

Não se pode deixar de notar que essa percepção é vista pelo poder público, já que nos últimos anos houve um aumento de equipamentos de diagnóstico, de profissionais de todas as áreas e de leitos hospitalares, embora tenha tido uma queda significativa em determinado período e um aumento posterior. O problema pode estar no fato de que, proporcionalmente, o crescimento das necessidades da população e dos recursos não esteja sendo na mesma linearidade.

Assim, acredita-se que o estado não esteja plenamente preparado para atender essa mudança acentuada de necessidade de saúde, embora seja notável que houve alguns avanços. O problema pode estar no fato de que sempre houve uma atenção maior com a cura de uma doença do que com seus agentes causadores. Claro que a atenção básica está dando resultado, mas as necessidades de saúde, após certa idade, exige uma conduta diferenciada que ainda não contempla toda a demanda. Até mesmo os planos de saúde não estão conseguindo manter uma qualidade razoável com o aumento de clientes em busca deste recurso complementar.

Portanto, com a crise financeira constante em nosso estado, é possível prever que as filas em hospitais e prontos socorros continuarão, que faltará medicamentos e que os investimentos do poder público não acompanharão a necessidade da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA C. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suplemento 2, 2004.
- BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 401. IPEA. Brasília, 1996.
- BAU, T. L. **Cobertura de vacinação em crianças menores de um ano de idade em uma unidade de saúde de Nova Hartz/RS**. TCC apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde. UFRGS, Porto Alegre, 2012. 43p.
- BLOOM, D. 7 Billion and counting. **Science**, v. 333, p. 562-569, 2011.
- BRASIL. **Manual segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf /cartilha1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha1.pdf)>. Acesso em: Abril de 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRITO, F. **A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil: Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais**. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/07demografia1.pdf>>. Acesso em Abril de 2015.
- CARVALHO, G. **A prática da recentralização do SUS pelo Ministério da Saúde**. Mimeo, 2001.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.
- COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, 2003.
- DRACHER, M. L.; CÔRTEZ, S. M. V.; CASTRO, J. D.; LEITE, J. C. C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 461-470, 2003.
- FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: história e desafios. **Jornal de Pediatria**, vol. 82, nº3 (supl), 2006.
- FIA. Fundação Instituto de Administração. **A saúde no Brasil e na América Latina**. Programa de Estudos do Futuro. São Paulo, 2008.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.23, p. 7-70, 2001.

GERHARDT, T. E.; PINTO, J. M.; RIQUINHO, D. L.; ROESE, A.; DOS SANTOS, D. L.; DE LIMA, M. C. R. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, Supl. 1, p. 1221-1232, 2011

GUIMARÃES, R.P.; FEICHAS S. A. Q. Desafios na Construção de Indicadores de Sustentabilidade. **Ambiente & Sociedade**, Campinas. V. XII, n. 2; jul-dez, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade 2013**. Rio de Janeiro, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007-2009**. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, n. 27, Rio de Janeiro, 2010a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: **Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

IESS. INSTITUTO DE ESTUDOS SAÚDE SUPLEMENTAR: **Guia de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.iess.org.br/guia_iess_tela.pdf>. Acesso em: Abril de 2015.

IGNÁCIO, S. A. Importância da Estatística para o Processo de Conhecimento e Tomada de Decisão. **Nota técnica IPARDES** nº6. Curitiba, 2010.

LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v.17, n.4, p. 167–190, 2003.

MACHADO, J. P. **O arranjo público-privado no Brasil e a qualidade da assistência hospitalar em São Paulo e no Rio Grande do Sul**. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP, Rio de Janeiro, 2014. 171p.

MALIK, A. M.; NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 822, 2007.

MEDICI, A. C. Sistemas de financiamento e gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro. In: NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MISOCZKY, M. C. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **RAP** Rio de Janeiro n. 37, v. 2, p.335-354, Mar./Abr. 2003.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre, Dacasa, 2004.236 p.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **ABENO**, São Paulo, v.4, nº1, p. 30-37, 2004.

NETO, J. S. M. *et al.* Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 248-274, 2006.

OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R.; ROSENDO, A. B.; DA SILVA, E. F., DA SILVA, J. C.; SATO, S. Y. **Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde**. Julho de 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Leitos por habitante e médicos por habitante**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/25988544/Leitos-por-Habitante-e-Medicos-por-Habitante>>. Acesso em: Abril de 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet** 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Rev. Bras. Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul./dez. 2005

PNUD. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <<http://pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: abril de 2015.

PORTO, M. A. *et al.* Análise das desigualdades socioeconômicas na cobertura da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP)/tetravalente para menores de 1 ano de idade no Rio Grande do Sul, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.4, p. 579-586, out – dez 2013.

RIBEIRO, J.A.C.; PIOLA, S.F.; SERVO, L.M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, Dez.2005. **Publicado na revista Divulgação em Saúde para Debate**, CEBES:Rio de Janeiro.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde; OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/indicadores.pdf>>. Acesso em: abril de 2015

RUA, M. G. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**, v. 2, 1998.

SANTOS, N. M. A organização da saúde no rio grande do sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9.

SIMÕES, J.C. **No Brasil faltam médicos: mito ou realidade?** Disponível em: <www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/...medico.../118 > Acesso em: Abril de 2015.

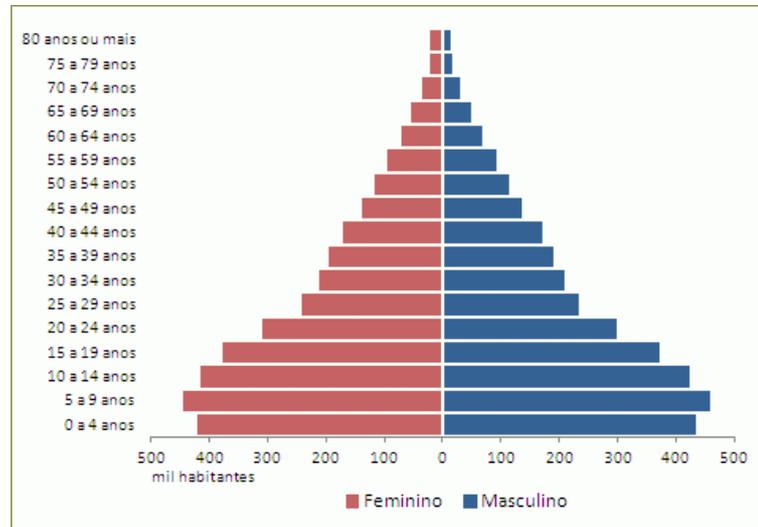
VIACAVA, F.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R. S. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J.; BASTOS, F.; ALMEIDA, C. BAHIA, L.; TRAVASSOS, C.; REICHENHEIM, M.; BARROS, F. C.; THE LANCET BRAZIL SERIES WORKING GROUP. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet** on line, maio 2011.

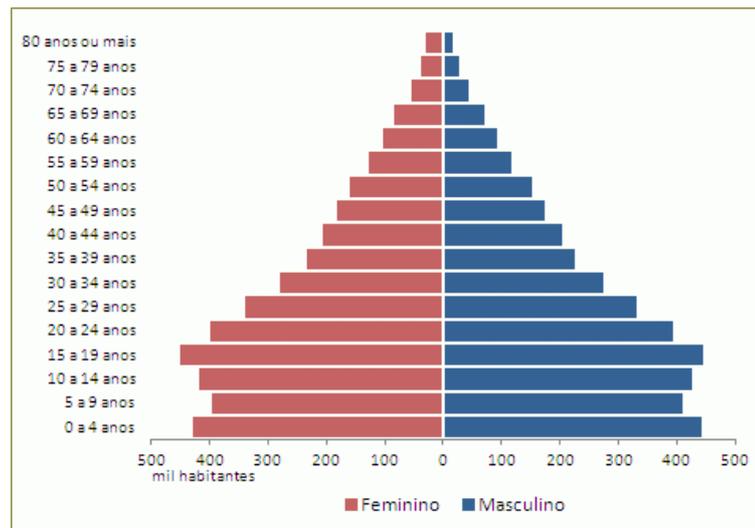
ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Departamento de Ciências da Administração, UFSC; [Brasília], CAPES:UAB, 2009.

ANEXO A – Pirâmide etária RS (1970 – 2010)

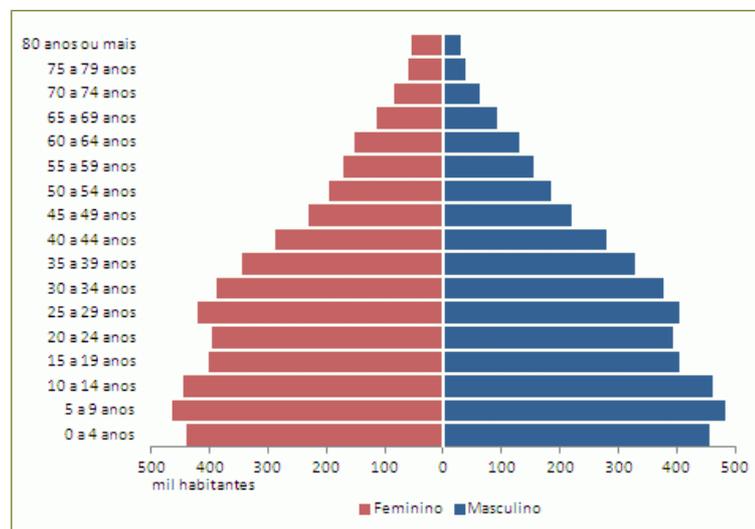
1970



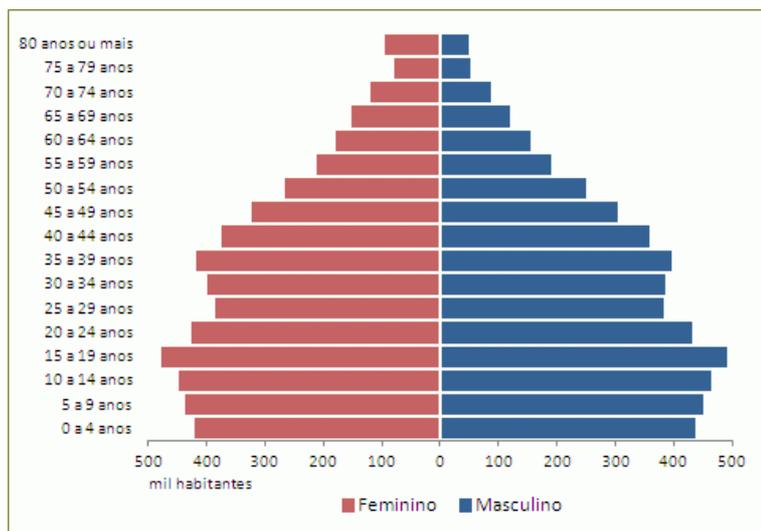
1980



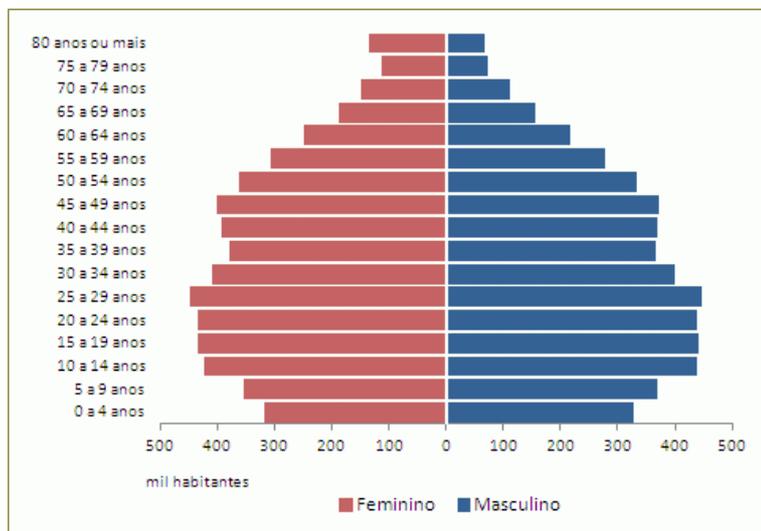
1991



2000



2010



FONTE: IBGE – Censos Demográficos